



## ESTUDIO EVALUATIVO DE PLANIFICACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Fundación  
Atenea

*"¿... que qué me planteo...? pues mantenerme al día en todo lo que pueda, y sobre todo, pues la ilusión no perderla con esa intervención directa, que es uno de mis lemas, es mi motivación, a la hora de los niños, de las niñas, de los padres, de las madres, profesores, profesoras..., eso es lo que me mantiene, y el apoyo de compañeras de aquí también, que me apoyan"*

*[persona entrevistada]*

## AGRADECIMIENTO

*A las personas responsables y equipos técnicos de los planes y actividades municipales de drogodependencias, por su colaboración en la elaboración de este estudio, y por su dedicación diaria.*

### Autores:

Alfonso Ramirez de Arellano Espadero

Violeta Castaño Ruiz

Yolanda Nieves Martin

### **Trabajo de campo:**

Argentina Riquelme Martínez

Ana Irigoyen Iriarte

Esther Rico Donovan

Irene González Nieto

Jesús Oliver Pece

Patricia Martínez Redondo

Violeta Castaño Ruiz

Yolanda Nieves Martin

INTRODUCCIÓN:.....	6
I.    Visión histórica de la evolución de los PMD en el contexto español.....	6
I.1 Principales hitos de la evolución histórica de la intervención local en drogodependencias.....	6
I.2 Los programas de prevención e incorporación social.....	11
I.3 La estrategia nacional sobre drogas del periodo 2000-2008.....	15
I.4 El papel de la FEMP en la política municipal sobre drogodependencias.....	19
II.    ¿Qué debe ser un PMD y cómo debe desarrollar sus tareas y competencias? .....	26
II.1 Dimensión política .....	26
II. 2 Areas de intervención .....	28
II. 3 Estructuración del plan: fases, objetivos y metodología.....	31
III.    Objetivos y metodología .....	46
III.1 Técnicas cuantitativas.....	48
III.2 Técnicas cualitativas.....	50
III.3 Selección de muestra.....	50
 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	 55
I.    El motivo de esta forma de análisis .....	55
II.    Situación actual de los PMD .....	57
III.    Aspectos legales y formales .....	63
III.1 Elaboración de estudios y/o diagnósticos previos.....	63
III.2 Mancomunidades de planes municipales de drogodependencias .....	65
III. 3 ¿De quién depende el plan municipal de drogodependencias? .....	66
III. 4 Fondos económicos para el desarrollo del PMD.....	70
IV.    El problema de la falta de delimitación de los contenidos del PMD.....	75
IV.1 Proceso de elaboración .....	75
IV.2 Los equipos técnicos.....	77
IV.3 El problema de la falta de evaluación:.....	82
V.    Las áreas y contenidos de los planes municipales de drogodependencias.....	86
V.1 La cuestión de la prevención.....	88
V.2 La cuestión de la inclusión social y laboral.....	101

V.3 La cuestión de la asistencia .....	103
VI. La visión de los equipos técnicos. ....	106
VI.1 La idoneidad de un plan de drogodependencias .....	106
VII. La coordinación intra y supra municipal. La cooperación de otras entidades y organizaciones. ....	108
VII.1 Coordinación a nivel autonómico .....	108
VII.2 Coordinación a nivel municipal .....	111
VIII. Dificultades, necesidades y retos futuros. ....	125
VIII.1 Dificultades institucionales: .....	126
VIII.2 Dificultades de coordinación: .....	128
VIII.3 Dificultades de desarrollo: .....	130
VIII.4 Dificultades económicas: .....	133
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	139
I. En relación con las áreas de intervención .....	139
II. En relación con las fases .....	153
III La formación .....	157
IV Financiación .....	159
V Coordinación .....	160
VI. Redefinición y reforzamiento del apoyo institucional.....	162
BIBLIOGRAFÍA.....	165
ANEXOS .....	180
1: Guiones .....	180
2: Cuestionario .....	183
3: Listado de los municipios españoles de más de 20.000 habitantes, ordenados por provincias .....	188
4: Índice desarrollado .....	196
5: Base contactos locales drogodependencias (CD) .....	199

## INTRODUCCIÓN:

### I. VISIÓN HISTÓRICA DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PMD<sup>1</sup> EN EL CONTEXTO ESPAÑOL.

#### I.I PRINCIPALES HITOS DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA INTERVENCIÓN LOCAL EN DROGODEPENDENCIAS.

Hasta 1973, fecha en la que se sitúa la introducción de la heroína y otras drogas ilegales en nuestro país, en España se consumían fundamentalmente drogas legales como el alcohol y el tabaco, y de forma mucho más restringida otras tres ilegales como el cannabis en forma de *grifa*, la morfina y sobre todo la anfetamina. Esta última alcanzó cierta fama fuera de nuestras fronteras llegando a ser conocida como “*la española*”.

En menos de una década España alcanzó prácticamente los mismos niveles de consumo de drogas ilegales que el resto de los países de nuestro entorno (sin que dejara de aumentar el consumo de las legales), pero en éstos el fenómeno se había desarrollado poco a poco siendo acompañado por otros cambios culturales, mientras que aquí el proceso de implantación sucedió de forma muy acelerada hasta que comenzó a estabilizarse alrededor de los años ochenta (Comas, 1990).

Culturalmente es significativo que el incremento del consumo de drogas legales e ilegales se produzca durante el periodo histórico de la Transición y su consolidación coincida con el fenómeno de “*la movida*”. Se trata de una época de profunda transformación cultural y de valores, de ruptura con ciertas costumbres del pasado y con ciertos límites (unos más sensatos que otros) y en la que el espíritu transgresor es contemplado con admiración o tolerancia. Desde entonces algunas de esas características parecen acompañar siempre a las drogodependencias, al menos así lo expresan los profesionales que se dedican a la prevención o a la asistencia cuando relacionan el fenómeno con la falta de coherencia y consistencia en las pautas educativas, la falta de claridad en los límites, la transgresión de los límites y la tolerancia/negligencia ante las conductas transgresoras o incumplidoras.

<sup>1</sup> Planes Municipales Drogodependencias

La aparición en tan breve espacio de tiempo de un gran mercado de drogas ilegales, el incremento del consumo de las legales y la heroína como fenómeno más visible de todo el conjunto, cogieron por sorpresa a la sociedad y a las instituciones españolas, poniendo de manifiesto muchos déficits y contradicciones (Ramírez de Arellano, 2002).

Una de las consecuencias del fenómeno fue la aparición de un buen número de drogodependientes (generalmente heroinómanos politoxicómanos) que no recibían una atención adecuada.

Las primeras entidades que ofrecieron alguna respuesta fueron ONG o entidades privadas, como “El Patriarca”, que ya operaban en otros países y ofrecían un programa de rehabilitación basado en un modelo residencial tipo *granja rural* alejado del centro de las ciudades, en algunos casos con características de secta.

Los ayuntamientos fueron los primeros en ofrecer una respuesta desde el sector público, algo que viene siendo habitual en nuestro país frente a los problemas sociales emergentes. Esa respuesta no contemplaba exclusivamente la asistencia, también se preocupaba por la prevención y la incorporación social, por la participación social (no debemos olvidar la presión social que habían creado en la calle las asociaciones compuestas por madres de drogodependientes) y era fundamentalmente urbana y ambulatoria.

A los ayuntamientos les correspondió la difícil tarea de hacer frente al problema a la vez que se avanzaba técnicamente en la definición del modelo de intervención pública y se organizaban unos servicios adaptados a dicho modelo. Muchos técnicos y gestores de nivel nacional y autonómico se formaron en la Administración Local en esta materia. De esa época y de ese tipo de respuesta proceden muchos de los Centros de Tratamiento Ambulatorios (CTA) actuales concertados con sus CCAA y muchos de los llamados “Centros de Día” (CD), que al menos en aquellos años trataban de ofrecer una alternativa intermedia entre la Comunidad Terapéutica y los servicios ambulatorios. La mayoría de esos CD hoy día han evolucionado hacia la incorporación social y laboral y siguen vinculados a los ayuntamientos aunque su gestión esté a cargo de ONGs.

*“Fueron los ayuntamientos surgidos de las elecciones de 3 de abril de 1979 los que se sintieron concernidos para actuar, mientras el resto de las administraciones públicas aún se mantenían al margen. Durante casi cinco años, al menos hasta principios del*

*año 1984, esta fue la regla general (y unánime)... los programas de drogas se desarrollaron casi en exclusividad como una iniciativa propia de los Ayuntamientos, con algunas acciones puntuales de la Administración Central y crecientes aportaciones de las Comunidades Autónomas". (Comas, 2013)*

Cuando en el debate sobre El Estado de la Nación de 1985 se estaban produciendo las discusiones previas a la aprobación de lo que sería el Plan Nacional sobre Drogas<sup>2</sup>, la única Administración que tenía experiencia en el abordaje del nuevo fenómeno era la Administración Local, si bien es verdad que su cobertura no era homogénea ni total (quizá la mitad del territorio nacional).

Teniendo en cuenta la labor desarrollada por los ayuntamientos y la reciente aprobación de la *Ley de Bases de Régimen Local (7/1985 de 2 de abril)* que otorgaba importantes competencias a los ayuntamientos, todo hacía pensar que el nuevo PND se apoyaría para su desarrollo en los municipios. En contra de todo pronóstico, el PND dejó de lado a la Administración Local adjudicándole las principales competencias y la financiación a las CCAA. La situación fue tan inesperada que algunas CCAA tuvieron que concertar los dispositivos asistenciales con sus propios ayuntamientos, ya que eran ellos los que disponían de los recursos técnicos y de la experiencia, aunque ahora la competencia le correspondiera al Gobierno Autónomo. Esta circunstancia ha tenido importantes consecuencias sobre la configuración actual de la red de drogodependencias y sobre algunos Planes Municipales de Drogodependencias, como veremos más adelante.

Con la creación del PND en 1985 se configura la matriz de lo que será la política pública sobre drogas del Reino de España, consagrando un reparto de competencias y de financiación que se prolongarán hasta el día de hoy. Junto a los muchos logros del PND reconocidos nacional e internacionalmente y avalados por el importante consenso político y científico-técnico del que siempre ha disfrutado, también hay que reconocer que con su aprobación se perdió la oportunidad histórica de ofrecer mayor participación a los ayuntamientos en la política nacional sobre drogodependencias. Una oportunidad que sí supieron aprovechar, unos años más tarde, los Servicios Sociales con la aprobación en 1988 del *Plan Concertado de Servicios Sociales*.

---

<sup>2</sup> PND

*“El Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales se desarrolla a través de la fórmula de Convenio Administrativo y articula una cooperación económica y técnica entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas para colaborar con las Entidades Locales en el cumplimiento de las obligaciones que, de acuerdo con la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local, han de llevar a cabo en relación con la prestación de servicios sociales. Surge para el establecimiento y la consolidación de una red pública de equipamientos y servicios que garanticen a todos los ciudadanos unas prestaciones mínimas en este campo” (Gallardo, 2009)*

Un plan que no sólo brindaba mayor participación a los entes locales, sino que a la vez delimitaba competencias, definía funciones, asignaba financiación y ofrecía una cartera básica de servicios, algo de lo que se ha carecido en la política municipal sobre drogodependencias. Bastaría repasar los objetivos, compromisos, órganos de participación y seguimiento de dicho plan, para comprender que otra política municipal en materia de drogodependencias era posible.

Durante las décadas posteriores hasta la actualidad no se ha logrado superar esta contradicción. De una parte se ha excluido a la Administración Local del reparto de competencias, de la financiación y de la participación en los órganos de gobierno del PND, pero, de otra, se han hecho declaraciones de marcado carácter municipalista reconociendo la importancia de los ayuntamientos en la atención a las drogodependencias; se ha planteado la necesidad de que todos los municipios mayores de 20.000 habitantes cuenten con su propio Plan Municipal de Drogodependencias y de que los menores adquieran compromisos en materia de prevención y la incorporación social a través de la ESND 2000/2008; y se ha creado una convocatoria de ayudas económicas para municipios de más de 100.000 habitantes y capitales de provincia, aunque sólo en el ámbito del consumo, el ocio y el tiempo libre. Todo lo cual constituye un panorama no sólo confuso sino contradictorio.

El desarrollo de las competencias de las CCAA derivadas del PND y de sus propias leyes y planes autonómicos tampoco ha conseguido aclarar el panorama a este nivel, sin que se haya seguido un criterio homogéneo a la hora de establecer las relaciones de las CCAA con sus respectivos municipios. También en este caso...

*“...en el relato de casi todos los documentos de los Planes Regionales se atribuyen a los municipios un elevado nivel de protagonismo en las Políticas sobre Drogas, pero a*

*la vez no aparece un criterio formal y general de competencias y de financiación”  
(Comas, D. 2013)*

Es cierto que prácticamente todas las CCAA disponen de alguna convocatoria para programas de prevención a la que pueden concurrir las entidades locales en su territorio, pero es muy desigual la manera en que algunas han apoyado la realización de planes municipales, que han ofrecido participación a los municipios en el diseño de su política general sobre drogas o que han constituido órganos consultivos donde se integran los municipios. En cualquier caso, como podrá comprobarse a lo largo de la evaluación, la mayoría de los/as técnicos/as municipales entrevistados/as consideran que sus respectivas CCAA conceden poca participación a los ayuntamientos en el diseño de los planes autonómicos que les afectan.

10

La cuestión se complica aún más cuando tenemos en cuenta que algunas CCAA concertaron sus recursos asistenciales con algunos ayuntamientos (sobre todo con aquellos que ya los poseían cuando se puso en marcha la política autonómica). Eso ha provocado un efecto doble, por una parte, algunos recursos de la red de drogodependencias son de titularidad municipal aunque estén concertados con su Comunidad Autónoma y, por otra, algunos PMD cuentan con recursos asistenciales propios y otros no. Sin entrar a valorar en este momento cual modelo es el más adecuado (podría ser objeto de otro estudio en el que se comparara la eficacia y la eficiencia de los recursos asistenciales en drogodependencias gestionados directamente por las CCAA, por los municipios y por entidades privadas concertadas), lo cierto es que esa circunstancia tiene efectos directos sobre el panorama general de la intervención local en drogodependencias.

Algunos planes municipales de ciudades grandes con competencias en asistencia se asemejan más a los planes autonómicos que a los de otros ayuntamientos. Hasta fechas recientes ha sido el caso de Madrid. La asistencia absorbe tantas energías y condiciona el modelo de intervención de tal manera que ha tenido una influencia muy importante sobre la configuración de los planes municipales, haciendo que resulte muy difícil, por no decir imposible, comparar aquellos que cuentan con competencias en asistencia con aquellos que no.

A su vez, estas circunstancias introducen variables que condicionan cualquier estudio o evaluación sobre los PMD, ya que cuando preguntamos a los municipios encontramos respuestas muy diferentes sobre si disponen de recursos asistenciales, o

no; si éstos están concertados y homologados como cualquier otro recurso de la red asistencial o si conservan características peculiares como recursos que fueron municipales desde su origen (es el caso de algunos Centros de Día que conservan su vocación de tratamiento integral, “holístico”, en palabras de Domingo Comas); si destinan importantes recursos de sus planes a la incorporación social (en algunos casos se trata de los mismos llamados Centros de Día Municipales que han evolucionado hacia la incorporación social y laboral); o si la intervención de su plan se centra en la prevención educativa y/o en el ámbito del consumo y el ocio, consecuencia, ésta última, en parte, de la convocatoria nacional con cargo al Fondo de Bienes Decomisados para ayuntamientos.

Como podemos observar, el origen y la evolución de la política municipal sobre drogodependencias dibujan un escenario complejo que hay que comprender y tener en cuenta a la hora de realizar cualquier juicio o evaluación sobre los Planes Municipales.

## **I.2 LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL**

Otros factores que han influido en el desarrollo de los Planes Municipales de Drogodependencias han sido los contenidos de los programas de prevención y de incorporación social -ámbitos privilegiados de la intervención local- y su evolución a lo largo del tiempo. Dejamos de momento a un lado el contenido de los programas asistenciales ya que en principio son competencia de las CCAA (aunque impliquen a cierto número de municipios por su participación directa en la gestión de los mismos).

La evolución de las características y de los contenidos de los programas de prevención e incorporación está sujeta a dos grandes influencias, por una parte, depende del resultado de las investigaciones, las evaluaciones, los estudios, recopilaciones, etc., en definitiva, del resultado de la producción científica y técnica de cada momento, y por otra, de cómo las instituciones interpretan esa producción y la transforman en directrices estratégicas y técnicas sobre la materia.

También en este terreno podemos distinguir varias etapas:

En la primera etapa del PND la tarea consistió en recopilar, traducir y conceptualizar campos tan nuevos en nuestro país como la prevención y la incorporación social

(entonces llamada reinserción) referidas específicamente a las drogodependencias. Fue un esfuerzo importante y productivo. De aquella época se mantienen pilares fundamentales tales como: La distinción entre reducción de la oferta y reducción de la demanda de drogas y la necesidad de atender equilibradamente ambos campos, el de la lucha contra el narcotráfico y el de la prevención; el reconocimiento de la dimensión social del fenómeno y la necesidad de abordarlo desde una perspectiva social y educativa (no sólo como un problema sanitario, de orden público o de información); el reconocimiento de distintos niveles de prevención y la necesidad de que los programas se ajusten a ellos, así como a la población y al medio destinatario; la visión de la integración social como un proceso multidimensional de la persona en relación dialéctica con el medio y no sólo como una fase del tratamiento individual, etc., y muchos otros aspectos que han marcado de manera muy positiva la evolución de la política de drogas en este país durante las últimas décadas impidiendo caer en reduccionismos estériles. De todas formas conviene recordar que, desde el principio, el número de publicaciones y de experiencias ha sido mucho mayor en prevención que en incorporación social.

La segunda etapa se corresponde con la segunda mitad de los noventa y el periodo de la ENSD<sup>3</sup> 2000/2008, en la que ya se cuenta con un buen número de experiencias, de planes y de programas en todo el país. En un informe elaborado por el GID para el PNSD en 1996 titulado “El libro blanco de la prevención”, que en cierto modo se puede considerar como un antecedente de la presente evaluación, se recogían más de 600 experiencias comunitarias en el Estado español y la memoria del PNSD de 1999 hablaba de 700 Planes Municipales.

Una vez desencadenado el proceso de puesta en marcha de Planes Municipales, comienza a concentrarse el interés en mejorar el rigor técnico y la calidad de los programas. En 1997 se publican “*Los Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*”, aprobado en la Comisión Interautonómica de 24 de octubre de 1996 y publicados en “*Prevención de las drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación*” (editado por el Ministerio de Interior de 1997). En 2002 se publica “*Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*”, firmado por Elisardo Becoña de la Universidad de Santiago de Compostela y editado por el PNSD. También en 2002 se lleva a cabo la primera convocatoria de Buenas Prácticas en Drogodependencias dirigidas a experiencias

---

<sup>3</sup> Estrategia Nacional sobre Drogodependencias

locales, estableciéndose de manera muy precisa cuáles son los *indicadores* seleccionados para definir las mejores prácticas, cuáles son los *criterios básicos* empleados para definir las actuaciones preventivas de base local y cuáles las *áreas temáticas*. En 2003 se publica el primer catálogo. Durante la misma época se publican también manuales de buenas prácticas en incorporación social y laboral, así como Guías para la elaboración de Planes Municipales de Drogodependencias. En definitiva se advierte un fuerte impulso para encauzar de la manera más rigurosa y científica posible la actividad en materia de incorporación social y laboral, preventiva, y de Planes Municipales apareciendo, estos últimos, como uno de los principales promotores de los programas preventivos en el Estado español. También durante ese periodo las publicaciones de prevención superan a las de incorporación social y laboral, que siempre han ido a la saga de las demás áreas clásicas en drogodependencias.

En el periodo actual continúa la preocupación por la calidad, la evaluación, los criterios técnicos y científicos de los programas, desarrollándose además una importante labor de especialización por ámbitos, sectores, sustancias y tramos de edad, prestándose especial atención a los menores y adolescentes. Siempre con la clamorosa ausencia de trabajos referidos a la incorporación social y laboral, con alguna excepción como “Coaching para adictos. Integración y exclusión social” (Ramírez de Arellano. 2012) y “¿Cuál es la misión, la función, los objetivos y la metodología más adecuada para los centros de día del Ayuntamiento de Sevilla? Una reflexión y una propuesta de mejora” (Comas, 2013), y “Estudio evaluativos de proyectos de integración social”, todos relacionados con la Fundación Atenea. Se puede afirmar que en la actualidad se dispone de suficientes modelos de intervención contrastados para intervenir en los distintos ámbitos y niveles de la prevención, de criterios técnicos, de metodologías y modelos de evaluación, así como de fuentes de datos fidedignas que informan de diversos aspectos de la evolución del fenómeno.

Resumiendo, se puede decir que se dispone de las bases suficientes para la elaboración de buenos programas de prevención, aunque hay que mejorar los referidos a la prevención indicada, los protocolos de detección y atención precoz, como se verá más adelante; que se ha avanzado mucho en materia de planes municipales, aunque deben mejorar en algunos aspectos metodológicos (planificación estratégica) y que, aunque ha habido avances en incorporación social y laboral, queda mucho terreno por recorrer. No obstante es justo reconocer que gran parte del trabajo

que queda por hacer no depende del desarrollo interno del sector de la incorporación de drogodependencias sino de factores que se escapan del ámbito técnico profesional. De una parte, su desarrollo va a depender de la evolución de la política de inclusión social general, en la que los servicios de empleo y los servicios sociales se dan la mano en el territorio mediante Planes Locales de Inclusión y, de otra, de que se adopten medidas respecto a recursos clave en incorporación como son los Centros de Día o de Incorporación Social y Laboral.

La dificultad actual no se encuentra en disponer de unas bases para el desarrollo técnico de los programas, sino en la necesidad de tomar decisiones de carácter estratégico con fundamentación técnica, que no es lo mismo. Decisiones que vienen aplazándose desde hace mucho tiempo, y que en un momento de escasez de recursos se hacen más acuciantes que nunca. Nos referimos a la falta de definición y de delimitación de competencias, de asignación de funciones claras y de determinación de prioridades desde la política institucional, y también a la timidez con que se formulan las alternativas desde los profesionales o entidades del sector, que en muchas ocasiones no van más allá de las condiciones técnicas de los programas.

### I.3LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS DEL PERIODO 2000-2008

Un hito importante en relación con el papel de la Administración Local y las políticas de drogodependencias lo marca la publicación en 1999 de la Estrategia Nacional sobre Drogas del periodo 2000-2008, cuyo objetivo número dos del apartado dedicado a Normativa reza de la siguiente manera:

*“Regular y fomentar la participación de los Ayuntamientos y demás Entes Locales en la respuesta institucional ante las drogodependencias”. (pág. 83)*

A lo largo del texto queda de manifiesto la importancia que se concede a la política local en materia de drogodependencias y a la necesidad de que ésta se articule mediante la elaboración de planes locales, asumiendo que un Plan Municipal sobre Drogas tiene competencias y responsabilidades en prevención, incorporación social y diversos modos de apoyo o complemento al tratamiento.

También recoge por primera vez objetivos específicos y mensurables para los municipios, ofreciendo plazos concretos para que los municipios mayores y menores de 20.000 habitantes ejecuten sus planes. Concretamente en su objetivo (8.2) señala la necesidad de que en 2003 el 50% de las Diputaciones y de los ayuntamientos mayores de 20.000 habitantes dispongan de su propio Plan Municipal de Drogodependencias, y de que el porcentaje se eleve al 100% en el año 2008.

Posteriormente, en la Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 se reconocía que el objetivo ha sido cumplido satisfactoriamente dado el incremento del número de planes aprobados. Con los datos disponibles en el momento de la evaluación, el 70% de los municipios mayores de 20.000 habitantes habían aprobado sus planes en 2004 y 80% en 2008. En cuanto a los planes dirigidos a municipios menores de 20.000 habitantes, para los que se marcaban objetivos relacionados con la incorporación de programas preventivos, la misma evaluación determinaba que el volumen de actividad preventiva también se había incrementado significativamente. Concretamente señalaba que el 82% de Planes Autonómicos de Drogodependencias desarrollaba estas actuaciones en colaboración con sus municipios (obj. 8.3).

La ENSD 2000/2008 también asigna objetivos a los Planes Municipales relacionados con: a) la evaluación del nivel de riesgo y protección en ámbitos comunitarios en colaboración con sus planes autonómicos (8.1), b) incluir actividades de prevención familiar en los PMD (9.3) c) la realización de programas de intervención comunitaria dirigidos a familias de alto riesgo (9.2). En todos ellos la evaluación final de la estrategia reconoce que se han cumplido los objetivos o que se han producido avances significativos, aunque el mapa de riesgo por CCAA estaba aún por desarrollar (8.1).

En la Evaluación Final de las Estrategia Nacional 2000/2008, en el apartado referido a las Intervenciones de Prevención en la Comunidad (pág. 31), se afirma lo siguiente:

*“En el ámbito comunitario, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 plantea objetivos sobre el desarrollo de Planes Locales de Drogas; el desarrollo de Planes Municipales de Drogas tiene especial relevancia ya que la mayoría de las intervenciones preventivas dirigidas a la comunidad se realizan a este nivel”.*

Hay otros dos objetivos muy importantes relacionados con la incorporación social y laboral asignados a los municipios. Son los objetivos (11.1), que hace referencia a la necesidad de realizar planes integrales de integración social:

*“En el año 2003, al menos el 25% de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes deberán poner en funcionamiento iniciativas de integración social adecuada a las necesidades de su población de afectados.”*

Y el objetivo (13.1) de la misma sección, en el que se espera que para el 2003 el 25% de los municipios mayores de 20.000 tengan conectados los programas de formación y empleo con la demanda de personas drogodependientes. Según la Evaluación de la ENSD, el primer objetivo se había cubierto mientras que el segundo necesitaba mayores esfuerzos.

En este punto conviene que nos detengamos unos instantes a considerar la importancia de dos conceptos relacionados con la incorporación social: la dimensión social de la incorporación y la importancia de su abordaje local, ya que pueden convertirse en dos ejes vertebradores de la política de integración social en los próximos tiempos. La realidad es que algunos planteamientos como los que se exponen a continuación:

- El reconocimiento de la dimensión social de la exclusión exige intervenciones que van más allá de las problemáticas individuales. Un fenómeno dialéctico como la integración/exclusión debe ser abordado desde los planos individual y social.
- La necesidad de realizar una política de lucha contra la exclusión amplia, que supere el planteamiento sectorial de “los colectivos excluidos”.
- La importancia del abordaje de la integración mediante la realización de planes locales de inclusión.

han sido mejor asumidos por los Planes de Inclusión y de Lucha contra la exclusión o la Discriminación que por los planes sobre drogas recogidos en la ENSD 2009/2016 y el Plan de Acción 2013/2016, tanto a nivel del Estado Español como a nivel europeo. En ambos planes se advierte una gran influencia del paradigma de la salud, tanto en la vertiente asistencial, como en la de la promoción de la salud. También se observa un gran interés por mejorar la calidad, la evaluabilidad y la homologación de los programas desde la misma perspectiva; el llamado paradigma de la medicina basada en la evidencia. Quizá se pretenden dar los pasos para la plena integración de la asistencia de las drogodependencias dentro del Sistema Nacional de Salud, más concretamente dentro de la salud mental, y de la prevención dentro de la promoción de la salud, pero se descuidan algunos aspectos relacionados con la dimensión social de la integración y su abordaje local. Una prueba de ello es que el único objetivo relacionado con la materia del Plan de Acción 2013/2016, concretamente el nº 15 del eje dos, que hace mención a este aspecto, aparece ligado exclusivamente a los centros de tratamiento y rehabilitación.

*“Protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación. Se elaborará un protocolo para diseñar itinerarios personalizados de inserción de drogodependientes en proceso de rehabilitación que se implementará en centros de asistencia a drogodependientes y en Instituciones Penitenciarias. Se diseñará un instrumento para la evaluación de la efectividad de estas medidas”.*

Visto en perspectiva, representa una auténtica marcha atrás respecto a la estrategia anterior que concede más importancia a la dimensión social y a la comunitaria de la integración. Respecto a esta última, sí hay una referencia en el objetivo nº7 de mismo Plan de Acción, pero desvinculada de cualquier mención a los Planes Municipales:

*“Se diseñará y pondrá en marcha un modelo coordinado de prevención comunitaria multicomponente en el ámbito local. Las localidades participantes dispondrán de un servicio de asesoramiento para el diseño aplicación y evaluación de los programas. El programa tendrá un sistema de seguimiento y evaluación coordinado”.*

Las razones por las que la ENSD 2009/2016 y el Plan de Acción 2013/2016 dejan de lado estas cuestiones, pueden estar relacionadas con su fuerte focalización en temas relacionados con la calidad y la homologación de programas basados en la evidencia, también puede suceder que se den por cumplidos determinados objetivos relacionados con los Planes Municipales y con la intervención municipal en general, pero no deja de ser llamativa su ausencia.

Probablemente estén implicados elementos de mayor calado como la confrontación o, peor aún, la ignorancia mutua de paradigmas más basados en la salud o en lo social. Es posible que el desentendimiento provenga de la pretensión de la autosuficiencia. Algunos enfoques de salud pública incluyen la dimensión social de la salud como elemento central de su planteamiento (determinantes sociales de la salud, equidad en salud, etc.) y algunos modelos relacionados con los Servicios Sociales están empeñados en el desarrollo saludable de los individuos, los grupos y las sociedades, pero viven de espaldas unos de otros. Como decimos, estas cuestiones superan la intervención local en drogodependencias y en integración social, pero no pueden evitar verse atravesadas por ellas.

#### I.4 EL PAPEL DE LA FEMP EN LA POLÍTICA MUNICIPAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS.

Desde su nacimiento en abril de 1985 la Federación Española de Municipios y Provincias<sup>4</sup> ha jugado un papel muy importante en la defensa activa del rol de los entes locales en las políticas sobre drogodependencias. Desde entonces hasta la actualidad siempre ha mantenido alguna relación de colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas que se crea unos meses más tarde el mismo año. Esta continuidad se ve jalonada por dos grandes hitos que marcan la política de la FEMP en materia de drogodependencias.

El primero es la convocatoria por parte de la FEMP de una reunión multitudinaria de municipios en Vigo de 1986 en la que los ayuntamientos aún reclamaban competencias directas en drogodependencias al PND; y el segundo es la celebración en 1997 de un convenio de colaboración con el PND renovable anualmente que ofrece continuidad y estabilidad a la política de la FEMP en materia de drogodependencias.

En 1986 la FEMP convocó una reunión en Vigo en torno a la intervención local en drogodependencias a la que asistieron más de 350 municipios españoles incluidos casi todos los de más de 100.000 habitantes. La intención de la reunión era la de reclamar formalmente las competencias que los municipios venían ejerciendo de hecho en la materia y que según rezaban los borradores del PND podían pasar a las Comunidades Autónomas.

Por su proximidad al ciudadano la Administración Local ha sido la que ha demostrado mayor capacidad de reacción ante los problemas sociales emergentes. Con las drogodependencias ocurrió algo parecido, los municipios fueron los primeros en ofrecer una respuesta pública a las consecuencias de las drogas en España, de tal manera que cuando la Administración Central quiso ofrecer una respuesta global al fenómeno de las drogodependencias ya existían muchos dispositivos municipales funcionando y ofreciendo diversos servicios, como se ha indicado con anterioridad.

La situación en la fecha del congreso de Vigo podría resumirse de la siguiente manera: El concepto de planes municipales de drogas estaba bastante consolidado, se

---

<sup>4</sup> FEMP

reconocían las competencias de los municipios en materia de prevención e incorporación social, y la mayoría de los recursos asistenciales que se habían puesto en marcha hasta ese momento eran municipales o estaban participados por los ayuntamientos. Además los profesionales que habían tenido la oportunidad de formarse en la atención del nuevo fenómeno de la drogodependencia también pertenecían al ámbito municipal. Todo hacía pensar que el PND se apoyaría fundamentalmente en la Administración Local para llevar a cabo su desarrollo, pero no fue así; se atribuyeron todas las competencias y su financiación a las CCAA, no reservándose ninguna línea específica de financiación para la Administración Local, excepto a la FEMP, dejando en manos de las CCAA el desarrollo y la aplicación de dichas competencias en sus respectivos territorios. (Comas, 2013)

El contenido de las jornadas municipales ha ido variando a lo largo de los años como a nivel nacional. Han variado la preocupación por las distintas sustancias desde la inicial heroína a la cocaína, las drogas de diseño, el cannabis, el consumo de alcohol por menores, las nuevas drogas difundidas a través internet o la adicción a las nuevas tecnologías. También han variado las poblaciones, aunque dada la importancia de la prevención en los programas municipales, generalmente la atención se ha dirigido a los niños y jóvenes, centrándose en los adolescentes y sus familias. También se ha mantenido una preocupación constante por una serie de tópicos que están muy relacionados con la intervención municipal: La coordinación, la participación, modelos de intervención comunitaria, programas de prevención educativa, el consumo y el ocio nocturno, la adolescencia y la familia. Más recientemente también ha aparecido la preocupación por la calidad, la innovación y la creatividad relacionadas con la mejora de los programas.

Una buena manera de repasar los avances en materia de intervención municipal en drogodependencias en los últimos años es analizando la convocatoria plurianual de Buenas Prácticas Municipales en Drogodependencias

#### I.4.1 LA EVOLUCIÓN DEL CERTAMEN DE BUENAS PRÁCTICAS EN DROGODEPENDENCIAS

Según el delegado del gobierno para el Plan Nacional correspondiente al periodo en que se inicia el Primer Certamen de Buenas Prácticas, Gonzalo Robles, hay que distinguir dos etapas diferentes en la colaboración entre el PND y la FEMP. La primera iría desde el año 1997 al 2000 caracterizada por convenios específicos anuales entre ambas instituciones a través de los cuales se difundían y gestionaban ayudas económicas para el desarrollo de programas de prevención de las drogodependencias por parte de los municipios, con cargo al Fondo de Bienes Decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados. Y la segunda se iniciaría en el año 2000, fecha en la que se crea un Servicio de Drogodependencias en la FEMP en el marco del Convenio de Colaboración entre la Delegación del Gobierno y la FEMP, cuya principal misión es:

*“Impulsar el desarrollo de Planes Municipales de Drogodependencias, y dar a conocer el trabajo realizado por las Entidades Locales ante las drogodependencias en busca de una mejora de las estrategias de intervención” (FEMP, 2003).*

En este nuevo contexto, una de las principales iniciativas de la FEMP, además de mantener el impulso para la creación de programas y planes municipales, se concentra en el establecimiento de los criterios técnicos y científicos que deben regir dichos planes y programas, así como en la divulgación del trabajo realizado por los entes locales a través de la Convocatoria de Buenas Prácticas, que en el momento actual va por su cuarta edición. Esta etapa puede caracterizarse por el impulso de la calidad y de la divulgación horizontal de la información que dará lugar al intercambio de información y experiencias entre los técnicos municipales.

*“Desde la FEMP, a través del Programa de Drogodependencias, somos conscientes de que los técnicos están deseosos de saber y compartir su trabajo, para poder compararlo con el suyo propio y así mejorarlo” (FEMP, 2003).*

La primera convocatoria de Buenas Prácticas recoge ese espíritu y, lo que es más importante si cabe, lo mantiene a lo largo de más de una década como puede apreciarse a lo largo de las cuatro convocatorias sucesivas hasta el 2012.

Tal y como se expresa en la primera convocatoria...

*"El objetivo de esta I Convocatoria de Buenas Prácticas en Drogodependencias es constituirse en un sistema de información y de intercambio de experiencias entre los técnicos municipales que trabajan en este campo. La FEMP tiene la finalidad de recoger, analizar y difundir información objetiva y fiable de los programas preventivos que se están desarrollando en las Corporaciones Locales. Esperamos que esta publicación se convierta en un marco de referencia que ayude a mejorar las intervenciones preventivas que están desarrollando las Entidades Locales". (FEMP, 2003)*

22

Merece la pena reproducir aquí los indicadores elegidos para seleccionar las buenas prácticas, los criterios básicos que definen las actuaciones preventivas de base local, y las áreas temáticas seleccionadas, ya que pueden ofrecernos una imagen muy fiable de lo que se pretende conseguir en este terreno. Los criterios y los indicadores técnicos no cambian a lo largo de los años, ofreciendo una base confiable y segura sobre lo que se espera de los planes y programas municipales. En cuanto a las temáticas seleccionadas, se observa una ligera evolución para adaptarse a las nuevas necesidades de los programas.

Los **indicadores** seleccionados para definir las mejores prácticas son los siguientes:

- **Impacto:** Demostrando mejoras tangibles en la salud y condiciones de vida de la población destinataria y/o general.
- **Coordinación** con algunas de las siguientes entidades: Administración Central, Comunidades Autónomas, ONG, Sector Privado y Fundaciones, Centros académicos o de investigación, Asociaciones Profesionales, Medios de Comunicación, Voluntariado.
- **Sostenibilidad** manifestada mediante cambios duraderos en: Marcos legislativos, normas, ordenanzas, políticas sociales y estrategias sectoriales con posibilidad de aplicación en otras situaciones, marcos institucionales y procesos para la adopción de decisiones, sistemas de administración y gestión eficientes.
- **Fortalecimiento de la Comunidad**, a través de: Iniciativas que inspiren actividades innovadoras, incluyendo cambios en las políticas públicas. Fortalecimiento de la participación de los vecinos, asociaciones, comunidades,

etc., Posibilidad de intercambio, transferencia y aplicación de experiencias. Medios adecuados a las condiciones locales.

- **Innovación y posibilidad de transferencia:** Iniciativas que propongan formas de actuación innovadoras en su contenido.
- **Metodología de trabajo:** Los programas deberán tener unos objetivos y actividades que precisen de una planificación, gestión y evaluación continua, y deben adecuarse a los “Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias”, aprobado en la Comisión Interautonómica de 24 de octubre de 1996 y publicados en “Prevención de las drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación” (Ministerio de Interior de 1997).
- **Planificación y desarrollo integral:** Implicando a las diferentes áreas municipales.

Los **Criterios Básicos** empleados para definir las actuaciones preventivas de base local son los siguientes:

- Las políticas sectoriales de prevención de las drogodependencias deben encuadrarse dentro de una política global.
- La respuesta a esta problemática ha de darse desde las estructuras ordinarias de las que se ha dotado nuestra sociedad en las áreas de educación, salud, servicios sociales, etc.
- Los programas de prevención deben diseñarse para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo.
- La eficacia de las políticas preventivas está relacionada con el grado en el que sean asumidas por los diversos interlocutores sociales.
- Los programas de prevención deben ser diseñados en función del grupo de edad, la etapa evolutiva y los factores culturales y sociales.
- La responsabilidad de la prevención es de todos; va más allá de los servicios sanitarios o sociales, implicando a todos los estamentos con competencias en la materia, y al conjunto de la sociedad.

Las **Áreas Temáticas** de referencia establecidas para encuadrar los distintos programas de la primera convocatoria fueron las siguientes: Difusión y sensibilización; Alternativas saludables al ocio en fin de semana; Prevención del alcoholismo juvenil; Formación de mediadores sociales; Menores en riesgo de exclusión social.

En la segunda convocatoria se agrupan en prevención escolar, familiar, comunitaria, innovación tecnológica y otras.

En la tercera convocatoria se añade la temática de “retos en prevención” y la cuarta y última, por ahora, queda de la siguiente manera:

- Estrategias, planes de prevención y retos en prevención de drogas.
- Prevención Escolar (Proyectos de prevención en la escuela, Institutos, Universidad u otros Centros Educativos).
- Prevención Familiar (como escuelas de padres-madres/ materiales preventivos).
- Prevención Comunitaria y en el ocio y tiempo libre (proyectos de Alternativas Saludables de Ocio Nocturno Juvenil / trabajo con mediadores / campañas de sensibilización).
- Innovación Tecnológica y otras Áreas de Prevención:
  - Menores, adolescentes y jóvenes en riesgo.
  - Nuevas tecnologías y adicciones.
  - Prevención en el ámbito laboral.
  - Tráfico y conducción responsable.

El hecho de que los criterios generales de calidad no hayan cambiado a lo largo de la última década y las áreas temáticas sólo se hayan ampliado para adaptarse a la realidad de los programas y no obstante sigan conservando su actualidad, significa varias cosas. Por una parte, que fueron bien seleccionados en su momento y por otra, que en virtud de su permanencia en el tiempo pueden ofrecer un horizonte estable y confiable, algo de inestimable valor cuando lo que se pretende es caminar hacia la calidad científica y técnica de los programas.

Quizá se podrían añadir algunos temas transversales relacionados con la naturaleza del trabajo, por ejemplo el enfoque sistémico de las relaciones en el municipio o la metodología del asesoramiento en sistemas formales e informales. Y técnicas relacionadas con: la planificación estratégica, las intervenciones breves, la entrevista motivacional y el márketing. Pero hay que reconocer que la propia convocatoria está abierta a recoger y reconocer nuevos enfoques en la materia.

También hay que distinguir el valor añadido que implica la publicación de las experiencias. El hecho de convertirlo en una publicación con periodicidad plurianual, permite no sólo ver la evolución de los programas y de los criterios, sino también de las posiciones oficiales de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional y de la FEMP en esta materia ya que, como es natural, aprovechan la publicación para hacer públicas sus posiciones en cada momento histórico, así como su adaptación a las directrices de las distintas Estrategias y Planes Nacionales.

Nosotros aquí sólo dejamos constancia de algunas de las consecuencias que se derivan de su análisis: la importancia de avanzar en la calidad de planes y programas siguiendo unos criterios predeterminados, la importancia de la divulgación y de la conexión entre los profesionales municipales de la prevención, pero evidentemente se podría ir mucho más allá dado que a lo largo de más de una década se ha creado todo un corpus de experiencias de buenas prácticas que esperan ser estudiadas.

Cualquier análisis sobre la evolución o la situación de los planes municipales en nuestro país debe tener en cuenta la Convocatoria de Buenas Prácticas en Drogodependencias de la FEMP así como la base de datos sobre PMD (<http://drogodependencias.femp.es/>) ya que constituyen las dos realidades más importantes en esta materia de carácter general. El resto de la información hay que buscarla en los propios planes.

## II. ¿QUÉ DEBE SER UN PMD Y CÓMO DEBE DESARROLLAR SUS TAREAS Y COMPETENCIAS?

Vamos a intentar contestar a estas preguntas de manera sencilla y comprensiva con el objetivo de poder identificar con claridad en qué consiste eso que hemos dado en llamar Planes Municipales de Drogodependencias.

26

Un PMD está compuesto por varios elementos. Cada uno de ellos puede y debe estudiarse por separado (programas, sistema de coordinación, métodos de investigación y de intervención, etc.), pero un PMD es algo más que la suma de sus partes. En un momento de revisión, como el actual, consideramos pertinente volver a reflexionar sobre los elementos nucleares de los PMD.

### II.1 DIMENSIÓN POLÍTICA

Todo Plan Municipal de Drogodependencias nace de una voluntad política municipal de intervenir localmente en el ámbito de las drogodependencias para mejorar la situación del municipio. Muchos factores pueden intervenir en la configuración de esa voluntad. Si en el municipio existe un problema relacionado con las adicciones y una percepción social que supera el umbral de la invisibilidad, es normal que se generen demandas de intervención a nivel ciudadano, técnico y político. Las demandas de las asociaciones o grupos de ciudadanos afectados, de determinados sectores profesionales, de los partidos políticos de la localidad, etc., pueden contribuir a la configuración de la voluntad política necesaria. En otras ocasiones será el resultado del cumplimiento de un mandato político emanado del programa electoral o del programa del gobierno local o de la participación en los planes sobre drogas del Gobierno de la Nación y de la Comunidad Autónoma.

Históricamente ha habido cierta confusión entre Plan Municipal y Plan Comunitario, como si fueran prácticamente sinónimos. Seguramente sea un error ya superado, pero conviene aclarar la cuestión por si acaso.

Lo comunitario, además de referirse a las características comunes de un grupo de población acotada física y culturalmente, designa un método de intervención social que se caracteriza entre, otras cosas, por la participación social y su dimensión local. Estas características lo convierten en un modo de intervención muy adecuado para implementarse a nivel municipal. De hecho hay algunos problemas sociales que sólo pueden ser abordados eficazmente de esa manera. En definitiva se puede afirmar que todo plan de intervención social en el ámbito local puede tener una dimensión comunitaria, pero un plan municipal es más que un programa de intervención comunitaria. Digamos que el plan es el todo y lo comunitario es una parte y un modo de intervención.

Como hemos dicho, un plan municipal se inicia con una decisión política del consistorio y toda decisión de esas características está sujeta a la dinámica de las políticas locales. Intentar sustraerse a esa lógica es negar la realidad, por lo tanto habrá que prestar atención a aspectos tales como: el grado de consenso de que goza el plan entre el equipo de gobierno y la oposición; cuál es el área o delegación de gobierno que la impulsa; el peso relativo de ese área o macro área en el Ayuntamiento; si cuenta entre sus funciones con las de coordinación de otras delegaciones o departamentos; si el plan tiene o no un referente político claro, etc. En general, mientras más alto sea el nivel desde el que se adopte la decisión de su puesta en marcha (entendiendo por la alcaldía el máximo) mejor, y mientras más apoyos políticos suscite mucho más asegurado estará el futuro del plan.

La calidad técnica del diseño y la competencia de sus profesionales son muy importantes, como veremos más adelante, pero sin el adecuado apoyo político (bien por debilidad o bien porque se convierta desde el principio en objeto de disputas políticas o de poder) estará condenado al fracaso o a languidecer durante su desarrollo. Luego, el primer paso, siempre consistirá en asegurarse de que la iniciativa cuenta con el necesario apoyo político de la institución municipal.

Resumiendo, el origen de un PMD puede estar en una demanda o iniciativa social o puede ser fruto de una iniciativa política (programa electoral y de gobierno); en cualquier caso, necesitará de ambas para su buen desarrollo. Sin **participación social** se pueden organizar determinados servicios que lleguen a satisfacer ciertas necesidades, pero no es posible producir el cambio social al que aspira todo PMD, al menos en lo que se refiere a la percepción social del problema y de sus soluciones, y a las consecuencias que sobre la prevención y la incorporación social tiene esa

percepción. Sin la dirección del ayuntamiento, que es la institución democrática territorial por excelencia, no puede existir un plan municipal como tal, al menos en los países de nuestro entorno. En los llamados países subdesarrollados o en vías de desarrollo, cuyas instituciones locales son muy frágiles, o en barriadas marginales del primer mundo, es posible que sus estrategias locales tengan un carácter más comunitario que de plan municipal.

## II. 2 AREAS DE INTERVENCIÓN

En la actualidad podemos afirmar sin temor a equivocarnos que existe suficiente consenso sobre cuáles son las áreas principales de intervención de un PMD. En primer lugar están la prevención y la incorporación social. Las competencias en estos dos grandes bloques temáticos están consagradas en tres importantes textos: la Ley de Bases de Régimen Local de 1985, el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales de 1988 y el Plan Nacional sobre drogas de 1985, así como por las sucesivas Estrategias Nacionales y Planes de Acción sobre Drogas, particularmente la ENSD de 2000/2008, que fue en la que se fijaron objetivos más específicos en esta materia. En todas ellas quedan meridianamente claras las competencias en prevención (en cuanto a reducción de la demanda) e incorporación social para los municipios mayores de 20.000 habitantes. La segunda, El Plan Concertado, además sitúa esas competencias concretamente en los servicios sociales municipales. Otra cosa es que se hayan asumido y desarrollado con mayor o menor intensidad. Como se ha dicho en el apartado anterior, mientras que la prevención ocupa un papel muy importante en los PMD, la incorporación social en el ámbito de las drogodependencias no ha sido asumida por un gran número de municipios como competencia propia.

En cuanto a la parte de prevención que hace referencia a la reducción de la oferta, los municipios también están involucrados a través de la policía local, de las normativas que regulan la venta y consumo de drogas legales y de la colaboración con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado a través de los *consejos locales de seguridad*.

Otra Área clásica en drogodependencias es la asistencial o de apoyo al tratamiento. En este punto hay que distinguir entre los PMD que cuentan con competencias

delegadas en asistencia y los que no. En cualquier caso al PMD siempre le corresponderá apoyar en las formas que le sea posible el cumplimiento del tratamiento, ya sea facilitando la accesibilidad, la movilidad, el apoyo a las familias, etc. También, colaborando con los dispositivos asistenciales en los programas que se mueven en la frontera de la prevención y la asistencia, como los programas de prevención indicada, de detección y de atención precoz.

Por último tendríamos un campo relacionado con la forma en que cada comunidad percibe socialmente el problema y valora las soluciones. También este campo es abordable localmente mediante estrategias que fomenten la información, la formación, la participación social y el debate.

Como se ha dicho en el epígrafe anterior sobre la evolución histórica, existe una gran necesidad de establecer prioridades y reparto de competencias en estas áreas de intervención. Algunas líneas de actuación se apuntan en el capítulo VIII sobre Necesidades, Dificultades y Retos de Futuro y en el capítulo de Recomendaciones.

### II.2.1 CARACTERÍSTICAS

Salta a la vista que cualquier plan que pretenda intervenir en las áreas que hemos mencionado (prevención, incorporación social, apoyo al tratamiento, percepción social del fenómeno) tendrá que involucrar inevitablemente a varios departamentos o delegaciones municipales como los de salud, servicios sociales, juventud, promoción de empleo, seguridad o educación. De esa necesidad surgen algunas de las características que deben presidir los PMD: **La globalidad**, como hemos visto, hace referencia a contemplar el fenómeno en todas sus dimensiones: reducción de la oferta y de la demanda, de los daños y los riesgos, mediante acciones preventivas, asistenciales e integradoras. **La participación** hace referencia a la dimensión social del fenómeno y a la necesidad de contar con la gente para producir determinados cambios sociales. **La intersectorialidad** y la planificación **interdepartamental** surgen de la diversidad de áreas que se desean atender y cómo hacerlo desde las diversas delegaciones o departamentos municipales, así como desde otros recursos no municipales pero que también operan en el territorio. El hecho de atender el fenómeno desde los departamentos municipales también contribuye a otra de las características que debe presidir los PMD: **la normalización**. El objetivo es que las

drogodependencias en todas sus dimensiones puedan ser atendidas por los recursos "normales" del municipio colaborando así a evitar su estigmatización. Finalmente **la coordinación** surge como una necesidad de todas las anteriores.

El hecho de que el PMD se plantee objetivos tan diversos que competen tradicionalmente a distintas áreas municipales puede plantear uno de los mayores problemas técnicos e institucionales. Hay una delgada línea entre compartir objetivos e invasión de competencias, según como se interpreten las cosas.

En este punto pueden diferir los objetivos y la lógica de las figuras con funciones de coordinación como el Alcalde o los responsables de Áreas que involucran a varias delegaciones o departamentos, así como de los órganos de los que se dotan para llevar a cabo sus funciones (comisiones, consejos,) y las delegaciones o los departamentos. Los departamentos tienden a concentrarse en sus objetivos y en sus competencias, mientras que los planes intersectoriales (sobre los cuales no siempre deciden) pueden ser vividos como una injerencia o una amenaza.

Es importante llamar la atención sobre el hecho de que la dificultad estriba en la intersectorialidad, no en que el plan trate sobre drogas u otro asunto. La Administración Española no tiene demasiada práctica en planes intersectoriales. Falta bagaje tanto a nivel institucional como técnico. Un plan intersectorial rompe los compartimentos estanco y la verticalidad de la toma de decisiones, lo que, como es natural, produce resistencias. En este punto, uno de los peligros consiste en creer ingenuamente que la racionalidad del plan se impondrá por sí misma, no comprender las resistencias, no preverlas y no disponer de una estrategia y una metodología para abordarlas.

Recapitulando, podemos visualizar la línea que lleva desde los objetivos de la áreas de intervención a la intersectorialidad y de ella a los distintos departamentos de la administración local con sus responsables técnicos e institucionales (sin olvidar a los distintos actores sociales ligados a cada uno de ellos como asociaciones, voluntarios, personas clave). Ampliando un poco más el campo de visión también podemos ver a otros servicios, centros y programas de otras instituciones que operan en el territorio relacionados también con diversos aspectos de la prevención, la incorporación social, el apoyo al tratamiento o la percepción social del problema. Todo lo cual nos conduce directamente a la importancia y la necesidad de una adecuada coordinación.

Los alcaldes en España son plenipotenciarios en lo que respecta a la institución municipal, son Alcaldes-Presidentes; de hecho los concejales ejercen sus funciones al frente las concejalías por delegación del alcalde. Entre sus misiones está la de coordinar la acción de las distintas delegaciones. Por otra parte, no disponen de competencias legales para la coordinación de las políticas de otros sectores de la administración (de la Comunidad Autónoma o de de la Administración Central) en el territorio (como sí tienen en algunos otros países). No obstante, en la mayoría de los casos se les concede suficiente legitimidad para intervenir en la coordinación de la aplicación de muchas de las políticas intersectoriales en el territorio. A veces de manera informal y a veces mediante la constitución de *Consejos*. En cualquiera de los casos el alcalde o la persona en la que él o ella delegue parece la figura adecuada para coordinar un plan local integral, intersectorial, que involucra a otras administraciones y que quiere contar con la participación ciudadana.

### II.3 ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN: FASES, OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Una cuestión debe quedar clara desde el principio es que no existe una metodología exclusiva que pueda aplicarse de principio a fin al proceso de elaboración de un PMD. Como veremos a continuación el proceso de construcción de un PMD se realiza en fases y cada una de esas fases tiene sus propios objetivos y metodología.

Lo que sí se puede afirmar es que los objetivos generales de un PMD siempre estarán relacionados con dirigir y coordinar la política sobre drogodependencias y adicciones en su municipio y que la metodología o metodologías a emplear estarán al servicio de la construcción de una obra colectiva en la que participan actores ciudadanos, técnicos y políticos de diversos sectores, a través de un proceso que combina momentos de investigación y evaluación con otros de toma de decisiones y acción.

La elaboración de un PMD exige realizar una serie de fases que aquí se expondrán resumida y linealmente, pero conviene no perder de vista que en la práctica las cosas son un poco más complejas y las fases pueden superponerse una a otras, encabalgarse o desarrollarse con avances y retrocesos parciales. Entre el diseño y la práctica hay una retroalimentación constante.

Francisco Alvira también apoya esta idea cuando afirma que aunque los planes son el producto final de la planificación, esta debe contemplarse como un proceso constante y adaptable a los cambios de la realidad del municipio.



[Fuente: Guía para la elaboración de planes locales de prevención. Francisco Alvira. Agencia Antidroga, 2002]

Además, cuando se emplean métodos de investigación participativos o basados en la investigación/acción, no se puede separar nítidamente el estudio de la intervención. Dicho de otra manera, cuando se tiene en cuenta la opinión de los/as ciudadanos/as, cuando se pide información de los servicios y se solicita a sus responsables y técnicos que reflexionen sobre su funcionamiento y sobre las posibilidades de mejora, cuando se profundiza con responsables políticos sobre sus objetivos y planes a medio plazo, se desencadena un proceso que va mucho más allá de la obtención de información. A veces, del propio proceso informativo se derivan soluciones parciales a los problemas o propuestas listas para aplicar y carece de sentido esperar a pasar de la fase de estudio a la de ejecución para implementar esas medidas.

Las fases clásicas en la elaboración de un PMD como en cualquier otro plan que tenga las características de éste son las siguientes:

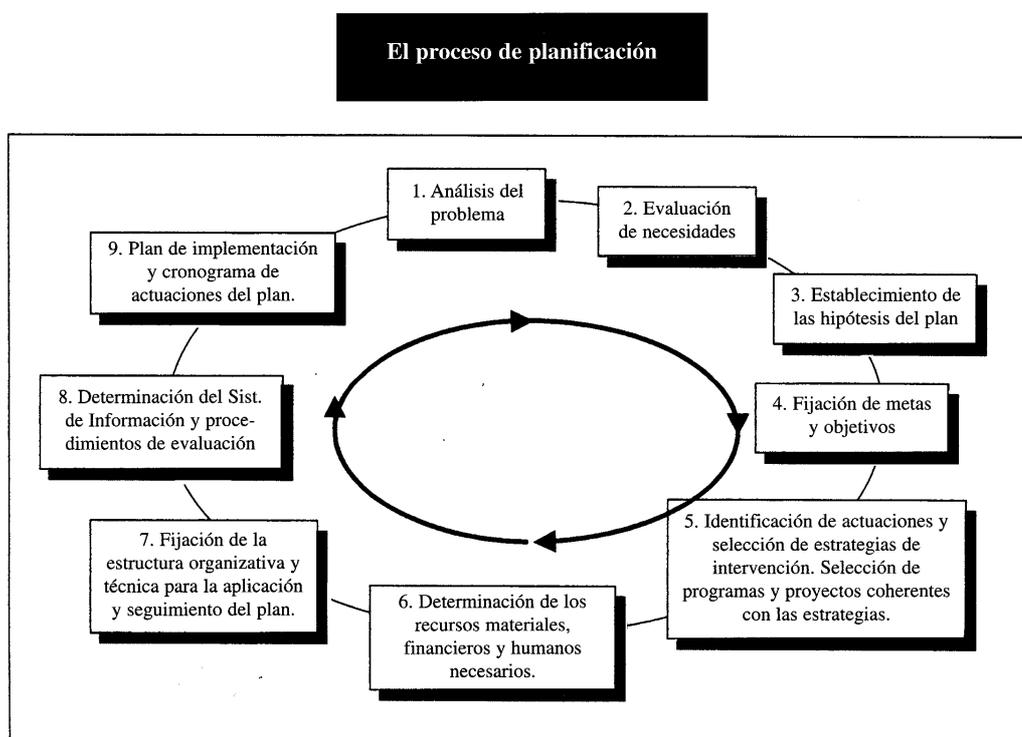
1. Estudio de la realidad
2. Valoración de los datos: Diagnóstico
3. Diseño de estrategias, planes y programas.

4. Realización.

5. Evaluación. Control.

Como decimos, se trata de una representación esquemática y lineal, porque aunque la evaluación aparezca en quinto lugar, cierto nivel de control y evaluación debe aplicarse desde el primer momento; así, tampoco podemos desvincular la realización o implementación de la fase de estudio participativo, como se ha explicado más arriba.

Otra forma de representar el proceso es la que propone Francisco Alvira:



[Fuente: Guía para la elaboración de planes locales de prevención. Francisco Alvira. Agencia Antidroga, 2002]

## II.1 FASE. ESTUDIO DE LA REALIDAD

En esta fase podemos distinguir al menos dos enfoques diferentes aunque conduzcan al mismo objetivo. Uno es el desarrollado por Alvira en el esquema anterior que sigue un orden lógico, secuenciado y lineal de cada fase. Es un esquema muy adecuado cuando se pueden controlar las variables del proyecto, muy aplicable al medio educativo en el que podemos planificar partiendo de cero. Hay otros enfoques que podríamos denominar *estratégicos* que distinguen entre *análisis interno* y *análisis externo* (Bueno Campos. 1993). El análisis externo coincide bastante con el enfoque, digamos, tradicional. Su objetivo es el “análisis del problema” o dicho de otra manera, “cómo se manifiesta localmente el fenómeno en el contexto de otros problemas sociales y de salud”. Pero el análisis interno está más relacionado con enfoques estratégicos y constructivistas que cartesianos.

El análisis interno es un estudio del sujeto de la planificación, es decir, de la corporación municipal (y cualquier otro actor relevante), en relación con la tarea. En este estudio se tienen en cuenta las características técnicas e institucionales de la corporación y de la delegación encargada del plan, la capacidad de coordinación interna y externa de los responsables técnicos y políticos, los recursos de que se dispone. También la historia de la decisión de elaborar un PMD: de dónde parte la demanda, qué grado de apoyo político suscita, qué itinerario ha seguido...y muy importante: si existe una definición del problema que se pueda considerar como una especie de diagnóstico. Si la corporación tiene una idea previa muy arraigada de la naturaleza del problema y de sus soluciones se convertirá en uno de los puntos más importantes a tratar, ya que influirá decisivamente en el Diagnóstico y en la Misión del plan. En definitiva se trata de fijar lo más claramente posible el punto de partida. Quizá esta tarea no sea tan necesaria en otro tipo de instituciones más estables, pero en el municipalismo cada ayuntamiento es un mundo. El análisis no incluye solo a los políticos y a otros responsables, también incluye a los técnicos promotores del Plan.

En el paso sexto de una planificación racional, como la propuesta por Alvira, se pueden determinar los recursos materiales, financieros y humanos después de haber superado las fases anteriores, pero en muchos casos los recursos de los que dispondrá el plan, además del equipo inicial que se haya asignado, serán los que vaya

adquiriendo durante el proceso mediante alianzas, colaboraciones o aprobación de proyectos y subvenciones parciales.

### OBJETIVO:

Como se ha dicho más arriba, podemos dividir los objetivos de esta fase en estudio interno y estudio externo:

- Objetivo del estudio externo: Conocer cómo se manifiesta el fenómeno de la drogodependencia en el contexto de otros problemas sociales y de salud de la localidad.
- Objetivo del estudio interno: Conocer al sujeto del plan. Conocer bien el punto de partida.

### METODOLOGIA:

Respecto a las técnicas no difieren mucho en una metodología o en otra. Están todas las referidas a la búsqueda de fuentes fidedignas de información, de recogida de datos demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos siempre y cuando sean relevantes para la futura intervención. También las entrevistas (con mayor o menor profundidad) individuales y grupales, a ciudadanos, técnicos y políticos.

El hecho de que en drogodependencias se disponga de amplias encuestas periódicas sobre consumo y de registros de datos de asistencia, hace bastante innecesario comenzar un PMD realizando otra más. Parece más razonable partir de lo que ya existe, ver cómo se manifiesta en el territorio y sólo en el caso de que se observen variaciones sustanciales, proceder con un tipo de técnica relativamente compleja y costosa.

En cuanto a los procedimientos y técnicas que se emplean para obtener la información, Alvira ofrece una lista abreviada que reproducimos a continuación:

Inventario de recursos, Indicadores sociales (análisis de áreas, de factores de riesgo, población objeto), Análisis de usuarios/clientes, Análisis de uso/utilización, Encuesta a informantes, Encuesta a usuarios/clientes, Encuesta a público en general,

Observación, Grupo focalizado, Grupo nominal Delphi, Foro o asamblea comunitaria (Alvira, 2002).

## II.2 FASE. DIAGNÓSTICO.

36

El diagnóstico es una forma de organizar la información que mejora la comprensión del fenómeno y las posibilidades de intervención sobre el mismo. Se puede afirmar que si cumple con esta definición será un buen diagnóstico y si no, no lo será, independientemente del protocolo técnico que haya seguido para su realización.

Una de las cosas más importante en esta fase, en la que hay que combinar una gran cantidad de datos resultantes del estudio de la fase anterior, es la capacidad de discriminar lo relevante de lo menos relevante. No decimos significativo, porque puede haber hallazgos muy significativos pero que se encuentren fuera del alcance de los límites del plan.

Por otra parte, si el diagnóstico se ha realizado de forma más o menos participativa, podrá ser comprendido y compartido por un gran número de actores del municipio, lo que le aportará una gran fortaleza al Plan.

Llegados a este punto es conveniente revisar si las ideas previas –los prejuicios de técnicos, políticos y entidades sociales del plan- se han modificado antes de seguir adelante. O sea, si se comparte o no el diagnóstico.

Todas las fases son importantes, pero un buen diagnóstico junto con una adecuada capacidad de coordinación pueden ser los elementos determinantes de un PMD. En cambio un plan que no dispone de un diagnóstico, que lo ha perdido con el transcurso del tiempo o que ha quedado obsoleto, no puede orientar su política de drogas. Y orientar y dirigir la política de drogas local es la principal función de todo PMD. Algo parecido ocurre cuando se renuncia a coordinar los objetivos, las acciones y los recursos sectoriales: se renuncia a la idea misma de plan.

## OBJETIVOS

El objetivo es: Organizar la información de manera que mejore la comprensión del fenómeno y facilite la toma de decisiones.

37

## METODOLOGÍA

La metodología tiene que facilitar la selección de la información relevante y ofrecer pistas para la intervención. En general se trata de diversas adaptaciones del llamado análisis o aplicación de la matriz DAFO. El análisis DAFO es una metodología de estudio de la situación de una organización o un proyecto analizando sus características internas (debilidades y fortalezas) y su situación externa (amenazas y oportunidades) encuadrándolas dentro de una matriz. Es una herramienta para conocer la situación real en que se encuentra una organización, empresa o proyecto, que facilita el diseño de una estrategia de futuro.

### **II.3 FASE. DISEÑO DE ESTRATEGIAS, PLANES Y PROGRAMAS**

Planificar es pensar antes de actuar.

La planificación es el momento de la selección de objetivos y la formulación de estrategias en base al diagnóstico que hemos realizado teniendo en cuenta los recursos con los que contamos. Durante la planificación se decidirán la misión, la visión, el alcance del plan, las líneas estratégicas y los programas. Lógicamente el plan debe cumplir con los criterios que se han definido en los apartados anteriores de: Globalidad, coordinación, participación e intersectorialidad, así como ser interdepartamental y promover la normalización

## OBJETIVOS

El objetivo de la planificación es el mismo que hemos descrito para el PMD, ya que el PMD es su producto: Dirigir y coordinar la política sobre drogodependencias y adicciones en su municipio.

## METODOLOGÍA

Como se ha repetido en varias ocasiones, no existe una metodología única para elaborar un PMD. Cada fase tiene su metodología, sus objetivos y sus técnicas, aunque para realizar la planificación de un proceso tan complejo puede resultar muy valiosa la llamada *Planificación Estratégica* que se ha aplicado con éxito tanto en organizaciones privadas como públicas y en el llamado tercer sector (Bueno campos, E, 1993).

Según esa metodología de trabajo una buena estrategia debe cumplir varios requisitos:

- Ser capaz de alcanzar su objetivo.
- Realizar una buena conexión entre el entorno y los recursos de una organización; debe ser factible y apropiada.
- Ser capaz de proporcionar a la organización una *ventaja competitiva*.
- Ser dinámica, flexible y capaz de adaptarse a las situaciones cambiantes.

### **Los programas**

Los programas son los instrumentos de que se sirve el plan para alcanzar sus objetivos, pero la simple suma de varios programas no componen un plan. Un plan es un compromiso de un ayuntamiento con una determinada política de drogodependencias, un programa implica un compromiso de intervención en un sector o un área acotados previamente y con unos objetivos específicos.

Los programas se encuadrarán dentro de las principales áreas de intervención que se han definido para los PMD: Prevención (reducción de la oferta y de la demanda), incorporación social, apoyo al tratamiento y modificación de la percepción social del fenómeno. Estas áreas se pueden seguir subdividiendo y especificando:

Como todos sabemos, la prevención se puede dividir en varios niveles: universal, selectiva e indicada. A su vez la selectiva y la universal se pueden subdividir en específica e inespecífica dependiendo de si tratan problemas específicos de drogas y adicciones o de cuestiones más generales. También se pueden clasificar por ámbitos de actuación: escolar, laboral, ocio y tiempo libre, servicios sociales, atención primaria,

etc. Cada nivel dispone de sus propios criterios técnicos y cada ámbito también cuenta con un número suficiente de experiencias de *buenas prácticas* en las que poder inspirarse.

El criterio determinante en el momento de la elección y diseño de los programas de prevención, y de todos en general, es ajustar bien las necesidades detectadas, con los recursos disponibles y las prioridades y competencias del plan. Y dentro del capítulo de competencias conviene distinguir entre aquellos campos en los que el municipio puede prestar una ayuda u ofrecer colaboración de aquellos otros que le corresponden plenamente. Eso también ayuda a determinar las prioridades.

En incorporación social también encontramos varios niveles y ámbitos de intervención. En *Coaching para adictos integración y exclusión social* (Ramírez de Arellano. 2012) se desarrollan ampliamente los diversos niveles de intervención: Individual, de red social y familiar, microsocioal o comunitaria y macrosocioal. A su vez dentro de cada uno de ellos se especifican determinados ámbitos. En todos ellos puede intervenir el municipio, si bien es verdad que en unos con mayor propiedad que en otros. Por ejemplo en el nivel macrosocioal su capacidad de influencia es limitada, pero debe intentar que su política local sea coherente con su visión de la política general, mientras que en el ámbito microsocioal o comunitario es donde puede desarrollar todo su potencial de intervención (aunque no sea el que más se realice en la práctica).

En lo que se refiere al apoyo al tratamiento hay que adoptar una posición complementaria respecto de los recursos asistenciales. También se debe prestar una especial atención a los programas limítrofes entre la asistencia y la prevención como son los programas de prevención selectiva específicos, de detección precoz, de prevención indicada y de atención precoz. De nuevo se trata de poner en contacto las necesidades detectadas con los recursos disponibles facilitando la colaboración y la coordinación. Si existen necesidades por cubrir en el sector de la intervención precoz, el PMD debe tomar cartas en el asunto en la medida de sus posibilidades: estudiando, describiendo o denunciando la situación e interviniendo o colaborando para su mejora.

En el campo de la reducción de la oferta a pequeña escala se ha avanzado mucho en los últimos años. Se trata de integrar los propios planes y programas de las Fuerzas de Seguridad dentro del PMD. También hay que abordar la estrategia reguladora del consumo de sustancias legales en determinadas circunstancias y para determinadas poblaciones.

La cuestión del cambio de percepción social de las drogodependencias en el municipio también hay que abordarla de una manera programada, siendo uno de los campos con más posibilidades de intervención desde un enfoque comunitario. Se trata de trabajar con los medios de comunicación locales, con los líderes comunitarios, con las asociaciones y con todos los que sean capaces de crear opinión. Desgraciadamente es uno de los que se practica con menos frecuencia, al menos de forma programada o mediante un plan de comunicación.

Por otra parte, un programa de un PMD debe combinar adecuadamente tres tipos de elementos (además de cumplir con los estándares de calidad homologados y estar *basados en la evidencia* disponible):

**Información técnica actualizada** en drogodependencias sobre el sector o área sobre la que se pretende intervenir. No se necesita la misma información para diseñar un programa de control del “menudeo” en el entorno de determinados colegios en colaboración con la policía local que para un programa de prevención indicada en centros de menores o para colaborar con una empresa en sus planes de prevención.

**La parte del diagnóstico que afecta al sector o área de intervención.** El diagnóstico casi siempre será la razón que decida la intervención en un sector de forma programada. Decimos casi siempre, porque en ocasiones aunque no exista una prioridad diagnóstica de primer orden, pueden adoptarse determinadas medidas con sentido de la oportunidad, bien porque se trate de temas sensibles o bien porque se trate de medidas fáciles de implementar que cuentan con apoyo y colaboración.

Si, como es tan frecuente en muchos municipios, el resultado del diagnóstico arroja entre otros datos que en la población existe un número de jóvenes y menores que han abandonado el sistema escolar y que no han encontrado una ocupación pasando las horas muertas concentrados en determinados espacios urbanos consumiendo drogas legales e ilegales, se tendrán que diseñar programas dirigidos a esa población. Probablemente algunas medidas van a tener que ver con las alternativas educativas, formativa-laborales, de fomento de empleo, de ocupación del tiempo libre, etc., mientras que otras quizá confluyan en un programa de prevención selectiva o indicada.

**Conocimiento de los recursos municipales de todas las delegaciones.** Siguiendo con el ejemplo anterior, es muy útil conocer los recursos propios municipales en materia de formación profesional ocupacional y los que dependen de las áreas de

juventud, cultura y deportes, para poder diseñar un programa realista para jóvenes desocupados.

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.

En este caso cada programa tendrá sus propios objetivos y su propia metodología. Sí se pueden mencionar autores como J.M. Melero, M. Coulombe, Ander-Egg o Rochón, que han aportado elementos interesantes para la programación en educación para la salud y en intervención social.

### **II.4 FASE. REALIZACIÓN**

En lo que se refiere a la fase de implantación de un PMD podemos hablar de dos tipos de procesos; uno de tipo más formal y otro más informal.

En lo que se refiere al proceso formal también transcurre por una serie de fases a lo largo del tiempo y, aunque pueden variar de unos casos a otros, suelen cumplir un serie de etapas: a) Análisis de la demanda y primeras negociaciones entre el equipo técnico promotor y el patrocinador (político), b) elaboración del borrador o anteproyecto y presentación del proyecto ante el pleno, c) establecimiento de las estructuras coordinadoras y de los órganos de participación, d) dotación presupuestaria, e) adaptación de las delegaciones, f) convenio o acuerdo con el Plan Autonómico de Drogodependencias.

El proceso informal hace referencia a todos aquellos aspectos que pueden mejorar la aplicación del plan en la práctica o pueden hacerlo fracasar a pesar de que técnicamente esté bien diseñado y sea coherente internamente. Tiene que ver fundamentalmente con la metodología de la intervención del equipo promotor.

## OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo de esta fase es conseguir que la realización se ajuste a la planificación, pero también que la planificación se ajuste a la realidad, a los cambios imprevistos y a las oportunidades que se presentan en consonancia con la misión y los objetivos generales. También hace referencia al cumplimiento de las fases formales del proceso.

Ander-Egg (1989) distingue entre la lógica de la formulación y la lógica de la realización. Según el autor, la *eficiencia creativa* es una cualidad del equipo promotor que facilita la implementación. Algunas de sus características son las siguientes: habilidad para percibir y atender las necesidades de las personas vinculadas al proyecto, flexibilidad, fluencia o capacidad de aprovechar las novedades (oportunismo), capacidad de análisis y capacidad de síntesis.

También vinculado a los roles que deben saber jugar los miembros del equipo promotor, considerados por Rochón (1992) como *agentes de cambio*, se pueden distinguir los siguientes: comunicador, vendedor, negociador, organizador, facilitador, evaluador. El mismo autor describe las seis cualidades del equipo que promueven la adhesión al proyecto: credibilidad, adaptabilidad, disponibilidad, escucha, afabilidad, utilidad.

Finalmente se pregunta *¿qué favorece la implantación de una novedad?* y propone las siguientes respuestas:

- Que ofrezca una ventaja relativa a lo que hay.
- Que sea compatible con los valores y la cultura organizacional donde se intenta implantar.
- Que sea sencillo de comprender y de aplicar.
- Que se pueda aprobar antes de comprometerse a adoptarla.
- Que los resultados sean observables.

## II.5 FASE. EVALUACIÓN. Conocer para mejorar.

De nuevo nos encontramos con el problema del discurso lineal, que nos obliga a poner en último lugar a la evaluación como si fuese algo que sólo se realiza al final del plan o de los programas cuando en realidad debe estar presente desde el principio. Su objetivo, como hemos señalado en el título del epígrafe, es conocer para mejorar, y se puede concretar en muchos aspectos concretos como el rendimiento de cuentas, el aprendizaje que produce analizar lo realizado o como su importancia a la hora de comprobar la dirección del proyecto y su posible corrección.

Dos ideas se pueden destacar en este punto: una es que hay que elegir sistemas de evaluación acordes a las necesidades y a los recursos disponibles. Digamos que tiene que ser una herramienta facilitadora y no un obstáculo y otra, que dadas las características de los PMD, hay que prestar especial atención a los métodos evaluativos participativos.

Domingo Comas propone que:

*“En el abordaje de determinados problemas sociales, la evaluación misma pueda ser considerada como un proceso participativo, en la que el experto en evaluación, si lo hay, jugará el papel de asesor, consultor, formador, facilitador de técnicas e instrumentos, etc., pero no será él quien realiza la evaluación e interpreta los datos, porque esa es una tarea del equipo que realiza el proyecto: “La evaluación no es una tarea de los evaluadores sino del programa” (Comas, 2001).*

### OBJETIVOS Y MÉTODOS

También en este caso hay que relacionar los objetivos con el tipo de evaluación.

En el campo de las drogodependencias se utilizan habitualmente varios tipos de evaluaciones. Generalmente se identifican con los nombres de análisis o estudio de la realidad que incluye la evaluación de necesidades, y es la que hemos desarrollado en la primera fase, la evaluación de diseño, la evaluación de procesos, y la evaluación de resultados que incluye la evaluación de impacto, (Ramírez de Arellano. 2002)

- La evaluación de diseño

Este tipo de evaluación permite prever problemas de aplicación y de funcionamiento del programa. Consiste en un análisis lógico y de coherencia del programa antes de su aplicación para: analizar su coherencia interna (actividades coherentes con los objetivos, objetivos ordenados y coherentes entre sí, temporalización coherente...); analizar la coherencia del programa con los resultados obtenidos en el análisis de la realidad; analizar la adecuación lógica y empírica del modelo de intervención y de la estrategia de intervención en los que se asienta el programa; analizar la viabilidad para las partes implicadas.

- Evaluación del proceso

Este tipo de evaluación permite conocer cómo está funcionando el programa en la práctica. Ha de poder responder a preguntas del siguiente tipo:

¿Qué está pasando realmente en el plan y en los programas?, ¿se van cumpliendo los objetivos de integración en las áreas municipales, participación, colaboración intersectorial, etc.?, ¿se ha creado algún foro de participación?, ¿se ha constituido una estructura de coordinación del plan?, ¿se adecúan los perfiles profesionales a las características de los programas?, ¿cuántos usuarios y personal están participando?, ¿qué respuesta está obteniendo en los medios de comunicación? (Ramírez de Arellano, 2002)

- La evaluación de resultados

Esta evaluación se centra en el análisis y descripción de los efectos conseguidos por el Plan en su conjunto y por cada uno de los programas. Estos efectos pueden ser de muy diversa índole. En la mayoría de los casos cada programa dispondrá de su propio sistema de recogida de información que le

permitirá conocer resultados y sacar conclusiones en determinados momentos de su ejecución, no sólo al final del programa.

Para evaluar determinados resultados de los programas con un grado de validez interna suficiente el profesor Alvira propone la utilización de grupos de comparación o control o la realización de mediciones sucesivas en el tiempo sobre el mismo grupo. (Alvira, 2000).

- Evaluación de impacto

Esta evaluación se puede considerar como la medida de la eficacia social de un programa, para lo cual Domingo Comas propone un modelo basado en el uso de la técnica de los grupos de discusión (Comas, 2001).

En relación con la evaluación de resultados, el problema que se plantea a veces es la proporcionalidad entre la modestia de los recursos con los que cuentan los programas y las exigencias metodológicas de algunos diseños de evaluación. Como la evaluabilidad de un programa está directamente relacionada con su diseño y con su sistema de información, es ahí donde habría que concentrar los esfuerzos si se desea mejorar la evaluación. Hay que pensar en sistemas sencillos y fáciles de manejar que en gran parte se apliquen simultáneamente a la realización de programa.

### III. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del presente documento es realizar una evaluación diagnóstica de los Planes Municipales de Drogodependencias, con el objeto de conocer su implantación real en los municipios españoles de más de 20.000 habitantes, que deberán disponer de este instrumento de acuerdo con las previsiones de la Estrategia Nacional Sobre Drogas.

46

Para ello se han identificado los 398 municipios mayores de 20.000 habitantes, recogiendo:

- lo desarrollado desde el ámbito municipal en materia de prevención, asistencia e incorporación social de las drogodependencias.
- el desarrollo y funcionamiento de dichos planes.
- los modelos de coordinación entre las distintas administraciones.
- el impacto de la actual crisis presupuestaria
- la legislación entorno a competencias impropias.
- y la pérdida de relevancia pública de las drogas.

Del análisis de lo anterior se ha obtenido un retrato de la situación y perspectiva futura de la planificación de drogodependencias en el ámbito local que proporciona elementos para la reflexión, y el esbozo de recomendaciones sobre las estrategias políticas a seguir los próximos años.

La metodología propuesta para este estudio combina técnicas cualitativas y cuantitativas con el objeto de obtener una visión completa de la situación de la planificación municipal en el ámbito de drogodependencias a través de la triangulación metodológica, que permite obtener una visión amplia a través de los datos procedentes del cuestionario que se complementa con el discurso de las propias personas implicadas en el desarrollo de los mismos.

Fases del estudio:

- Identificación de base de municipios de más de 20.000 habitantes y forma de contacto.
- Identificación de aquellos municipios con actividades vinculadas a las drogodependencias.
- Presentación y envío de cuestionario on-line.
- Organización y realización de entrevistas con los municipios seleccionados que cuentan con plan municipal de drogodependencias.
- Realización de grupos de discusión con aquellos municipios con actividad en drogodependencias.

Fruto de las dos primeras fases es la elaboración de una base actualizada, a Mayo de 2013, de los municipios de más de 20.000 habitantes en función de comunidad autónoma de pertenencia<sup>5</sup>. En esta base se referencia si cuentan con plan vigente de drogodependencias y de no ser así, si desarrollan actividades vinculadas a drogodependencias, así como la persona responsable del Plan o actividad, el área a la que pertenece, la dirección postal, teléfono de contacto y correo electrónico, de contar con él.

---

<sup>5</sup> Se adjunta en soporte informático de este documento una copia de dicha base denominada *BASE CONTACTOS LOCALES DROGODEPENDENCIAS*.

### III.1 TÉCNICAS CUANTITATIVAS.

La aplicación de técnicas cuantitativas se ha desarrollado a través del diseño y difusión de un cuestionario on-line ad-hoc que recogiera la principal información referente a la planificación en drogodependencias. Principalmente:

- Estado de la planificación en el municipio: existencia del plan vigente, antecedentes de planificación, equipo vinculado al desarrollo del plan, persona responsable.
- Características de lo desarrollado (incluyendo tanto acciones como Planes): misión y objetivos, ámbitos en los que se desarrolla, acciones en cada ámbito, participación de áreas municipales, participación de otras entidades.
- Peculiaridades de su desarrollo: dificultades, mejoras, existencia de evaluaciones, perspectivas de futuro.

Para facilitar el acceso y cumplimentación, el cuestionario se construyó en una web específica cuyo enlace fue enviado a todos los municipios de más de 20.000 habitantes junto a una carta de presentación, a través de correo electrónico. La plataforma on-line posibilitaba que cada uno de los municipios pudiera adjuntar información complementaria como el propio plan municipal en formato electrónico, evaluaciones, información sobre programas concretos...etc. En la presentación del cuestionario se facilitaba también formas de contacto para proporcionar soporte durante la cumplimentación del mismo.

#### Identificación de población diana:

Como primera fase se ha procedido a la identificación de todos aquellos municipios de más de 20.000 habitantes en función de los datos censales proporcionados por el INE. Para ello se ha construido una base de datos ad-hoc donde se ha recogido municipio, provincia, y signo político del ayuntamiento.

En una primera búsqueda se investigó la existencia de planes municipales de drogodependencia o el desarrollo dentro de la acción municipal de actividades vinculadas al ámbito de drogodependencias o adicciones.

Se construyó una base de 398 municipios<sup>6</sup>. Se procedió a contactar telefónicamente con aquellos municipios sobre los que no se pudo conseguir información sobre su actividad vinculada a este campo, con el objeto de confirmar si desarrollaban acciones vinculadas a drogodependencias o si efectivamente tenían plan de drogas, y cumplimentar datos de contactos.

La “BASE CONTACTOS LOCALES DROGODEPENDENCIAS”, con actividad municipal en drogodependencias, persona de contacto y datos de contactos actualizados, se facilitó a la Federación Española de Municipios y Provincias para que realizara una primera presentación de la investigación por correo con una carta oficial. Posteriormente el equipo investigador realizó una presentación del mismo vía email, comunicando que se contactaría con los municipios durante el desarrollo de la investigación tanto en su fase cuantitativa como cualitativa.

El cuestionario se envió a través de un email con el correspondiente enlace, para lo que se obtuvo la dirección email válida para la totalidad de municipios mayores de 20.000 habitantes con alguna actividad vinculada a drogodependencias<sup>7</sup>, que suponen 353 municipios de los 398 con población de 20.000 habitantes. De estos 353 municipios con actividad vinculada a drogodependencias han cumplimentado el cuestionario 131, lo que supone un 37,11% de estos.<sup>8</sup> De estos 353 municipios cuentan con plan municipal 185 municipios; si recalculamos el porcentaje de respuesta al cuestionario de municipios que cuentan con Plan, obtenemos que un 70,81% de los municipios con Plan han cumplimentado el cuestionario.<sup>9</sup>

Una vez recibidos los cuestionarios online, la información de estos se incorporó a la base con la información sobre la actividad municipal y los datos de contacto, de tal manera que la base quedó actualizada a Mayo de 2013, con los datos aportados por los ayuntamientos a través del cuestionario on-line y los datos recogidos durante el proceso de contactación para grupos y entrevistas.

---

<sup>6</sup> BASE CONTACTOS LOCALES DROGODEPENDENCIAS

<sup>7</sup> Información añadida a la BASE DE CONTACTOS

<sup>8</sup> Error estimado 6,57 intervalo de confianza 95%

<sup>9</sup> Error estimado 1,78 intervalo de confianza del 95%

### III.2 TÉCNICAS CUALITATIVAS.

Con el objeto de completar la información obtenida a través del cuestionario on-line, paralelamente se desarrollaron técnicas cualitativas que permitieran profundizar en la información obtenida, a través de entrevistas y grupos de discusión.

La información recabada se centró en el desarrollo de los planes y acciones, con especial hincapié en las dificultades y mejoras introducidas para adaptarse a los diferentes perfiles de personas a las que va dirigida, y su evolución. Así como en las perspectivas y retos de futuro que desde los municipios se observan en lo referente a la drogodependencias.

Las técnicas cualitativas se aplicaron a una muestra representativa de municipios en función de su tamaño, y su representación territorial y política.

### III.3 SELECCIÓN DE MUESTRA.

Sobre una base de 354 municipios de más de 20.000 habitantes seleccionados, se desarrollaron tres estrategias

1. Por un lado el envío del cuestionario a la totalidad de municipios.
2. Por otro lado, de entre estos municipios se selecciona una muestra de 80 municipios con los que se desarrollan entrevistas.
3. Así mismo se convocan 6 grupos de discusión.

Para seleccionar los municipios a entrevistar se realizó un muestreo en función de los siguientes criterios: tamaño del municipio, situación geográfica, signo político y constatación de existencia de Plan. En el caso de la selección para la realización de los grupos de discusión se utilizaron dos criterios: por un lado concentración geográfica, y por otra la existencia de actividad en materia de drogodependencia sin necesidad de que contaran con planificación.

### III.3.1 Estratificación en función del tamaño:

En función de la información del INE se agrupan los municipios según tamaño o número de habitantes.

- Municipios entre 20.000 y 23.400 habitantes.
- Municipios entre 23.401 y 29.049 habitantes.
- Municipios entre 29.050 y 37.239 habitantes.
- Municipios entre 37.240 y 56.703 habitantes.
- Municipios entre 56.704 y 95.026 habitantes.
- Municipios entre 95.207 y 674.725 habitantes.

51

Según esta información, una vez clasificados los municipios en función de su tamaño, se otorgó una cuota de trece entrevistas por cada uno de los grupos territoriales, además de la decisión de entrevistar a los cuatro municipios con mayor población que contaran con plan municipal de drogodependencias.

Además, se establecieron seis grupos de discusión a los que se convocaron de entre siete y ocho municipios para cada grupo.

En cuanto a la representatividad política, se establece en torno al peso global de los partidos, quedando así distribuida:

Peso partidos	
PP	45
PSOE	22
CIU	6
IU	3
EAJ-PNV	4

[Fuente: elaboración propia]

Una vez establecidas las cuotas se reparten éstas territorialmente:

Comunidad	Nº de municipios con plan	% sobre total	% sobre entrevistas
Madrid	31	9	7
Castilla la Mancha	13	4	3
Cataluña	56	16	13
Aragón	4	1	1
Valencia	56	16	13
Extremadura	6	2	1
Andalucía	68	20	16
Murcia	17	5	4
Castilla León	14	4	3
Galicia	20	6	5
Asturias	6	2	1
País Vasco	18	5	4
La Rioja	2	1	0
Baleares	9	3	2
Canarias	28	8	6

[Fuente: elaboración propia]

En cuanto a la realización de los grupos de discusión, se decidió la ejecución de seis grupos en aquellas provincias con una mayor concentración geográfica de municipios que desarrollaran alguna actividad vinculada a drogodependencias, tuvieran plan aprobado formalmente o no. El criterio que se estableció fue seleccionar aquellos municipios situados en un radio de 80 kilómetros de la ciudad central y que no hubieran participado en las entrevistas.



[Fuente: elaboración propia]

Así pues, se realizaron grupos de discusión en Barcelona, Bilbao, Murcia, Valencia, Alicante y Sevilla.

Hay que indicar que su ejecución fue costosa, ya que como se manifiesta más adelante en la información resultante del trabajo de campo de la evaluación, los equipos técnicos encargados del desarrollo de los planes municipales suelen ser muy reducidos -en ocasiones de una única persona- y se encuentran saturados de trabajo, con lo que su desplazamiento a otra ciudad para participar en el grupo, teniendo que abandonar su puesto de trabajo, resultaba complicado. Por eso mismo, la participación de los diferentes municipios invitados fue desigual, según la provincia, y la organización y gestión de los grupos fue, igualmente, muy compleja.

A continuación mostramos una tabla con los municipios asistentes a cada grupo de discusión:

GRUPO	MUNICIPIOS PARTICIPANTES
<b>BARCELONA</b>	Santa Coloma de Gramanet
	Mollet del Vallés
	Castelldefels
	El Prat del Llobregat
<b>BILBAO</b>	Bilbao
	Santurzi
	Barakaldo
	Portugalete
<b>VALENCIA</b>	Alfajar
	Algemesí
	Quart de Poblet
	Manises
	Burjassot
	Torrent
<b>ALICANTE</b>	Santa Pola
<b>SEVILLA</b>	Mairena del Aljarafe
	Morón de la Frontera
	La Rinconada
<b>MURCIA</b>	Totana
	Torre Pacheco
	Las Torres de Cotillas

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### I. EL MOTIVO DE ESTA FORMA DE ANÁLISIS

55

La utilización de la triangulación metodológica tiene como principal objetivo el retrato más completo de la heterogeneidad de la realidad municipal, una apuesta por dar una visión integral de lo desarrollado en planificación local de drogodependencias.

Desde la primera contactación con los diferentes municipios para difundir la iniciativa, comprendimos que la realidad de los diferentes municipios tenía aspectos que era imposible plasmar en un solo cuestionario. Por ello se decidió recoger la información más estrictamente vinculada a la planificación de drogodependencias y los aspectos formales de la misma a través del cuestionario on-line.

El cuestionario se ha articulado en torno a cinco bloques:

- Situación de la planificación de drogodependencias en el municipio y actualización de las formas de contacto.
- Trayectoria del municipio en materia de drogodependencias.
- Descripción de las actividades desarrolladas en materia de drogodependencias en la actualidad.
- Coordinación de lo desarrollado en materia de drogodependencias con los recursos y agentes sociales del municipio y la comunidad autónoma.
- Evaluación y mejora de la actividad vinculada a drogodependencias.

A estos datos se añaden los producidos por las entrevistas y los grupos de discusión, enfocados a recoger información vinculada a los aspectos prácticos del desarrollo de la actividad municipal sobre drogodependencias.

Las entrevistas han tenido como principios rectores recoger con mayor profundidad el desarrollo de las actividades y la planificación en materia de drogodependencia desarrollada por los municipios, con especial atención a las dificultades encontradas y

las mejoras introducidas. Así como la opinión de las personas responsables sobre los retos de futuro para las actividades de drogodependencias.

En el caso de los grupos de discusión, han tenido como objetivos principales recoger información sobre los procesos de elaboración de los planes municipales y diseño de actividades, el desarrollo de la coordinación de éstos con el ámbito local y el impacto que la situación económica actual está teniendo en el desarrollo real de las actividades planificadas.

56

Toda esta información obtenida de estas tres técnicas es analizada desde el marco de lo estipulado en materia de drogodependencias desarrollado en la introducción del presente documento. La información obtenida analizada desde un enfoque integral permite la cumplimentación de las técnicas de tal manera que además de conocer a través del cuestionario, por ejemplo, cuáles son las principales dificultades a las que se enfrenta la planificación de drogodependencias, podemos a través de la información cualitativa conocer el impacto de esa dificultad en el desarrollo de la actividad y las medidas de adaptación practicadas desde el ámbito local.

La procedencia de los datos según fuente esta convenientemente referenciada a lo largo del presente epígrafe, encontrándose los materiales utilizados para la recogida de información en los anexos a este documento.

## II. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PMD

El número de municipios de más de 20.000 habitantes es de 398, como se ha señalado en el epígrafe de metodología; solamente 45 de ellos no realizan actividades vinculadas a drogodependencias. Es decir el 88,69% de los municipios de más de 20.000 habitantes desarrollan alguna actividad en materia de drogodependencias.

De la totalidad de municipios españoles con actividad en drogodependencias cuentan con un plan propiamente dicho un 42,57%, y un 46,35% desarrollan actividades en ese ámbito aunque no tengan un plan vigente. La necesidad de dar respuesta a situaciones concretas, como ya se ha señalado, es el origen de la planificación de drogodependencias desde el ámbito local.

“la necesidad de crear un plan, sale un poco debido a que se están realizando diferentes actividades, pero quizás no había detrás algo que las articularan y le diera cuerpo técnico, y a partir de aquí se intenta y entonces se amplia” [persona entrevistada]

La evolución en cuanto a número de municipios con plan propio en la última década ha sido importante, impulsada sobre todo por la ENSD. Como muestra vamos a tomar los datos con los que contaba la FEMP en 2003 sobre la base de municipios recopilados en su plataforma informática, comparados con los datos obtenidos en este estudio; observamos que el porcentaje y número de municipios que cuentan con plan de drogodependencias han experimentado un aumento.

TABLA 1: EVOLUCIÓN Nº MUNICIPIOS CON PLAN

Año		2013		2003	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Plan	Sí	101	77,7	96	57,8
	No	29	22,3	70	42,2
	Total	130	100,0	166	100,0

[Fuente: Elaboración propia]

No obstante la mayoría de los municipios que cuentan con un plan de drogodependencias, contaban con un plan con anterioridad. Es decir la continuidad de la planificación de drogodependencias está presente en un el 65,4% de los municipios encuestados. Gran parte de esos 96 municipios que contaban con Plan en 2003 siguen contando con él en 2013.

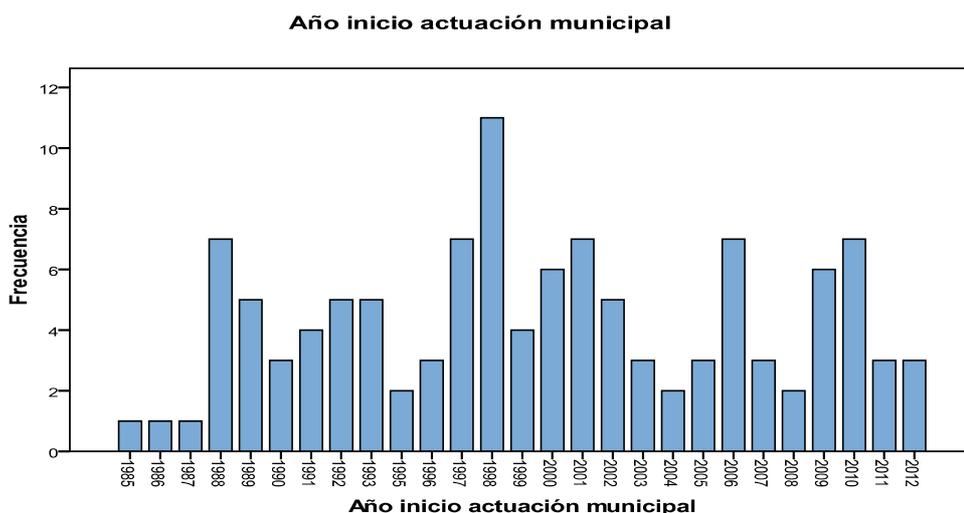
TABLA 2: EXISTENCIA PLAN MUNICIPAL ANTERIOR

		Frecuencia	%
<b>Existencia Plan</b>	<b>Sí</b>	85	65,4
	<b>No</b>	45	34,6
	Total	130	100,0

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Según los datos aportados por los municipios encuestados la media de trayectoria municipal en drogodependencias es de 13 años. La planificación de drogodependencias concentra el inicio de su andadura en torno a finales de los años `80, vinculados al empuje de los servicios sociales dentro de lo local, llegando a su máximo nivel en 1998 y experimentando un nuevo empuje a partir de 2001 con la puesta en marcha de la ENSD.

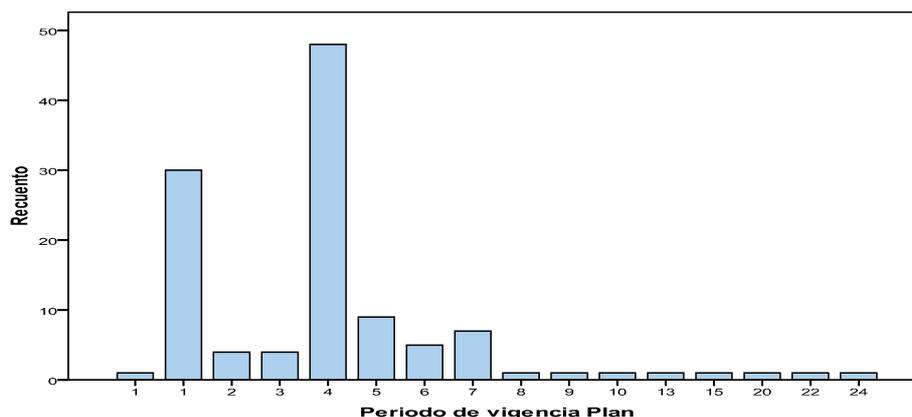
GRÁFICO 1: INICIO ACTIVIDAD MUNICIPAL



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Pese a la trayectoria de la planificación de drogodependencias en el municipio, la planificación está ligada a las diferentes legislaturas. El periodo de vigencia medio de los planes, según los municipios encuestados, coincide con las legislaturas, siendo de cuatro años.

GRÁFICO 2: PERIODO DE VIGENCIA DE LOS PMD



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Este hecho parece indicar que aunque exista una apuesta de todos los grupos políticos por la necesidad de esta planificación, la planificación de la misma se liga a la duración de la legislatura.

Pese a la generalización de la planificación en materia de drogodependencias en el ámbito local en la última década, existe todavía un pequeño porcentaje de municipios que sigue dando respuesta a las necesidades de actuación en materia de drogodependencias al margen de la existencia de planes locales.

Subsiste un pequeño número de municipios, en torno al 15% de los municipios encuestados, que no han contado nunca con un plan formalmente aprobado de drogodependencias aunque sí desarrollan acciones vinculadas a esta área.

TABLA 3: TABLA DE CONTINGENCIA VIGENCIA PLAN \* PLAN ANTERIOR

			Plan anterior		Total
			Sí	No	
<b>Vigencia Plan</b>	<b>Sí</b>	Frecuencia	76	24	100
		% del total	58,9%	18,6%	77,5%
	<b>No</b>	Frecuencia	9	20	29
		% del total	7,0%	15,5%	22,5%
<b>Total</b>		Frecuencia	85	44	129
		% del total	65,9%	34,1%	100,0%

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Y otro pequeño grupo de municipios que en algún momento han contado con un plan propio pero que actualmente las actividades que realizan no cuentan con un plan rector (10,6 % entre los municipios encuestados).

Contar con un plan vigente, a ser posible aprobado en pleno, es visto por los profesionales como un aspecto necesario para dar coherencia y peso a las actividades desarrolladas.

“la pregunta de por qué no pasa por pleno, la respuesta que nos han dado es que como hay mayoría absoluta no hace falta pasar por pleno” [persona participante en grupo de discusión]

“el pleno da la posibilidad a que la gente, la ciudadanía pueda plantear alguna cuestión, y el resto de grupos políticos, claro” [persona participante en grupo de discusión]

“yo reconozco que el que pase por pleno, eso da consistencia y estabilidad” [persona participante en grupo de discusión]

La mayoría de los municipios muestran una apuesta por la continuidad de la planificación en drogodependencias, como indica que aquellos municipios que no cuentan con un plan vigente, un 57,2 %, continúen planificando sus actuaciones en la

materia, bien porque se encuentran en fase de elaboración de un nuevo plan, bien porque éste ha sido elaborado pero aún no está vigente.

TABLA 4: PLANIFICACIÓN DROGODEPENDENCIAS MUNICIPIO

		Frecuencia	%
<b>Planificación</b>	<b>Esperando aprobación nuevo Plan</b>	3	14,3
	<b>Nuevo Plan en elaboración</b>	9	42,9
	<b>Planificación sobre drogodependencias suspendida</b>	3	14,3
	<b>Esperando financiación</b>	4	19,0
	<b>Plan recién finalizado</b>	2	9,5
	Total	21	100,0

61

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Un 38% de los municipios que respondieron el cuestionario se encuentran esperando la aprobación del nuevo plan o redactando el mismo, por tanto cuentan con una planificación prologada. Un 14% acaban de finalizar su plan vigente y un 21% están evaluando el plan.

TABLA 5: TABLA DE CONTINGENCIA PLANIFICACIÓN DROGODEPENDENCIAS MUNICIPIO\* VIGENCIA PLAN

			Vigencia Plan
			Sí
<b>Planificación</b>	<b>Esperando aprobación nuevo Plan</b>	Recuento	7
		% del total	9,2%
	<b>Nuevo Plan en elaboración</b>	Recuento	22
		% del total	28,9%
	<b>Planificación sobre drogodependencias suspendida</b>	Recuento	2
		% del total	2,6%
	<b>Esperando financiación</b>	Recuento	18
		% del total	23,7%
	<b>Plan recién finalizado</b>	Recuento	11
		% del total	14,5%
	<b>Evaluando Plan</b>	Recuento	16
		% del total	21,1%
Total	Recuento	76	
	% del total	100,0%	

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Pese a esta apuesta generalizada cabe señalar que en un pequeño porcentaje se vislumbra un riesgo de continuidad. Aunque mayoritariamente los municipios que han tenido con anterioridad una planificación y ahora no cuentan con ella se encuentren redactando nuevos planes, no podemos dejar de señalar que un 26,3% de los municipios con un plan vigente manifiestan dificultades, ya que o bien se ha suspendido el mismo o bien se encuentran a la espera de financiación.

### III. ASPECTOS LEGALES Y FORMALES

En este apartado se hace referencia a algunos aspectos internos de los planes municipales, que han aparecido en el desarrollo del trabajo de campo de la investigación. En concreto, vamos a profundizar en estos sub apartados:

63

1. Elaboración de estudios y/o diagnósticos previos.
2. Mancomunidades de Planes Municipales de Drogodependencias.
3. ¿De quién depende el Plan Municipal de Drogodependencias?
4. Fondos económicos para el desarrollo del Plan.

#### III.1 ELABORACIÓN DE ESTUDIOS Y/O DIAGNÓSTICOS PREVIOS

La idoneidad de la elaboración de diagnósticos previos a la elaboración del plan o actividades es un aspecto en el que coinciden no sólo las bases teóricas sino gran parte de las personas entrevistadas para este estudio.

Un importante número de los municipios entrevistados manifiestan no contar con este diagnóstico. Una de las explicaciones a este hecho es que mayoritariamente los municipios entrevistados identifican este diagnóstico previo con la obtención de datos cuantitativos del consumo en el municipio. En cuanto a los datos del consumo del municipio lo más frecuente la inferencia de datos regionales o nacionales.

“eh, como dicen las compañeras, en cuanto a los datos del municipio, es una cosa que también echamos en falta hacer un estudio específico de cuál es la situación del consumo de drogas en el propio municipio, porque los datos que tenemos son los regionales, entonces, esa parte pues nos quedó la pena de no poder incorporarlos”.

[persona participante en grupo de discusión]

“echamos en falta hacer un estudio específico de cuál es la situación de consumo de drogas en el propio municipio, porque los datos que tenemos son regionales” [persona participante en grupo de discusión]

"tenemos extrapolados los datos de todas las tendencias, que es lo normal" [persona participante en grupo de discusión]

La percepción de la necesidad de un diagnóstico que oriente las actividades surge a posteriori. Los argumentos expresados vinculados a la no existencia de este diagnóstico previo tienen que ver con la falta de medios económicos, técnicos y humanos para su realización.

64

"es una cuestión de recursos, eh, también, porque nosotros solo un estudio de..., y los demás lo que hacemos es extrapolar datos". [persona participante en grupo de discusión]

Pero también con la concepción de plan como herramienta para ordenar actividades que ya se vienen realizando e ideas de mejora de las mismas.

"en mi caso, a ver, cómo te lo explico. (...) y era un poco recogiendo lo que se estaba haciendo ya, que no estaba recogido como plan, y... plasmándolo, y pensando cosas nuevas, aportando ideas nuevas, objetivos nuevos, actividades nuevas". [persona participante en grupo de discusión]

Vinculada a este idea existe una base y un conocimiento previo de la situación del municipio sobre la que se construyen los planes, si bien es cierto que no se ha analizado de manera sistemática y las propias personas vinculadas no identifican en este conocimiento la base de un diagnóstico de la realidad.

Existen casos en los que efectivamente previa elaboración del plan se realizó un diagnóstico de situación, como base para su diseño y elaboración de contenidos. Ese diagnóstico en ocasiones es realizado por el propio ayuntamiento, y en otras se contrató una empresa/entidad externa.

"se han actualizado los datos en base al último estudio de necesidades encargado a la FEPAD" [persona entrevistada]

"luego también hay que decir que nosotros basamos, hemos basados todos nuestros planes municipales en estudios, antes teníamos un convenio con la universidad de Valencia, ellos siempre hacían un estudio municipal, ese convenio ya no lo tenemos, o sea que tampoco disponemos de los datos de ese estudio, entonces de cara al año que viene pues habría que tener ya..., o bien que fuera yo quien realizara ese estudio o ya llamar a donde plan nacionales" [persona participante en grupo de discusión]

“se hizo un diagnóstico, con una encuesta escolar, más de 500 encuestas, y una domiciliaria, junto con foros...similar a la que se hace a nivel nacional y eso nos ha ofrecido información para mantenernos en las líneas actuales” [persona entrevistada]

“yo lo hice porque tuve oportunidad a cuenta del..., cómo se llamaba aquel programa que hicieron, que tuvimos cuarenta y tantas personas trabajando.-Europeo, seguro.-

Tuvimos cuarenta y tantas personas trabajando en el área, cuarenta y tantas personas, o sea fue una locura organizar aquello pero, bueno, como vinieron, tuvieron sociólogos, tuvimos de todo y vinieron dos personas formadas en estudios de tal dijimos vamos a hacer la visión del joven de tal y tal, porque has tenido la oportunidad de hacerlo [persona participante en grupo de discusión]”

65

### III.2 MANCOMUNIDADES DE PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

A la hora de analizar la actividad de planificación de las drogodependencias en el ámbito local hay una realidad que debemos reseñar que es la existencia de los planes mancomunados, normalmente dependientes de unos servicios sociales mancomunados.

Los motivos fundamentales por los que se realizan planes mancomunados son:

- la proximidad de municipios, habitualmente de pequeño tamaño.
- maximización /aprovechamiento de recursos disponibles.

Según la información cualitativa, en ocasiones se indica que habría que apostar por este tipo de planes mancomunados.

“más que reuniones de coordinación, cosas más trans-municipales” [persona participante en grupo de discusión]

Se ve como oportunidad para abordar globalmente la actividad de prevención de drogodependencias, ya que la población circula entre varios municipios de la misma zona, además de posibilitar alcanzar a población cuyos municipios cuentan con menos de 20.000 habitantes.

“es verdad que la gente, sobre todo los jóvenes pueden vivir en Cornellà, salir por Esplugues y al revés, entonces igual el tema nos afecta a todos los municipios porque son unos municipios muy cercanos entonces..., bueno, quizá también pues para ayudar a municipios que son más pequeños como Esplugues, Sant Joan y Sant Just que tienen menos población y por tanto menos recursos e igual pues uniendo recursos se podía hacer un trabajo más efectivo.” [persona entrevistada]

### III. 3 ¿DE QUIÉN DEPENDE EL PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS?

Según la información cuantitativa, la responsabilidad sobre la coordinación de los planes mayoritariamente (en el 35% de los casos) recae sobre una *figura específica* de drogodependencia, ya sea la persona que coordina la unidad de drogodependencias, ya sea un cargo específico creado para la coordinación del plan. Sin embargo, en un 32% de los casos la persona responsable tiene un nivel técnico, desarrollando su labor como técnica de drogodependencias, educadora, animadora, monitora, psicóloga o técnica de otras áreas. En tercer lugar, un 23% depende de la coordinación de la persona en la dirección o jefatura de área de servicios sociales o salud.

TABLA 6: COORDINACIÓN DEL PLAN

		Frecuencia	%
Coordinación	Personal técnico drogodependencias	32	25,0
	Personal educador	3	2,3
	Dirección/Coordinación área de servicios sociales o salud	30	23,4
	Coordinación de unidad especial o coordinador de drogodependencias	45	35,2
	Personal animación/educación	2	1,6
	Personal psicólogo	2	1,6
	Concejalía	10	7,8
	Alcaldía	2	1,6
	Personal técnico de salud/juventud/otro	2	1,6
	Total	128	100,0

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Desde la información cualitativa se da mucha relevancia a la presencia de una persona concreta en cuanto a la dirección del plan de drogodependencias.

“es verdad que yo creo que el que haya una persona de referencia que lleve todo es muy importante” [persona participante en grupo de discusión]

Mayoritariamente los planes municipales están vinculados al área, departamento, coordinación de drogodependencias, pero en un 36,2% están incluidos en el área de Salud o de Bienestar Social/ Servicios Sociales.

TABLA 7: ÁREA RESPONSABLE

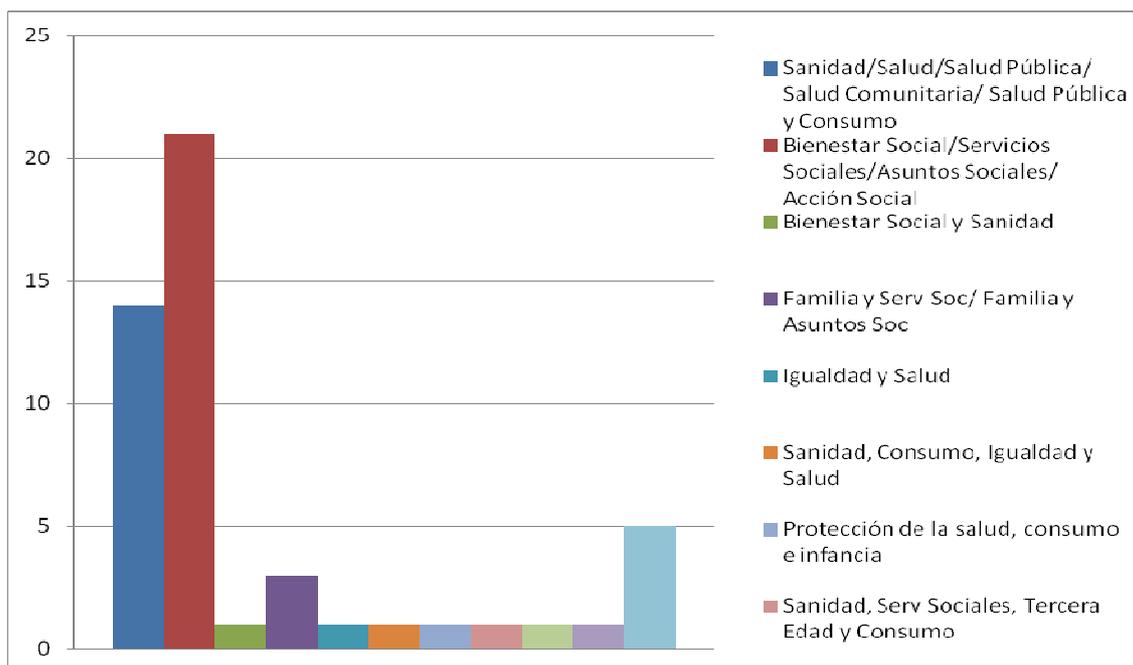
		Frecuencia	%
Área	<b>Servicios Sociales/Bienestar Social</b>	23	18,5
	<b>Sanidad</b>	22	17,7
	<b>Drogodependencias</b>	77	62,1
	<b>Otras</b>	2	1,6
	Total	124	100,0

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

De esta forma, teniendo en cuenta la información anterior, los planes municipales de drogodependencias dependen de una figura específica y se incluyen en un departamento o área también específica.

Según la información cualitativa, en el siguiente gráfico detallamos las nomenclaturas distintas de las diferentes áreas o departamento municipales, y el número de planes municipales que dependen de cada una de ellas. Es el departamento o área de Servicios Sociales/Bienestar/Acción Social/Asuntos Sociales, seguida de Sanidad/ Salud/ Salud Pública/Salud Comunitaria/Salud Pública y Consumo, quienes más aparecen entre los municipios entrevistados, lo que correspondería con los datos cuantitativos (obviando la especificidad del área de drogodependencias).

GRÁFICO 3: AREAS/DEPARTAMENTOS RESPONSABLES DEL LOS PMD

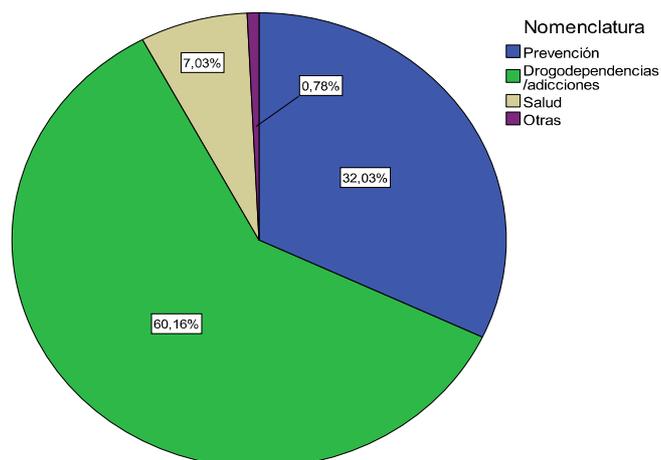


[Fuente: elaboración propia a partir de información cualitativa]

Teniendo en cuenta, pues, las informaciones cuantitativas y cualitativas en cuanto al área de la que depende el plan así como la persona responsable, se comprueba que se dota a los planes de drogodependencia de *entidad propia*.

A este respecto, es interesante que, al igual que la persona responsable y el área del plan se identifican muy claramente con drogodependencias, si analizamos la nomenclatura de los diferentes planes mayoritariamente se denominan como *planes de drogodependencias o adicciones*, seguidos de planes que específicamente se identifican como *planes de prevención de adicciones o drogodependencias*. En algunos casos son *planes de salud* con línea específica de drogodependencias o adicciones.

GRAFICO 4: NOMENCLATURA DE LOS PMD



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Como se verá más adelante, esta información parecería no corresponder con la impresión recogida sobre los contenidos de los planes ya que mayormente son planes en los que destaca la prevención (sobre las otras dos áreas: asistencia y inclusión). Por lo que teniendo en cuenta estas dos variables podría indicarse que aunque son planes en los que se insiste especialmente en la prevención se siguen denominando *planes de drogodependencias y adicciones*, debiendo incluir, en este caso, también el área de inserción, donde tienen competencias los municipios, además de en el área de prevención.

A este respecto, en el análisis cualitativo se observa cómo pueden existir diferentes percepciones sobre lo que es un plan de drogodependencias entre las personas entrevistadas, lo que puede estar relacionado con la mayor o menor vinculación de los planes municipales con el nivel autonómico, como veremos más adelante.

Además esta diferenciación se puede establecer claramente por Comunidades Autónomas, siendo Castilla León, País Vasco, Andalucía y Canarias en las que mayor vinculación parece existir entre los planes municipales y los planes autonómicos/regionales/provinciales, (según la muestra de municipios entrevistados en el trabajo de campo cualitativo).

“... pues sigue funcionando el segundo plan, se hizo en base a..., vamos, según marcaban las directrices del plan nacional y del plan andaluz” [persona entrevistada]

“las líneas se han mantenido, porque tenemos el Plan Canario, el 3º Plan Canario, que está vigente hasta 2017, y la Ley Territorial Canaria establece que para todas las administraciones públicas que en materia de prevención de drogodependencias el Plan Canario es vinculante, eso significa que es un marco normativo no sólo de referencia, sino vinculante, debemos mantener las líneas, estructuras, y objetivos que se recogen en ese documento, y que también la Ley Territorial establece” [persona entrevistada]

### **III. 4 FONDOS ECONÓMICOS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN**

Después de abordar las áreas bajo las que se desarrollan los planes locales es necesario aproximarse a la dependencia económica de los mismos. Según lo expuesto en las entrevistas, se percibe variedad en cuanto a la procedencia de los fondos económicos que permiten la puesta en marcha y el mantenimiento de los planes municipales de drogodependencias.

El origen del presupuesto del plan municipal de drogas depende mucho de la provincia o comunidad autónoma a la que se haga referencia.

TABLA 8: FINANCIACION DE LOS PMD (1)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROVINCIA	NIVEL FINANCIACIÓN
Madrid	Madrid	Autonómico
Cataluña	Barcelona	Provincial
	Girona	Autonómico y Provincial
	Lleida	Estatal
Andalucía	Sevilla	Autonómico y Provincial
	Córdoba	Nacional, Autonómico y Municipal
	Granada	Autonómico y Municipal
	Cádiz	Autonómico
	Jerez	Autonómico
	Almería	Autonómico
Islas Canarias	(Santa Cruz de Tenerife)	Recursos propios
	Las Palmas	Otras subvenciones
Baleares	Ibiza	Municipal
Galicia	Pontevedra	Municipal y menos Autonómico
Asturias	Cangas de Narcea	Autonómico
Castilla y León	Burgos	Regional
	Segovia	Municipal y Autonómico.
Castilla la Mancha	Guadalajara	Autonómico
Aragón	Teruel	Municipal y Autonómico
P Vasco	Bizkaia	Autonómico
Murcia	Murcia	Autonómica
Cdad Valenciana	Valencia	Autonómico y Municipal con participación Estatal

[Fuente: elaboración propia con información del trabajo de campo cualitativo]

TABLA 9: FINANCIACION DE LOS PMD (2)

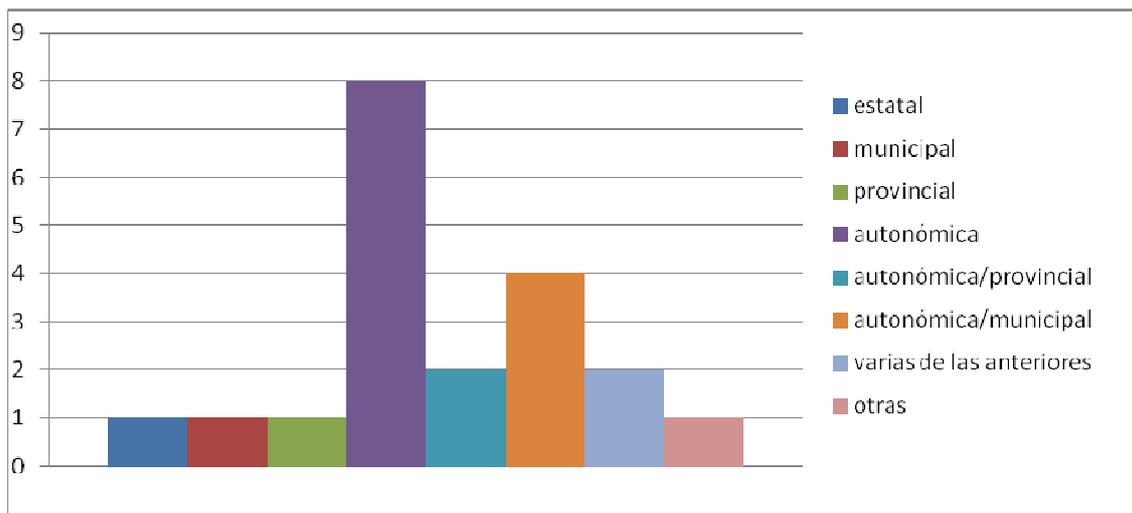
Comunidad Autónoma	Nivel Financiación
Madrid	Autonómica
Cataluña	Provincial
Andalucía	Autonómica
Canarias	Otros
Baleares	Municipal
Galicia	Municipal
Asturias	Autonómica
Aragón	Varios
C León	Varios
C La Mancha	Autonómica
País Vasco	Autonómica
Murcia	Autonómica
Valencia	Varios

72

[Fuente: elaboración propia con información del trabajo de campo cualitativo]

Si observamos a nivel municipal, según la información cualitativa, comprobamos que mayoritariamente predomina la subvención de carácter autonómico:

GRÁFICO 5: PROCEDENCIA DE LA FINANCIACIÓN DEL PMD

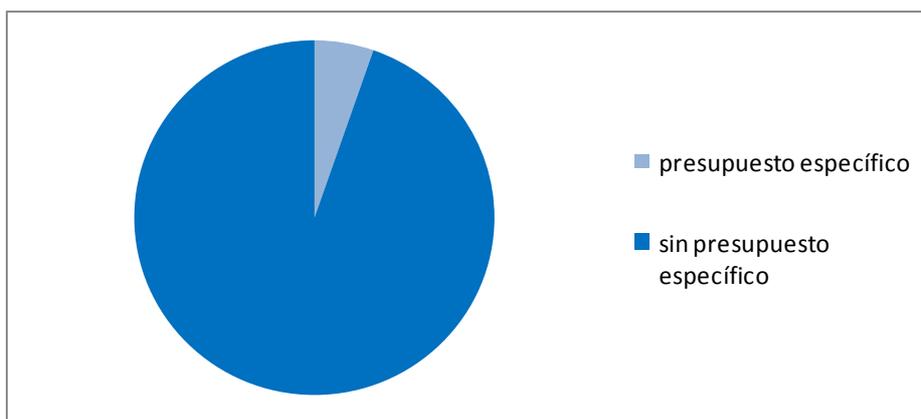


[Fuente: elaboración propia con información del trabajo de campo cualitativo]

En ocasiones, los planes municipales cuentan con financiación específica para el desarrollo del plan pero no es así en la mayoría, según se indica en el gráfico que dibuja la información con la que se cuenta a este respecto.

GRÁFICO 6: ESPECIFICIDAD DE PRESUPUESTOS DE LOS PMD

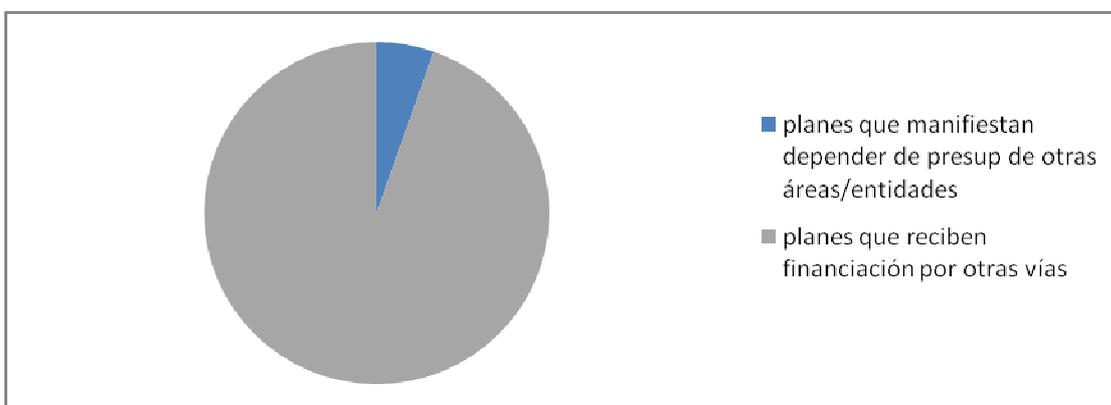
73



[Fuente: elaboración propia con información del trabajo de campo cualitativo]

Cuando el plan no cuenta con ninguna línea de financiación propia, tampoco del área o departamento municipal del que pueda depender, las actividades se realizan según el presupuesto de las demás áreas o departamentos municipales que puedan participar en el desarrollo del plan, en el caso de que sea así, aunque esta situación se da en el menor de los casos en los que se cuenta con dicha información.

GRÁFICO 7: DEPENDENCIA PRESUPUESTARIA DE OTRAS ÁREAS MUNICIPALES



[Fuente: elaboración propia con información del trabajo de campo cualitativo]

Se indica en la información cualitativa que la situación de inestabilidad que generan las subvenciones públicas de las que dependen algunos de los planes municipales de drogas dificulta el poner en marcha o mantener los planes de drogodependencias.

“el tema de la subvención se da año a año, dificulta el trabajo... resta estabilidad. Y eso es una pena” [persona participante en grupo de discusión]

74

En cuanto a otras modalidades de fuentes de financiación diferentes de las públicas, mayormente empresas o entidades privadas, aunque en ocasiones existen planteamientos hacia esa dirección, no parece existir mucha credibilidad y/o confianza, puesto que por lo general se considera que otro tipo de organizaciones no suelen ser sensibles a la temática social, y menos si se trata de drogodependencias. Se indica que es necesario buscar fuentes de financiación alternativas a las públicas, y se nombran a las fundaciones de carácter privado, por ejemplo.

“yo ahora no sé exactamente dónde está el dinero pero igual hay fundaciones que son capaces de invertir dinero si hay programas interesantes, igual ahora más que mirar a la Administración tal vez este tipo de fundaciones pueden ser un poco...” [persona entrevistada]

“no es fácil funcionar con la empresa privada, sin embargo las asociaciones tienen esta característica de que aparte de, bueno, de que todo el mundo quiere vivir y quiere llevarse su dinero a casa, pero tienen una característica a nivel implicación, a nivel de objetivos, a nivel muchas cosas que no tiene la empresa privada, la empresa privada sólo funciona, o sea, por otros intereses” [persona entrevistada]

“las entidades privadas no entraron a formar parte del plan y se propuso al resto de agentes.” [persona entrevistada]

#### IV. EL PROBLEMA DE LA FALTA DE DELIMITACIÓN DE LOS CONTENIDOS DEL PMD.

##### IV.1 PROCESO DE ELABORACIÓN

75

La elaboración de los planes municipales sigue procesos heterogéneos que van desde la subcontratación de su realización hasta la elaboración en solitario del plan por la persona encargada de desarrollar las actividades vinculadas a drogodependencias.

“nosotros ha sido el primer plan el que hemos hecho ahora, y bueno, subcontratamos a una empresa, y la empresa fue la que nos hizo el plan”. [persona participante en grupo de discusión]

“nos encargó el concejal directamente al psicólogo titular del centro y a mí, que hiciéramos el plan. Hicimos el plan, y sí, un poco mirando otros planes, intentando también nuestras actividades y algunas nuevas que fueran viables, que se pudieran llevar a cabo” [persona participante en grupo de discusión]

En ocasiones esa actividad se ha delegado en personal técnico que no se sentían capacitados para desarrollarlo.

“claro, no sé cómo articularlo y me pongo a hablar con compañeros de pueblos más pequeños y, claro, es más fácil porque digo, bueno, pues mira (...) pues mira, pero yo a mí se me escapa cómo hacerlo, la verdad, se me escapa por eso porque además...”[persona participante en grupo de discusión]

Este encargo obedece en ocasiones a la necesidad política de contar con un plan pero no a la percepción desde el ayuntamiento de la necesidad de contar con él, ya que muchas veces las actividades municipales en materia de drogodependencias se llevan desarrollando años.

“ los políticos no nos han dicho queremos que hagáis un plan sino que lo dice el Gobierno Vasco, tenéis que hacer un plan. Y desde ahí empezamos a hacer planes, que den un requisito de alguna forma, no ha habido una apuesta política por, pues no, esta vez vamos a hacerlo, y eso los técnicos por mucho que queramos” [persona participante en grupo de discusión]

Por todo ello la utilización como referente para la elaboración de planes de los materiales facilitados por gobiernos autonómicos y entidades estatales como la FEMP ha sido generalizada.

“...de la Consejería nos mandaron mucha información del (.) Regional, información actualizada sobre tema de consumos en la región, y guías también para elaborar planes...” [persona participante en grupo de discusión]

“(.), yo sé que siguió un guión, que creo que tenía un guión de la FEMP que creo que era..”. [persona participante en grupo de discusión]

En los casos de una apuesta autonómica fuerte por la planificación municipal de drogodependencias los planes que han tomado como modelo ésta o determinados manuales tienen unas líneas u desarrollos comunes, pero lo que se plantea en la información recogida durante las conversaciones con los responsables es una diferente conceptualización del objetivo último del plan.

“a mí a veces también me entra la duda, porque con esto de los planes, como claro, o sea, qué es plan y qué no es plan, porque algunos municipios dicen, bueno, es que no tenemos plan, digo, bueno es que el plan qué es” [persona entrevistada]

“lo que pasa que yo muchas pienso planes no hay en todos los municipios porque actividades se hacen desde siempre en Ciudades contra las drogas, entonces en este tipo de actividades es ya..., se pase por pleno o no se pase por pleno, están recogidos y (...) con lo cual está hecho, lo único que muchas veces... pero parte de tiempo el plasmarlo en papel.” [persona participante en grupo de discusión]

La falta de una visión común más global y los criterios diferenciados en cuanto a lo que es un plan municipal de drogodependencias y cuál es su finalidad, tienen una

influencia en el grado de adecuación de las actividades a los objetivos y en el grado de desarrollo real del plan.

“porque yo tengo, en el ayuntamiento mío hay planes de otras áreas que son las actividades, son las actividades concretas que se van a hacer; el nuestro no son las actividades concretas, el nuestro es como un..., pues bueno, como un modelo de trabajo o una propuesta de partida pero luego el proyecto de trabajo va a depender de la pasta.” [persona participante en grupo de discusión]

77

“..y se pusieron actividades que no corresponden exactamente con lo que se hace, porque nosotros estamos más centrados en prevención, pero bueno, como decimos, poco ambicioso, como el no ya lo tienes pues pones actividades de más y si consigues realizar alguna más...[persona participante en grupo de discusión]

Como se deduce de las citas anteriores en ocasiones los planes se conciben como una recopilación ordenada de actividades que ya se venían realizando y en otras ocasiones los planes son una reivindicación de lo que debería ser o de lo que se desearía hacer.

## IV.2 LOS EQUIPOS TÉCNICOS

Otra de las variables fundamentales para comprender el desarrollo de la planificación municipal en drogodependencias es la composición de los equipos vinculados a su desarrollo tanto en funciones, como en número y formación.

En cuanto a los equipos vinculados al plan municipal lo más frecuente, un 23% según la información del cuestionario, es que haya una sola persona vinculada al plan municipal, es decir con dedicación exclusiva al mismo. En el 62% de los casos se cuenta con entre 1 y 3 personas como equipo profesional vinculado al plan.

La información cualitativa también señala este aspecto:

“en la actualidad estoy yo sola para trabajar el plan” [persona entrevistada]

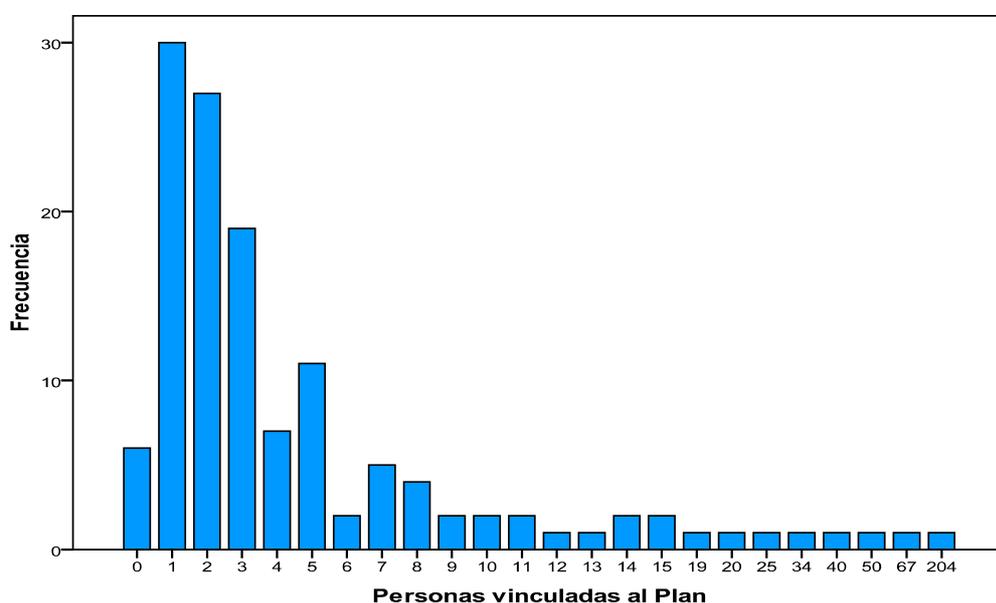
“como estoy sólo se me hace muy difícil impulsar el plan, preparar memorias cada año, etc” [persona entrevistada]

“una parte importante del personal de Servicios Sociales es personal laboral vinculado a la concesión de subvenciones” [persona entrevistada]

“yo estoy sola, y es que a veces estás a las 12 de la mañana en el despacho y se hace muy duro... tienes la necesidad de compartir lo que haces” [persona participante en grupo de discusión]

78

GRÁFICO 8: PERSONAS VINCULADAS AL PLAN DE DROGODEPENDENCIAS



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

El personal vinculado al Plan mayoritariamente tiene formación en Psicología, (en un 58,8%) seguidos de personal con formación en Educación o Trabajo Social; suponen conjuntamente el 74%.

TABLA 10: FORMACIÓN PERSONAL VINCULADO

	Frecuencia	%
Personal Salud	38	29
Personal Psicólogo	77	58,8
Personal Trabajador Social	52	39,7
Personal Educador Social	45	34,4
Personal Pedagoga	19	14,5
Otras (animadores, docentes..)	46	35,1

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

En ocasiones el personal vinculado a drogodependencias no se dedica exclusivamente a estas actividades a tiempo completo. Realizan también otras tareas vinculadas al área municipal de la que depende el plan.

“en la unidad somos dos técnicos asignados...y mi compañera va y viene, es decir, le encargan otras funciones, por ejemplo, justificar (otro) plan concertado u otras cosas que no tienen que ver con drogas.. y bueno la pierdo..(..) luego vuelve.. ” [persona entrevistada]

“como yo estoy en otros programas metida, está un poco...” [Persona participante en grupo de discusión]

La actual situación de crisis, ha reforzado esta tendencia, pero también el hecho de que la misma persona realice más actividades.

“al haber recortes y todo esto, yo a parte de la función de técnico de drogodependencia hago mil cosas más” [persona participante en grupo de discusión]

“a mí me pasa igual; yo antes estaba sólo para drogodependencia y ahora llevo la atención psicológica, los servicios sociales, el programa de familia, la prevención de la salud y todo lo que me echen” [persona participante en grupo de discusión]

La soledad del profesional técnico pluriempleado tiene su reflejo en lo desarrollado por el plan pero también en la necesidad de coordinación, que es una demanda que enmascara la necesidad de intercambio de información.

“y además están bien porque no te sientes sola, no sola en el pueblo allí que nadie te escucha ni nadie te oye. Tienes ayuda para cualquier cosa, entonces siempre llamas, oye, escucha, qué tengo que hacer, por dónde tengo que ir, quién tiene que firmar, quién no tiene que firmar. Yo qué sé que siempre tienes ahí a alguien que puede perfectamente acudir”. [persona participante en grupo de discusión]

80

Además la multiplicidad de tareas provoca en ocasiones que las acciones vinculadas a drogodependencias no se diferencien o no se identifiquen como tales.

“..verás, yo estoy ubicada en Servicios Sociales y está (.) y está Educación y está todo lo que es de alguna manera servicios sociales y estamos nosotros, o sea también drogas, entonces cuando tú por ejemplo (..) o vas a un colegio o a un centro de menores o haces cualquier tipo de actividad es como el ayuntamiento, para ellos es muy complicado, es de Educación, es de Ciudades, es la trabajadora social de Sanidad, para ellos es todo junto y de hecho te dicen ahí viene la del ayuntamiento.- Sí-[persona participante en grupo de discusión]

La multiplicidad de tareas también tiene su efecto a la inversa, es decir, personal de otras áreas que realiza actividades del plan o bien la contratación de otros perfiles para la realización de actividades.

“hicieron un perfil más amplio... ahora tienes que ser técnico medio y ahí cabe quien quiera” [persona participante en grupo de discusión]

“se está haciendo algo inaceptable, que es poner gente sin formación a hacer los grupos para dejar de fumar” [persona participante en grupo de discusión]

Según la composición de los equipos vinculados a los planes y actividades, podemos aventurar la orientación de las actividades, como muestra la tabla 10; para ello hemos establecido una serie de categorías según el perfil profesional de los equipos del plan. Hay que tener en cuenta que esta información es una aproximación, porque para el

desarrollo de las acciones y actividades se cuenta con apoyo de otras áreas o profesionales. La clasificación se ha realizado con los siguientes criterios:

- Orientación biomédica: equipos formados por personas vinculadas a la medicina y /o enfermería.
- Orientación psicológica: equipos formados por profesionales con formación en psicología.
- Orientación pluridisciplinar: equipos formados por profesionales con formación biomédica, psicológica y social (educadores, trabajadores sociales, sociólogos...etc)
- Orientación psicosocial: equipos formados por profesionales con formación psicológica y profesionales con formación social (educadores, trabajadores sociales, sociólogos..etc)
- Orientación social: equipos formados por profesionales con formación social (educadores, trabajadores sociales, sociólogos..etc)

“la atención ya te digo que partimos siempre desde la perspectiva bio-psicosocial; es decir, entendemos la drogadicción pues como..., vamos a decir, es una enfermedad insidiosa, recurrente, con tendencia a la cronicidad, y que abarca las tres esferas del individuo, la esfera social, la personal, tanto en lo físico como en lo cognitivo y en lo anímico, entonces ahí es bio-psicosocial” [persona entrevistada]

TABLA 11: ORIENTACIÓN PERFIL PROFESIONAL

		Frecuencia	%
Orientación	Biomédica	8	7,1
	Psicológica	20	17,9
	Pluridisciplinar	32	28,6
	Psicosocial	25	22,3
	Social	27	24,1
	Total	112	100,0

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Vemos que se da mucha importancia, pues, al tratamiento de las drogodependencias desde una visión pluridisciplinar, es decir, biopsicosocial, por tanto y dado que como

veremos posteriormente mayoritariamente realizan tareas de prevención, ésta se enfocará desde actividades de prevención integral.

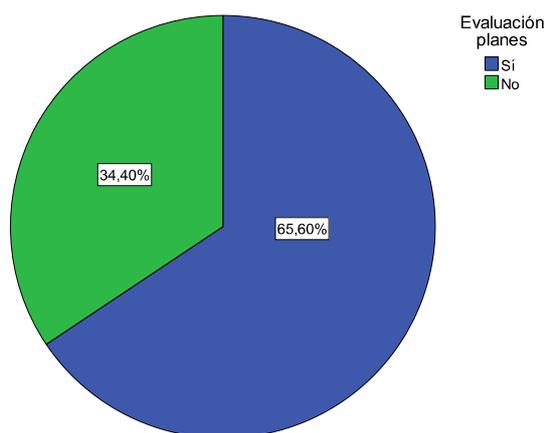
### IV.3 EL PROBLEMA DE LA FALTA DE EVALUACIÓN:

La desigual realización de diagnósticos de la situación municipal como base de la planificación de drogodependencias y la amplia trayectoria de planificación de los municipios ratifica, más si cabe, el papel de la evaluación como instrumento para la adecuación de los planes y actividades a las necesidades del municipio.

La incorporación de evaluaciones está presente en un 65,60% de los planes municipales, según la información cuantitativa<sup>10</sup>, y de hecho un 16% de las mejoras introducidas en los planes están relacionadas con la incorporación de fuentes de información, sondeos y observatorios, sistemas de calidad y evaluaciones.

“donde más se ha avanzado ha sido en el tema de la evaluación y donde se ha incorporado más ya ha sido en el nuevo plan de adiciones porque se ha podido contar también con muchos más recursos a nivel, como tener un departamento de evaluación y calidad propio” [persona entrevistada]

GRÁFICO 9: EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE DROGODEPENDENCIAS



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

<sup>10</sup> Recordemos que en la situación actual de la planificación un 16% se encontraban evaluando el Plan.

Las evaluaciones llevadas a cabo son principalmente evaluaciones de resultados en un 53,4% y evaluaciones de proceso en un 49,6%.

TABLA 12: TIPO DE EVALUACIÓN DESARROLLADA

	Frecuencia	%
Evaluación de diseño	39	29,8
Evaluación resultados	70	53,4
Evaluación de proceso	65	49,6
Evaluación de impacto	31	23,7

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Según la información cualitativa se observa que la evaluación aún es una cuestión a mejorar, y se manifiesta cierta inseguridad especialmente hacia las evaluaciones de impacto.

“es muy difícil que puedas evaluar el impacto...y se pierde un poco el resultado”  
[persona entrevistada]

“es que el éxito de la UPC es muy difícil de medir, cómo mides el éxito de una UPC o el éxito de la prevención, dentro de 20 o 30 años” [persona participante en grupo de discusión]

“es que decir que... vamos a ver, que beben menos porque hacemos una prevención primaria estupenda...” [persona participante en grupo de discusión]

Se indica que habitualmente se realizan evaluaciones de las actividades, acciones o programas, (en concreto a partir de cuestionarios y fichas de satisfacción) pero no de los planes en su conjunto. En el caso de que se realicen las evaluaciones, suelen ser de procesos y de resultados.

“hemos evaluado las actividades que se han ido haciendo, pero el plan que acaba de caducar no se ha evaluado todavía” [persona participante en grupo de discusión]

En este sentido suelen ser los municipios más grandes los que tienen definido un sistema de evaluación más estructurado, en cuanto a programas y actividades concretas, que en algunos casos incluye la evaluación del plan en global.

En algunos casos exponen elaborar memorias de justificación para los financiadores, y ello lo referencian como evaluación.

“de aquellos programas que se gestionan mediante contratación externa se presenta memoria final con los resultados, también cuantificando” [persona entrevistada]

“hacemos una evaluación, digamos, como una memoria, porque nos lo exigen también desde la consejería para justificar las subvenciones y también lo que te hemos comentado de meter todos los datos en la aplicación, eso es lo que en mi caso al menos es lo que hacemos” [persona participante en grupo de discusión]

En el caso de que se realicen, habitualmente las evaluaciones se desarrollan desde los propios ayuntamientos, y en pocas ocasiones son externas; la causa mayoritaria es la falta de presupuesto. Este es el motivo por el que, también, en algunos casos las evaluaciones no han podido finalizarse.

“si tuviese dinero contrataría a alguien que considerara que fuese un técnico adecuado o tuviera las herramientas técnicas para elaborar el estudio de necesidades o la evaluación adecuada, incluso para la evaluación” [persona participante en grupo de discusión]

“se ha hecho una primera evaluación este primer año, pero no se ha podido seguir por los recortes” [persona entrevistada]

En algunos casos se adaptan herramientas de evaluación a nivel autonómico y se aplican a nivel municipal. Asimismo, en el caso de alguna Comunidad Autónoma, es el organismo autonómico quien a través de una plataforma genera una evaluación a partir de todos los datos ofrecidos por los municipios.

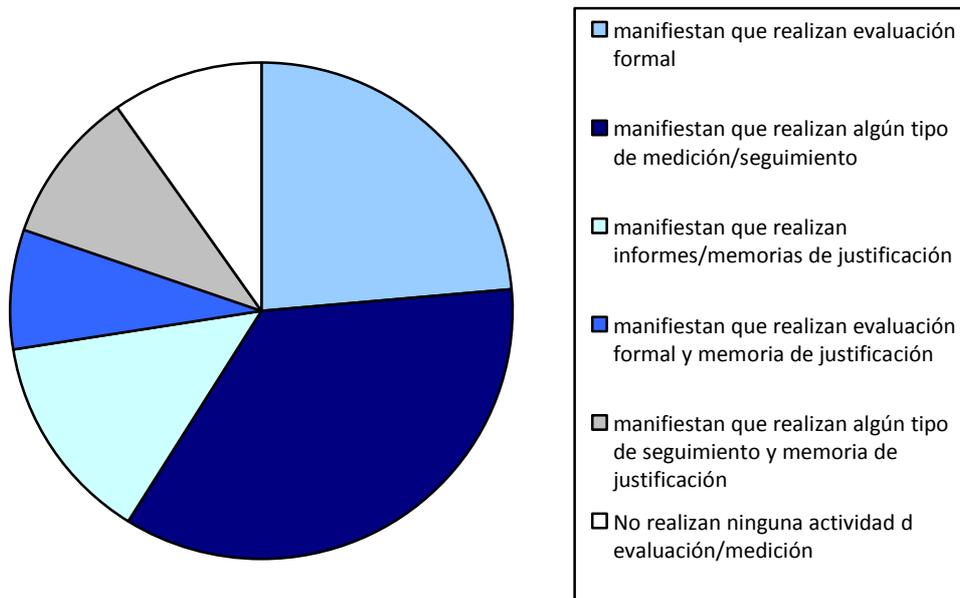
“lo hacemos, con materiales existentes que está comprobada su eficacia, aunque no seamos nosotros directamente los que lo hayamos hecho, pero sí nos basamos en ese material ya estudiado y comprobado que funciona” [persona entrevistada]

“se van utilizando las herramientas que se implementan en el Plan Andaluz de Salud” [persona entrevistada]

“se realiza una evaluación conjunta a través de una herramienta informática de la Junta centralizada en la delegación provincial” [persona entrevistada]

“la Junta de Andalucía ha dispuesto una plataforma para que los municipios evalúen las actividades desarrolladas” [persona entrevistada]

GRÁFICO 10: EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE DROGODEPENDENCIAS



[Fuente: elaboración propia a partir de datos cualitativos]

Según las entrevistas en profundidad, los motivos por los que no suele desarrollarse las evaluaciones son mayoritariamente:

- Falta de fondos económicos
- Falta de personal
- Falta de conocimientos para realizarla
- Falta de tiempo
- Temor a los resultados

“tenemos estos instrumentos de evaluación, que quizá no son los mejores, pero son los que tenemos” [persona entrevistada]

“sí, la evaluación es la asignatura pendiente” [persona entrevistada]

“requiere todo unos conocimientos que muchas veces tampoco no tenemos, ¿no?”  
[persona entrevistada]

”esa cosa también que te da... porque no se ha llevado a cabo todo tal y como está planteado en el plan” [persona participante en el grupo de discusión]

## V. LAS ÁREAS Y CONTENIDOS DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

86

Como se ha manifestado en la introducción al documento, el fenómeno de las drogodependencias debe entenderse como una realidad multicausal y multifuncional. Por eso, su abordaje debe ser holístico y debe comprender múltiples aspectos interrelacionados: sanitarios, psicológicos, sociales, educativos, laborales... De ahí, la importancia de la elaboración de Planes Integrales que tengan en cuenta todas estas características.

El escenario municipal (Manual para la elaboración de Planes Municipales Sobre Drogas. FEMP y PNSD. 2001) se presenta como idóneo para la implantación y desarrollo de todas estas acciones, ya que:

- Es el entorno administrativo más cercano a la ciudadanía, lo que permite una mayor facilidad en cuanto a la detección de necesidades y propuestas de soluciones.
- Los municipios tienen importantes competencias en Servicios Sociales, lo que permite llevar a cabo intervenciones en cuestiones de prevención e inserción social.
- Las drogodependencias tienen una parte importante relativa a la dimensión social, por lo que es primordial un marco que permita y facilite dicho trabajo de integración. Los municipios cuentan con esta capacidad.

Los municipios, pues, resultan ser unos agentes protagonistas en la atención y el cuidado de sus ciudadanos y ciudadanas, también en materia de drogodependencias. Por eso es tan relevante la existencia de esos planes de actuación en esta materia como instrumentos que incluyen una intervención completa, desde la prevención, pasando por la asistencia, hasta el momento de la inserción social.

A continuación vamos a profundizar más en la relación que existe entre el nivel municipal y las distintas esferas de un plan de drogas- la relacionada con la prevención, con la asistencia y con la incorporación sociolaboral- en cuanto a la información obtenida del trabajo de campo desarrollado en el marco de esta evaluación.

La tabla siguiente muestra el porcentaje de municipios que manifiestan desarrollar acciones en cada una de las áreas de intervención de drogodependencias. Como se observa la mayoría de los municipios, y por tanto de la actividad en drogodependencias municipal, se concentra en el área de prevención.

**TABLA 13: ACTIVIDAD MUNICIPAL SEGÚN ÁREAS DE INTERVENCIÓN**

		% municipios
<b>Áreas</b>	Prevención	96,2
	Asistencia	57,3
	Inclusión	56,5

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Según indican las propias personas entrevistadas, esto se debe a que, junto con inclusión, es la única área en la que tienen competencias, mientras que en asistencia son las comunidades autónomas quienes ofrecen los servicios.

“pero la parte asistencial no la llevamos nosotros, es prevención” [persona participante en grupo de discusión]

En el caso de los municipios que tienen asistencia, suele ser porque la comunidad autónoma se apoya en el nivel municipal, o delega en este nivel el ámbito asistencial. Por otra parte, también existe el caso de municipios cuya actividad en drogodependencias comenzó a través de un centro de tratamiento (nivel asistencial) y posteriormente comenzaron las acciones de prevención, con lo cual el origen se encuentra en la asistencia (en el 8,9% de los casos, según la información cualitativa). Finalmente, se dan los casos en los que los planes de drogodependencias municipales se enmarcan en los mismos centros de tratamiento asistenciales municipales, (según

la información cualitativa, en un 12,2% de los casos). Suele coincidir con los casos en los que la persona responsable del plan es médico/a.

“el Plan Municipal de Prevención se integra en la CTA porque cuando se planteó la necesidad por parte de la Junta de Andalucía de organizarse en un plan para poder acceder a las subvenciones, quienes asumieron la responsabilidad fueron el psicólogo y la médico de tratamiento en drogodependencias” [persona entrevistada]

88

El nivel de inserción, sobre el que los municipios tienen competencias, ciertamente se muestra prácticamente vacío de contenido, a este respecto en ocasiones se indica la falta de estructura para desempeñar tareas de inclusión.

“no tenemos estructura para eso, por ejemplo los temas de reinserción siempre los hacíamos con entidades que sí tenían llamémoslo pacientes, pero no tenían recursos a lo mejor para dar el siguiente paso y lanzar a esa gente ya un poco otra vez al mundo, entonces pues nosotros poníamos esos recursos para que ellos pudieran lanzarlos al mundo” [persona entrevistada]

## V.1 LA CUESTIÓN DE LA PREVENCIÓN.

En relación al aspecto preventivo, el municipio puede ofrecer un espacio apropiado para su ejecución ya que supone un territorio delimitado, que las personas reconocen como propio y donde puede efectuarse un modelo de prevención comunitario en cuanto al sentimiento colectivo que tiende a generarse. Además, en los municipios suele existir una preocupación mayoritaria por conservar la calidad de vida de su población, quizá como resultado de ese sentimiento comunitario, y se realizan acciones “aisladas” para procurar su mantenimiento (charlas informativas, etc); también en drogodependencias. Así pues, esas acciones que ya se realizan pueden ordenarse, coordinarse y encauzarse en un plan estructurado. Igualmente, al encuadrarse la prevención en drogas en el objetivo general de mejora y/o mantenimiento de calidad de vida, existe la posibilidad de ofrecer respuestas de manera normalizada. Finalmente, los municipios cuentan con recursos ordinarios, cercanos, que pueden ofrecer una alternativa viable a dicho trabajo normalizado en materia de prevención de drogas.

Profundizando en el concepto de prevención, hay que señalar que es amplio, y que se utiliza en diversos contextos. Dentro del marco de drogodependencias también existe un amplio uso del término.

Según el Plan Nacional sobre Drogas, (Babin Vich, 2007), en materia de drogodependencias existen dos grandes bloques bajo la denominación de prevención, el de la reducción del consumo entendido como la reducción de la demanda, y el de la reducción de la oferta. Al primero es al que habitualmente se le denomina como “medidas preventivas”, ya que suponen actuaciones en determinados escenarios, y al segundo corresponden más las medidas judiciales y policiales.

Aunque la prevención puede realizarse en muchos contextos, la más habitual es la que se desarrolla en los centros educativos. Últimamente está tomando peso la prevención en el ámbito familiar, laboral y en los medios de comunicación. Igualmente, la evolución de las metodologías de prevención, facilitan que las actuaciones no sólo se realicen por grupos de edad, sino que se puedan tener en cuenta otras variables como el sexo, o una determinada sustancia.

Como se ha indicado en la introducción, en 1999 el Plan Nacional Sobre Drogas elabora la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000- 2008 que supone una evolución del concepto de prevención, no sólo en su definición sino también en la metodología.

En España, el campo de la prevención en drogodependencias supone un campo de gran vitalidad. El Libro Blanco sobre prevención elaborado por Fundación Atenea GRUPO GID en el año 1996, ya revisa las importantes y múltiples iniciativas en cuanto a prevención en España, y señalando el enorme avance en esta materia.

En cuanto a los datos extraídos de la ejecución del trabajo de campo desempeñado en esta evaluación, las actividades de prevención se centran en el ámbito educativo, con la implementación de programas de prevención en el aula, en un 84,7%. Le sigue el ámbito familiar a través de escuelas de padres y actividades con AMPAS, en un 61,8%, y por último el ámbito comunitario, con la participación de asociaciones locales en la implementación de programas específicos, en un 58,5%.

TABLA 14: ÁMBITO ACCIONES PREVENCIÓN

	Frecuencia	%
Ámbito acciones de prevención: Comunitario	77	58,8
Ámbito acciones de prevención: Educativo	111	84,7
Ámbito acciones de prevención: Laboral	29	22,1
Ámbito acciones de prevención: General	25	19,1
Ámbito acciones de prevención: Familiar	81	61,8
Ámbito acciones de prevención: Ocio y Tiempo Libre	31	23,7
Ámbito acciones de prevención: Especifica (indicada, población en riesgo..)	30	22,9

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

“nuestra función se desarrolla tanto en centros escolares, como en centros de salud, a nivel comunitario... a eso me refiero con la variedad” [persona participante en grupo de discusión]

Según la información cualitativa, el 17,5% de los municipios encuestados cuentan con una unidad o área específica de prevención.

En el discurso de las entrevistas, igualmente se le otorga un papel fundamental a la prevención, y en concreto con población joven/adolescente, en el contexto escolar; por una parte porque se cree que es el aspecto más importante en la prevención, y por otra parte porque la reducción de presupuestos empuja a priorizar áreas de actuación.

“se nos ha dado la orden de que quitemos la prevención universal” [persona participante en grupo de discusión]

“hacíamos un programa de ocio alternativo que se ha dejado de hacer” [persona participante en grupo de discusión]

“con el tema de los recortes, los últimos años hemos priorizado en dar charlas de prevención en los colegios; se prepara principalmente a profesores de la ESO y se ha dejado primaria en segundo plano” [persona participante en grupo de discusión]

“a nivel comunitario hemos tenido que priorizar dos barrios” [persona participante en grupo de discusión]

A través del análisis cualitativo vemos que todos los municipios consultados realizan prevención en el ámbito escolar, además la mayoría realiza prevención en el ámbito comunitario y trabajo con familias, como muestran también los datos aportados por los municipios en el cuestionario.

“nosotros hacemos solo prácticamente prevención primaria” [persona participante en grupo de discusión]

“la prevención se hace en el aula” [persona participante en grupo de discusión]

“la prevención, que es una parte fundamental, porque 9 de los 10 programas son de prevención” [persona entrevistada]

“la prevención es la clave de una ciudadanía fuerte y saludable” [persona entrevistada]

“la mayoría de los planes municipales además la característica es la prevención en drogas, pero es una prevención exclusiva de drogas, sino está englobada dentro de la promoción de la salud a nivel general” [personas entrevistada]

“nueve de los diez programas que realizamos son de prevención” [persona entrevistada]

“este municipio es una población que tiene un crecimiento infantojuvenil muy importante, es una población con muchísima gente joven, con factores de riesgo, entonces ahí es donde estamos” [persona entrevistada]

“alguna actividad también habremos hecho con mayores, pero realmente el objetivo era trabajar con la base, con los pequeños y con la juventud” [persona entrevistada]

Como se indica, y según se traduce de la información cualitativa, el ámbito educativo es el aspecto más desarrollado en Prevención; suele desarrollarse a través de charlas y talleres, y en ocasiones a través de otras actividades, como el teatro escolar. En general es prevención universal pero en ocasiones, en un 28,8% según lo indicado en la información cualitativa, también se realiza prevención específica con jóvenes en

riesgo, con los que se ha detectado cierto inicio en el consumo, o con los que manifiestan absentismo escolar.

“se hacen programas selectivos dirigidos a menores inmigrantes, con contenidos educativos entre los que se encuentran los de prevención de drogodependencias”

[persona entrevistada]

92

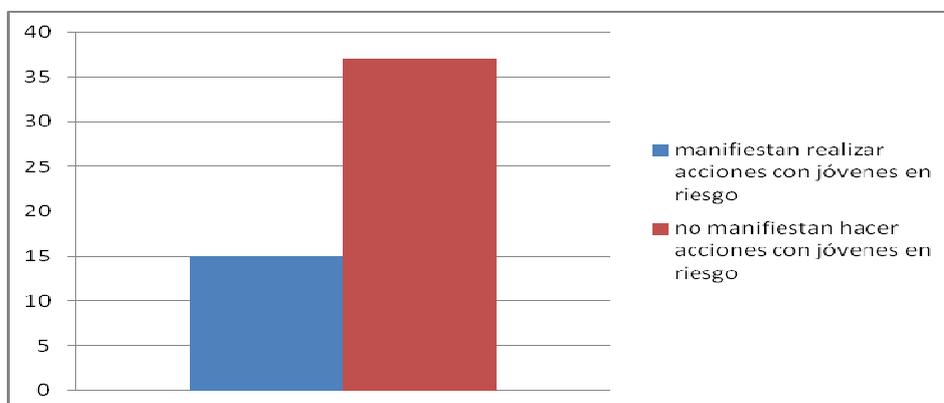
“se realiza trabajo con las familias a nivel más individual, con jóvenes con consumos problemáticos.” [persona entrevistada]

“sí, en aquellos casos en los que se ha detectado consumo con algún adolescente”  
[persona participante en grupo de discusión]

“el plan municipal de drogodependencias se presenta en los centros educativos junto con el plan municipal de absentismo” [persona entrevistada]

“sí, la técnico que lleva el programa de absentismo me deriva muchos casos de consumo” [persona participante en grupo de discusión]

GRÁFICO 11: REALIZACIÓN DE PREVENCIÓN ESPECÍFICA/INDICADA



[Fuente: elaboración propia a partir de datos cualitativos]

Es decir, en el ámbito educativo predomina la prevención universal aunque en ocasiones se desarrolla prevención más específica con colectivos concretos. Las actividades de prevención universal desarrolladas se centran sobre todo en sesiones formativas articuladas en torno a los factores de prevención clásicos: hábitos de vida

saludables, educación sexual, información sobre sustancias...etc. Este tipo de actividades son denominadas coloquialmente “charlas”.

“... sí, sí, las típicas charlas de talleres de todas las escuelas” [persona entrevistada]

No obstante, según las entrevistas, en algunos casos se cuestiona la efectividad de estas actividades.

“... se realizan talleres específicos de prevención de drogodependencias para madres y padres de adolescentes, a través de charlas realizadas por ponentes. La participación es más baja de lo que sería deseable para el proyecto” [persona entrevistada]

“...desde unos años en que empiezas a hacer muchas charlas y que luego te das cuenta que una charla no hace nada, una charla puede informar pero no cambia hábitos, no cambia comportamientos, no cuestionas una serie de actitudes entonces no trabajas, en una charla de dos horas no trabajas autoestima, no trabajas una serie de cosas, la presión del grupo y todo eso. Entonces sí que con los años hemos ido variando en cómo enfocar todo el trabajo con adolescentes que para nosotros esto ha sido lo más importante” [persona entrevistada]

En el ámbito escolar, según se trasluce en el discurso de las personas entrevistadas, cada vez tiene menos incidencia la formación al profesorado, ya que ha quedado demostrado que no suele contar con mucha aceptación, especialmente en momentos de recortes económicos. Junto con el profesorado se mantenían acciones conjuntas en cuanto a las actividades preventivas, algo que ahora ha quedado muy reducido y prácticamente es inexistente en la mayoría de los municipios consultados, aunque se siga manteniendo en algunos, (según la información cualitativa, un 13,4% de los municipios entrevistados indica mantener la formación al profesorado).

“...en cuanto a la formación del profesorado habría que reactivarla, dado que en este momento no se está realizando, porque el personal de los centros es mayoritariamente interino, y esto implica mucha movilidad” [persona entrevistada]

“...en este momento el profesorado no contempla la colaboración en las actividades de prevención de drogodependencias, ya que es interino y además están sufriendo recortes” [persona entrevistada]

“...se les ofrecen las actividades pero no encuentran cabida a no ser que en algún centro se manifieste una situación problemática, y soliciten alguna actividad de prevención para abordarla” [persona entrevistada]

“...todos los años se envía a la dirección de todos los centros educativos los materiales por si algún profesor quiere participar, pero no hay buena respuesta, por lo que los talleres los realiza el técnico” [persona entrevistada]

“...el profesorado colabora siempre y cuando los talleres se realicen por personal externo” [personal externo]

“...la prevención ya te decía que, vamos a ver, fundamentalmente la prevención está encaminada a toda la población escolar, entendiendo por población escolar no solamente el alumnado sino las AMPAS y el profesorado” [persona entrevistada]

“...se trabajan apoyando al profesorado para que sea una parte más curricular del trabajo que hacen con los alumnos” [persona entrevistada]

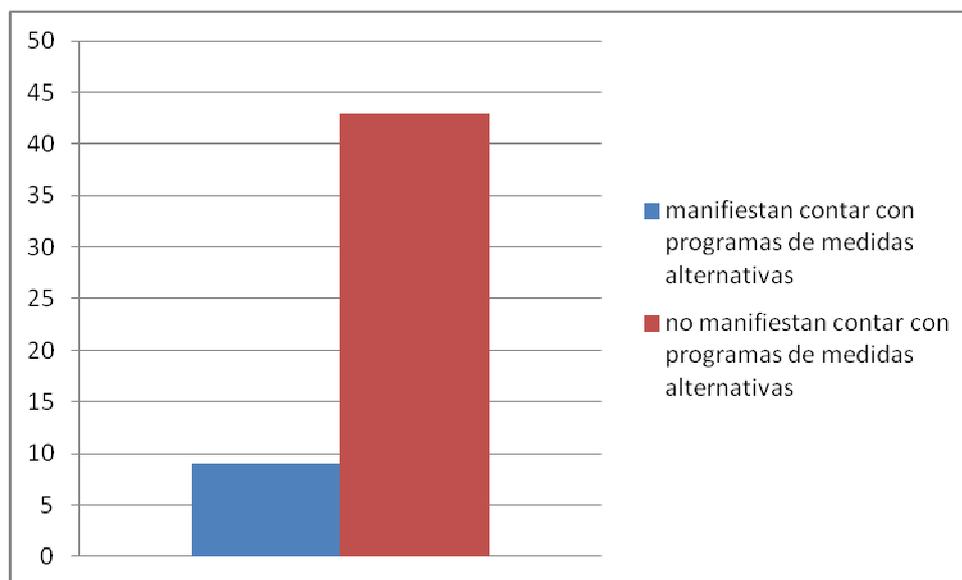
“...se lleva a cabo una visita mensual a los centros educativos en el marco del programa de prevención del absentismo y de promoción de la convivencia; se detectan casos de consumo” [persona entrevistada]

“...los profesores están cansados” [persona participante en grupo de discusión]

En cuanto al trabajo de prevención con esta población fuera del ámbito escolar, es decir, en el aspecto familiar y comunitario, se realiza prevención específica, en ocasiones, con población concreta (con jóvenes inmigrantes, en un 3,8% de los casos, por ejemplo) especialmente en municipios en los que se detectan necesidades concretas en cuanto a colectivos específicos. En este sentido destaca el trabajo con medidas alternativas en el caso de jóvenes con problemas judiciales; según las entrevistas, un 17,3% de los planes municipales cuentan con programas de este tipo

(este hecho facilita la participación de la policía entre los agentes sociales intervinientes en los planes).

GRÁFICO 12: PROGRAMAS DE MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA SANCIÓN



[Fuente: elaboración propia a partir de datos cualitativos]

“la UPCCA realiza la conmutación de las multas con menores infractores, en aquellos casos en los que se trata de que el joven realice un curso a nivel informativo” [persona entrevistada]

“se ha abierto una línea nueva dirigida a la Prevención de los embarazos en adolescentes, porque la tasa de prevalencia en el municipio es muy elevada y en adolescentes los estudios apuntan a la falta de protección relacionada con el consumo de alcohol” [persona entrevistada]

En los casos en los que existe el trabajo con familias, suele existir una figura, la denominada “Escuela de madres y padres” (en un 15,3% de los casos de los municipios entrevistados) a través de las que se realizan talleres más generales, charlas, se ofrece orientación y asesoramiento, y también se trabaja con aquellas familias con hijos e hijas más relacionados con algunos consumos, o en situación de riesgo. Aunque cabe incidir en que el trabajo con familias es un aspecto que, según se señala en las entrevistas, aún se debe reforzar, lo que contrastaría con el porcentaje de trabajo con familias que muestra el resultado del cuestionario.

“a nivel de familias por ejemplo, el trabajo con las familias, y nos centramos en jóvenes otra vez, que nos cuesta, yo creo que cuesta un poco a todo el mundo porque de algún modo captas las familias que no haría falta que captaras” [personas entrevistadas]

“si valoramos que desde el programa de intervención familiar, los compañeros que están trabajando con la familia, pues eso, valoran y me comentan si sería bueno que el padre, o la madre, o ambos, acudieran a un programa de prevención familiar” [persona entrevistada]

Hay que destacar, además, que en el trabajo de prevención a nivel juventud y especialmente en el ámbito escolar, han empezado a incluirse dentro de los planes o actividades realizadas acciones de prevención frente a la *acción sin sustancia*, centradas en nuevas tecnologías. Se indica que por esta parte sí existe una demanda más importante por parte de los centros educativos y de las familias.

“desde la lógica ésta de trabajo preventivo, se empezó también a tocar el tema de lo que serían usos jóvenes y adolescentes en relación a las tecnologías de información y comunicación, en relación a cómo trabajar la lógica preventiva, la prevención de lo que serían las dependencias, a las tecnologías, etc... En este segundo plan, únicamente nos hemos dedicado al tema drogas, y lo de tecnologías lo hemos separado y es otro plan” [persona entrevistada]

“las redes sociales por parte de los padres sí que ha sido una demanda” [persona participante en grupo de discusión]

A este respecto, según la localización pueden existir ciertas diferencias, y es que aunque la mayoría de las opiniones participan de la idea de incluir las adicciones sin sustancias en el plan o las actividades realizadas, en un grupo de discusión se indica que no es competencia del plan.

“yo no voy a trabajar las adicciones sin sustancia, que son insustanciales y a mí no... que me parece que es meter en un mismo saco...” [persona participante en grupo de discusión]

Por otra parte, en el ámbito comunitario acentúan las campañas en las fiestas populares realizando sobre todo actividades de concienciación en cuanto al consumo de alcohol; en ocasiones también se realizan trabajos en áreas especialmente vulnerables, barrios en exclusión. También se realiza trabajo en el espacio de ocio y tiempo libre (especialmente en época estival y planteando la difusión de hábitos saludables, o realizando cine o cuñas de radio), y acciones concretas en días específicos (día mundial contra el tabaquismo, etc).

“se hace sensibilización a las peñas para evitar la venta alcohol en menores “ [persona entrevistada]

Según la información cualitativa, es muy complejo realizar prevención entorno a fiestas populares, ya que mantienen un interés turístico y económico muy potente, y existen muchos intereses empresariales que impiden que las actividades de prevención funcionen, aunque a veces sí se realizan acciones conjuntas.

“el botellón es un problema grave, en el verano y en el resto del año. Hay una falta de coraje político, y una falta de compromiso decidido con la salud pública, para poner de manifiesto que el consumo de alcohol debe ser restringido. En este municipio ha habido políticos que no querían que se hablara del tema de drogas porque consideraban que daba mala imagen al pueblo” [persona entrevistada]

“hay un *botellódromo* a cargo del ayuntamiento en el que se facilita a los jóvenes todo para el consumo. Esto produce una contradicción, porque el *botellódromo* funciona durante los fines de semana en los horarios de las actividades de ocio y tiempo libre” [persona entrevistada]

“en la actualidad existe una red en la que participa el ayuntamiento, las entidades sociales, las empresas hosteleras, que ponen en marcha y llevan a cabo acciones incluidas en el plan municipal” [persona entrevistada]

En general, y resumiendo, se observa que todas las actividades preventivas están destinadas a la población adolescente y joven, mayoritariamente en el ámbito escolar aunque también en otros espacios extraescolares y comunitarios. En cuanto a las sustancias en las que se centran las acciones de prevención, son el alcohol, tabaco y cannabis.

“sobre todo se trabaja en las drogas legalizadas: alcohol y tabaco, más cannabis”  
[persona entrevistada]

Cabe indicar que desde la información recogida en el trabajo de campo cualitativo, aunque la prevención en centros escolares es lo más frecuente, la demanda de estas actividades desde los centros educativos tiende a decrecer, ya que se argumenta que el tema de las drogodependencias en ese sector de la población no incide o viene a formar parte de la experimentación necesaria en esa edad. Además de que la situación del profesorado no ayuda a que sean favorables a realizar actividades, ya que la carga de los docentes y la oferta de actividades que reciben los centros educativos dificultan su implicación en dichas actividades.

Además de que como se ha indicado existen muchos intereses empresariales de fondo que muchas veces obstaculizan ciertas acciones en materia preventiva en el alcohol, de manera concreta, en grandes fiestas populares.

Los municipios entrevistados manifiestan un incremento de la percepción de que las drogas ya no son un problema<sup>11</sup> (ni entre la sociedad ni entre la clase política), y lo que sí se indica es la preocupación creciente por el uso abusivo de nuevas tecnologías, como se ha manifestado.

“es evidente que estamos en un momento que, el tema drogas siempre está, pero tampoco es un momento a nivel general de una preocupación muy grande, porque si lo miramos tampoco... estamos peor, casi mejor que en otros tiempos” [persona entrevistada]

“es verdad que el interés por las drogas ha variado mucho en sus aspectos, al principio la droga era algo muy mal visto, y era la heroína y era un final, luego en la droga en el momento actual a veces tienes que vigilar porque es una cosa como normalizada en algunos ámbitos y algunas drogas” [persona entrevistada]

---

<sup>11</sup> Impresión corroborada por el barómetro del CIS sobre la percepción de los tres problemas más importantes para la sociedad española, donde el porcentaje de población que señalaba las drogas ha pasado del 25,3% en marzo de 1999 a un 0,10% en marzo de 2013.

“ha disminuido el miedo social hacia las drogas y de esta forma es difícil hacérselo ver a los políticos” [persona entrevistada]

Por otro lado, se identifica el consumo juvenil con cuestiones como el absentismo escolar.

“el consumo de porros se correlaciona con el absentismo escolar” [persona participante en grupo de discusión]

99

Al margen de estas actividades generales en las que coinciden los municipios participantes, un mínimo de ellos dicen incluir en el plan el aspecto relacionado con la investigación. A este respecto, un 12,2% de los municipios entrevistados dicen contar con un observatorio de drogodependencias a través de los que recogen datos de intervención y realizan análisis.

“tenemos Investigación, evaluación, y control, que la llevo yo desde aquí” [persona entrevistada]

Hay que indicar que en ocasiones, y de manera no formalizada, en estos planes se hacen diagnósticos sobre el consumo para tratar de adaptar las actuaciones a la realidad municipal. La mayor o menos realización de estudios y diagnósticos también depende de las localizaciones.

“otro reto, es realizar un estudio sobre los hábitos de consumo para valorar una comparativa con respecto a otros años. Se ha intentado hacer desde el servicio pero de forma “casera.” [persona entrevistada]

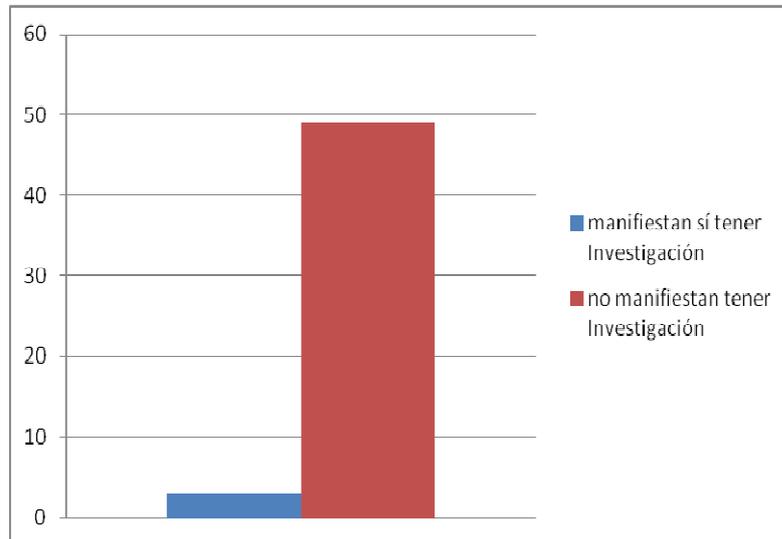
“la técnica de prevención realiza pequeños estudios (no formales) para identificar la evolución de los consumos en la adolescencia.” [persona entrevistada]

“sí, sí, lo hacemos...hemos hecho cosas basadas en diagnósticos” [persona participante en grupo de discusión]

No obstante, existen percepciones que no apuestan por la realización de estudios previos.

“aún así creo que si me hubieran dado el dinero, no me lo hubiera gastado en investigación, o sea, en investigar lo que ya está investigado, sino en nuevas formas de intervención” [persona participante en grupo de discusión]

GRÁFICO 13: PMD QUE REALIZAN ESTUDIOS Y/O DIAGNÓSTICOS PREVIOS



[Fuente: Elaboración propia a partir de datos cualitativos]

## V.2 LA CUESTIÓN DE LA INCLUSIÓN SOCIAL Y LABORAL.

La inclusión es un proceso de socialización y capacitación de las personas drogodependientes que cuenta con dos líneas de actuación, fundamentales y complementarias: la que incide sobre las personas pero también las que actúan sobre la propia sociedad, ya que es en ella donde las personas deben volver a integrarse.

En cuanto a la intervención con las personas, existen distintas áreas:

- Relacional
- Formativa
- Laboral
- Salud
- Lúdica

En la intervención con la comunidad, deben tenerse en cuenta a su vez tres bloques diferenciados con los que se deben realizarse actuaciones concretas:

- las instituciones
- las asociaciones y ONGs
- la población general

Siguiendo esta definición se observa el medio municipal como muy apropiado no sólo para procurar la inserción en un espacio concreto, que genera identidad, como hemos señalado antes, y que las personas conocen; espacio que además contiene relaciones personales de cercanía necesarias para lograr esa inserción social, sino también para preparar a la sociedad ante la vuelta de dichas personas a la comunidad, ya que sus características antes mencionadas –tamaño, relaciones personales estrechas...- facilitan la sensibilización y preparación social necesarias.

En cuanto a los municipios consultados en esta evaluación, las acciones en materia de inclusión social se centran en la información, derivación y acompañamiento, (37,4% de la actividad), desarrollándose en algunos casos talleres pre-laborales y formativos, que suponen conjuntamente un 21% de la actividad. Algunos municipios cuentan con recursos específicos para la inclusión social a través del empleo.

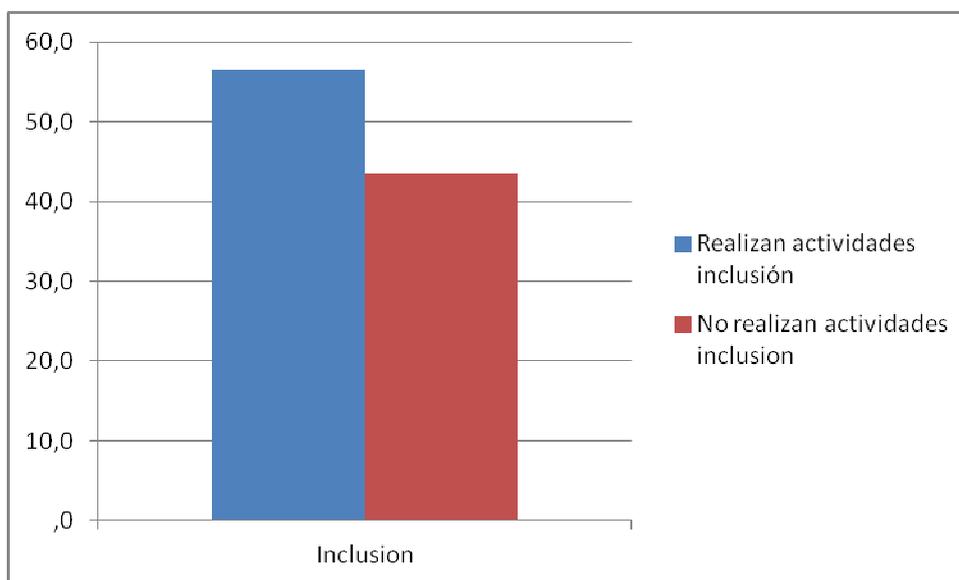
TABLA 15: ÁMBITO ACCIONES INCLUSIÓN

	Frecuencia	%
Acciones de inclusión social: Talleres pre-laborales	15	11,5
Acciones de inclusión social: Coordinación/derivación/acompañamiento	31	23,7
Acciones de inclusión social: Talleres formativos	13	9,9
Acciones de inclusión social: Asesoría/orientación	18	13,7
Acciones de inclusión social: Recurso residencial	2	1,5
Acciones de inclusión social: Medidas alternativas	5	3,8
Acciones de inclusión social: Recursos específicos de inclusión	12	9,2
Acciones de inclusión social: En zonas de especial necesidad	4	3,1
Acciones de inclusión social: Subvenciones	13	9,9
Acciones de inclusión social: Otros	5	3,8

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

En el análisis cualitativo se percibe la dificultad que existe en cuanto a cumplir objetivos de inserción, especialmente en el terreno laboral, y más en época de crisis económica. El porcentaje de municipios que habiendo cumplimentado el cuestionario manifiestan realizar actividades en el área de inclusión es del 56,5%.

GRÁFICO 14: ÁREA DE INCLUSIÓN EN LOS PMD



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

### V.3 LA CUESTIÓN DE LA ASISTENCIA

La asistencia en drogodependencias supone una amplia red de recursos para su tratamiento.

103

Los municipios también son un buen espacio de implantación de estrategias de asistencia en materia de drogas, aunque son las Comunidades Autónomas quienes tienen las competencias en este sentido. No obstante, como se ha venido diciendo, hay ocasiones en las que el nivel autonómico delega en el nivel local esta actividad, que se define en el *Primer Nivel de Intervención*, donde se encuentran los servicios sociales más cercanos a los/as ciudadanos/as y que actúan como puerta de entrada a la red asistencial, con funciones como el asesoramiento, la orientación... derivando a los servicios especializados, como es la red de drogodependencias.

También existen otros niveles de asistencia, el segundo nivel y el tercer nivel; al segundo corresponden los recursos específicos de atención ambulatoria a personas drogodependientes, y al tercero otro tipo de puntos de apoyo al tratamiento asistencial, como los centros de día.

De esta forma, los municipios a través de sus planes de drogas tienen un papel relevante como apoyo a la asistencia en drogas, impulsada desde la comunidad autónoma que corresponda, promoviendo estrategias básicas como las informativas, las formativas y las de apoyo tanto a la persona como a la familia.

En cuanto a los municipios participantes en la presente evaluación, las actividades vinculadas a asistencia se centran en información, orientación sobre programas y recursos y acompañamiento a los mismos, en un 24%, así como en atención directa generalmente de jóvenes con problemas de consumo.

TABLA 16: ÁMBITO ACCIONES ASISTENCIA

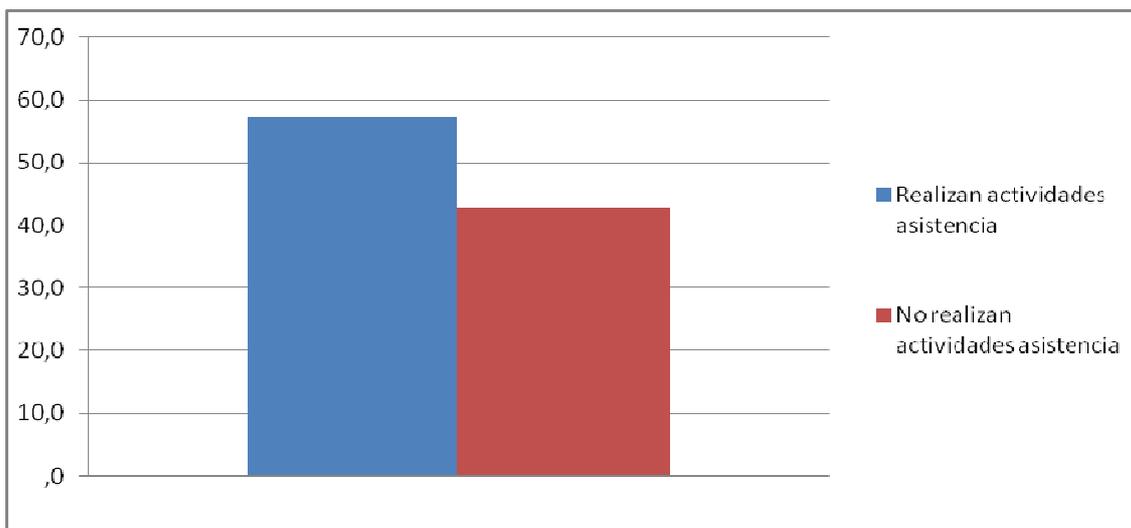
	Frecuencia	%
Acciones de asistencia: Acompañamiento	7	5,3
Acciones de asistencia: Información, orientación	25	19,1
Acciones de asistencia: Asistencial	27	20,6
Acciones de asistencia: Jóvenes consumidores	17	13
Acciones de asistencia: Familias	19	14,5
Acciones de asistencia: Patología dual	13	9,9
Acciones de asistencia: Tabaco	15	11,5
Acciones de asistencia: Judicial (multas, peritaje)	2	1,5
Acciones de asistencia: Coordinación	10	7,6

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

El 57% de los municipios que han cumplimentado el cuestionario realizan algún tipo de actividad vinculada a la asistencia. Realmente este es un punto conflictivo, porque en principio es el nivel autonómico el que cuenta con la competencia de la Asistencia. La mayoría de los municipios que dicen realizar asistencia, centran ésta en la coordinación con el centro de tratamiento del municipio. También todo ello puede estar relacionado con que en los municipios primero se organizaron unidades de asistencia – como respuesta inmediata a la aparición del problema de las drogodependencias – y más tarde se definió la Prevención, (aunque la información cualitativa, como se ha indicado antes, muestra que sólo sucede así en el 8,9% de los municipios entrevistados).

“en un principio el Plan se dirigía a asistencia, coordinando todos los Centros de Día, Casa de Sida” [persona entrevistada]

GRÁFICO 15: ÁREA DE ASISTENCIA EN LOS PMD



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

“hay muy pocos planes que hablan de la asistencia como tal, como asumida desde el municipio” [persona entrevistada]

En la información cualitativa, igualmente, se plantea un aspecto interesante sobre la atención al perfil de joven consumidor que aún no es problemático pero que ya ha iniciado pautas de consumo abusivo.

“el chaval que tiene un consumo incipiente, entonces le damos orientación, y a los padres... consumos problemáticos no, no tenemos capacidad” [persona participante en grupo de discusión]

## VI. LA VISIÓN DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS.

### VI.1 LA IDONEIDAD DE UN PLAN DE DROGODEPENDENCIAS

106

A este respecto hay que incidir en que algunas de las personas entrevistadas señalan la necesidad de incluir la drogodependencia en un plan de salud más general, valorando un modelo de promoción de la salud más amplio en el que incluir la temática de las drogodependencias. No obstante, como se ha expuesto antes, es mínima la proporción de municipios que, según la información cualitativa, dicen contar con un *plan de salud* (el 7,03% indican los resultados del cuestionario), y además como también se ha visto antes, la mayor parte de las personas responsables de los planes y de las áreas o departamentos municipales responsables de los planes de drogas municipales son denominadas específicamente como de “drogodependencias”.

“¿es necesario que un municipio tenga un plan de salud y de drogas a la vez?, que entiendo que la salud es todo” [persona entrevistada]

“...para mí el reto no es solo la problemática de las drogodependencias, para mi es la salud, como profesional de la medicina para mí el problema es un todo” [persona entrevistada]

“...un reto es realizar Prevención Universal no solo en Drogodependencias, los factores de protección son para todo” [persona entrevistada]

“...es que el consumo de drogas es algo más en la vida de los chavales, y es necesario dar respuesta a todo” [persona participante en grupo de discusión]

“...yo creo que la prevención es un tema transversal, que tienen que estar desde todas las áreas y de todos los servicios y de todos los ámbitos, porque cada uno tiene su parcela de responsabilidad, entonces si hablamos de salud yo creo que tenemos que hablar de una salud integral y cuando hablamos de promoción de la salud, la hablamos en todos los sentidos, incluso esto” [persona entrevistada]

“...vamos a hacer un plan de prevención, un plan de salud en todos los aspectos, desde el plano social al sanitario, pasando por drogas, hasta no sé, hasta comercio de proximidad, yo soy más de la idea de integrarlo todo en un fin común, que no que cada uno vaya haciendo su torrecita.” [persona entrevistada]

“...estamos haciendo toda una evolución hacia la promoción de la salud, ya hace, nada, hace un mes que ya no me digo área de prevención de drogodependencia, sino que me llamo Área de Promoción de la Salud” [persona entrevistada]

“...nosotros creemos más en el tema de incidir directamente en los institutos, trabajando acciones concretas con los alumnados, con profesionales que ponemos dentro de los institutos incidiendo constantemente que no en hacer acciones de un plan de drogas” [persona entrevistada]

“...en los centros escolares tienen “prevención de todo” y debería introducirse un plan de prevención troncal” [persona entrevistada]

En ocasiones, tras la idea de generar un plan de salud amplio subyace la situación económica, ideando este como forma de optimización y maximización de recursos.

“...actualmente se intenta canalizar el plan municipal de drogodependencias a través de la elaboración del Plan Municipal de Salud, para optimizar recursos” [persona entrevistada]

## VII. LA COORDINACIÓN INTRA Y SUPRA MUNICIPAL. LA COOPERACIÓN DE OTRAS ENTIDADES Y ORGANIZACIONES.

“...tenemos mucho todavía, mucho camino por hacer y ahí las administraciones tienen que pensarse que hay que empezar de la base, no se puede empezar desde arriba”

[persona entrevistada]

108

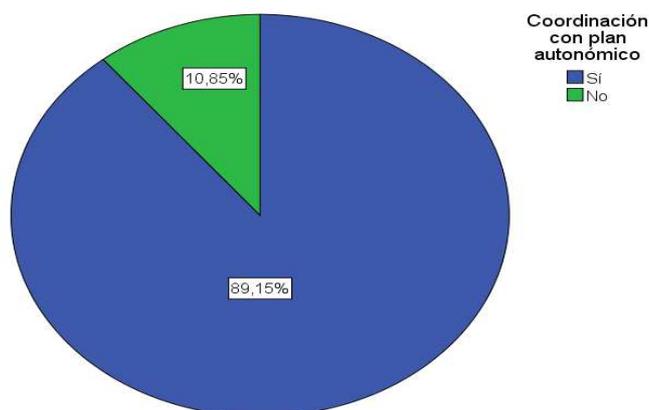
“...desde el punto de vista de relaciones jerárquicas el Plan no ha funcionado, pero desde el punto de vista técnico sí” [persona entrevistada]

En este epígrafe analizaremos la coordinación de los planes municipales de drogodependencias con los demás niveles autonómicos, y también la coordinación entre áreas/departamentos municipales para desarrollar el plan de drogodependencias.

### VII.1 COORDINACIÓN A NIVEL AUTONÓMICO

Según la información cuantitativa, el 89% de los municipios manifiestan que existe una coordinación con los servicios y planes autonómicos.

GRÁFICO 16: COORDINACION DEL PMD CON EL NIVEL AUTONÓMICO



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

En la información cualitativa se observan diferencias por localizaciones.

“con el nivel autonómico, mucha relación en actos, y con el Plan Nacional por supuesto” [persona entrevistada]

“dando un codazo, quítate tú para que me ponga yo” [persona participante en grupo de discusión]

109

“hay muy buena coordinación, muy buen entendimiento, podemos llamar siempre, ellos nos llaman, el trato es estupendo, o sea que muy bien” [persona participante en grupo de discusión]

Se observa que en ocasiones no existe coordinación entre el nivel autonómico y los planes municipales, y en otras ocasiones la impresión es que existe abandono en cuanto a competencias por parte del nivel autonómico.

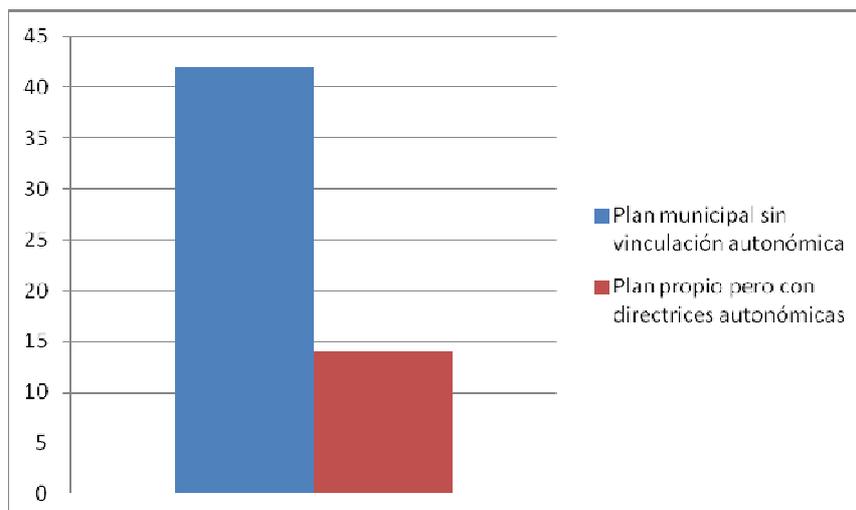
“a mí no me entran en competición, realmente me gustaría que hicieran parte del trabajo que hago yo” [persona participante en grupo de discusión]

“a mí me parece que es su competencia, de hecho, el tema de trabajar con grupos de reducción...” [persona participante en grupo de discusión]

En las entrevistas realizadas se percibe una heterogeneidad en función del territorio en la percepción de la existencia de una línea común desplegada desde el nivel autonómico con unas directrices comunes que faciliten la inclusión de los planes dentro de una estrategia común. Como hemos señalado anteriormente, la apuesta de las comunidades por la política de drogodependencias sirve de impulso a la realización de planes y su supervisión ayuda a una homogeneización de estos y por tanto facilita una política autonómica común.

“cuando empezamos a trabajar en esto era empezar de cero y se nos dio mucha autonomía, y cada uno tiene su servicio montado según necesidades, y esto tiene sus ventajas y sus inconvenientes, porque no hay homogeneidad en lo que hacemos” [persona participante en grupo de discusión]

GRÁFICO 17: SEGUIMIENTO DE DIRECTRICES AUTONÓMICAS POR PARTE DE LOS PMD



[Fuente: elaboración propia a partir de los datos cualitativos]

Esta existencia de una línea o estrategia autonómica común en la que se inserten los planes locales con una buena coordinación se esboza como una herramienta fundamental para evitar duplicidades y maximizar la implementación de programas y medios.

”sí, cuando quieren nos lo ofertan, incluso lo convocan, como en este caso que hemos hablado de (.), pues nos convocaron y nos coordinan, y dan instrucciones de cómo tenemos que desarrollarlo” [persona participante en grupo de discusión].

La coordinación entre municipios, esbozada en el epígrafe de mancomunidades, la comunicación y coordinación entre municipios es una idea que se ha manifestado durante la realización del estudio, y que podría desarrollarse bajo este amparo autonómico.

“vamos a tirar por lo grande, y si vamos a tirar por lo grande, pues a lo mejor X que es el municipio más grande que (.) puede hacer actividades como lo que se hacía en Y de noche, y que haya movilidad entre los chicos de otros municipios, autobuses, que se pongan en contacto entre ellos, no sé. Que la coordinación, tanto dentro del municipio como entre municipios, creo que se debe de potenciar” [persona participante en grupo de discusión]

Según la información cualitativa, cuando el responsable del área de la que depende el plan procede del trabajo directo con personas usuarias, existe mayor coordinación, porque existe más concienciación.

“hay buena coordinación porque las personas que están ahora en la gestión vienen de los servicios de base de calle” [persona entrevistada]

## VII.2 COORDINACIÓN A NIVEL MUNICIPAL

En cuanto a la coordinación municipal interna para la gestión y seguimiento del plan, los datos cuantitativos indican que existe en un 65,6%; se señala la existencia de estructuras estables que tienen como objeto dicha coordinación.

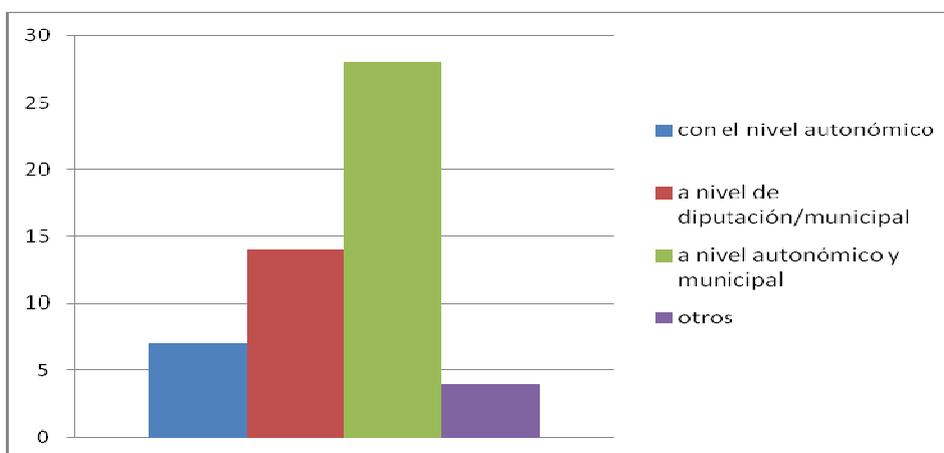
TABLA 17: EXISTENCIA DE ESTRUCTURA ESTABLE COORDINACIÓN PLAN

		Frecuencia	%
Estructura	Sí	86	66,7
	No	43	33,3
	Total	129	100,0

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

En la información cualitativa, obtenida a través de las entrevistas, se obtiene la siguiente información: mayormente (un 52,8 % de los casos consultados) la coordinación se establece con el nivel autonómico y el municipal, lo que correspondería con la información cuantitativa, ya que realmente los planes municipales de drogas deberían coordinarse con el área municipal de la que dependen y a su vez con el área autonómica que, habitualmente, les proporciona la subvención (como hemos visto más arriba que así sucede).

GRÁFICO 18: COORDINACIÓN DEL PMD CON LOS DISTINTOS NIVELES DE LA ADMINISTRACIÓN



[Fuente: elaboración propia a partir de información cualitativa]

No obstante, hay que indicar que la percepción descrita en cuanto a la coordinación que se establece del plan municipal de drogodependencias con el nivel autonómico depende mucho de la provincia a la que hagamos referencia o de la Comunidad Autónoma.

“...la coordinación, mira, ahí hay dos aspectos un poco más concretos que hay que matizar, como te digo la coordinación con la Junta de Castilla y León, con el Comisionado Regional para la Droga está muy..., diría, reglamentado” [persona entrevistada]

“...a nivel más alto sería ese que te comento, sería, bueno, coordinación, hemos tenido en su momento coordinación directa con el técnico de la Dirección General a través de los informes preceptivos correspondientes” [persona entrevistada].

“...el nivel autonómico nos apoya en algunas cosas, pero es con la diputación con quien tenemos un contacto más directo” [persona entrevistada]

“...digamos que sí hay coordinación, pero que también hay más margen de que pudiera aumentarse...” [persona entrevistada]

En otras ocasiones, es desde el propio nivel autonómico desde donde se promueven redes de coordinación.

“...se creó la Red de Planes sobre Drogas, que agrupa a los municipios de más de 20.000 habitantes que tienen aprobado por sus órganos de gobierno un plan municipal sobre drogas” [persona entrevistada]

113

“...el plan va muy en la línea de lo que establece el plan “Ciudades ante las drogas” de la Junta de Andalucía” [persona entrevistada]

Precisamente, según se indican en las entrevistas en profundidad, es en las provincias donde existe menos vinculación con el nivel autonómico donde los responsables de los planes municipales de drogodependencias han creado dos redes de trabajo de carácter más o menos “informal” a través de las que conocer el trabajo que se hace en otros municipios de la zona en materia de drogas, y establecer sinergias de trabajo, dada la falta de coordinación a nivel autonómico. Es una herramienta de visibilización y de apoyo propio.

“...creamos los técnicos locales hace ya diez años o no sé cuánto, una red porque nos conocíamos porque aquello, “oye, tú cómo haces esto, tú cómo...”, porque estábamos más perdidos que.... Entonces creamos una red entre nosotros pero en plan, “venga, nos encontramos un día y hablamos un poco de lo que hace cada uno y ponemos un poco de orden a todo” [persona entrevistada]”

“...la red municipal de drogas es una red establecida por la mayoría de los municipios, los municipios importantes que tienen centros de tratamiento; entonces llevan la atención y la prevención de drogas en estos centros, son centros municipales, y nos juntamos periódicamente, pues para coordinarnos, para unificar criterios, unificar tratamientos, evaluarlos” [persona entrevistada]

“sí, empezamos a funcionar con Google compartiendo documentación, pero no pudimos mantenerlo porque nos hacían pagar...” [persona participante en grupo de discusión]

De hecho, la reclamación de espacios de reunión es algo que se observa en la información cualitativa.

“yo creo que nos faltan espacios para juntarnos los técnicos y cambiar impresiones” [persona participante en grupo de discusión]

“es buena idea que conociéramos todos lo que se hace en otros municipios, que exista un lugar donde podamos conocer los proyectos que hacen los demás, porque a lo mejor podemos intercambiar ideas” [persona participante en grupo de discusión]

“a lo mejor que exista un portal web donde se ponga lo que hace cada uno de los municipios” [persona participante en grupo de discusión]

114

“debe potenciarse la coordinación dentro del municipio, y entre municipios” [persona participante en grupo de discusión]

No obstante, con respecto a la coordinación entre municipios se observa la siguiente dificultad:

“el tema de la responsabilidad del ayuntamiento bloquea muchísimo las actividades para poder conocer otras zonas” [persona participante en grupo de discusión]

Se indica en las entrevistas que la mayoría de las ocasiones la coordinación funciona más por establecimiento de redes personales, y de la propia implicación personal de los equipos técnicos, que de estructuras formales.

“yo también pienso que a veces las coordinaciones depende mucho de las personas y las personas que trabajan ahí hay muy buena relación, entonces la coordinación es bastante fluida” [persona entrevistada]

“la colaboración depende mucho del entusiasmo de las personas” [persona entrevistada]

“cuando los profesionales llevan mucho tiempo y te conoces y tal... pues las cosas funcionan” [persona entrevistada]

“las charlas el año pasado ...tuvimos que tirar de técnicos del Ayuntamiento, que fueron los que impartieron las charlas de forma altruista y desinteresada” [persona participante en grupo de discusión]

Aun así hay que matizar que en alguna de las opiniones no se valora de igual manera esta necesidad de coordinación entre personas técnicas.

115

“pues qué quieres que te diga... yo hablar con la de ... que es nueva, y que sí, viene con toda la ilusión del mundo, pero es que estamos hablando desde momentos distintos, y yo de abuela cebolleta...” [persona participante en grupo de discusión]

En cuanto a la implicación de otras áreas y concejalías en el desarrollo del plan podemos señalar que los datos cuantitativos muestran que un 10,7% de los planes tienen carácter integral, es decir, incorporan a todas las áreas municipales.

Desde el análisis cualitativo, añadimos que aunque existe una casuística muy variada, muchos municipios indican que la intención es que el plan municipal de drogodependencias se perciba como una responsabilidad de todas las áreas municipales, aunque el compromiso mayor recaiga sobre un área o departamento en concreto. De esta manera se pretende transversalizar esta temática.

Por otra parte, la información cuantitativa muestra que las concejalías con mayor presencia en los planes municipales son servicios sociales/bienestar social (en un 70%), juventud, salud y educación.

TABLA 18: CONCEJALÍAS IMPLICADAS

	Frecuencia	%
Concejalía Servicios Sociales/ Bienestar Social	89	67,9
Concejalía Juventud	60	45,8
Concejalía Educación	48	36,6
Concejalía Salud/ Sanidad	50	38,2
Concejalía Deportes	24	18,3
Concejalía Participación	15	11,5
Concejalía Cultura	18	13,7
Concejalía Seguridad	39	29,8
Concejalía Igualdad	17	13,0
Concejalía Empleo	5	3,8
Concejalía propia	1	0,8
Plan Integral <sup>12</sup>	14	10,7

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

“en la programación de Juventud sobre ocio y tiempo libre, se colabora realizando los contenidos en prevención de drogodependencia” [persona entrevistada]

Según muestra la información cualitativa, la participación no es únicamente de otras áreas de los ayuntamientos, sino también de otros servicios municipales, como la policía local, escuelas y colegios, o los centros de salud municipales, así como de otro tipo de agentes sociales, como los medios de comunicación, las AMPAS, entidades locales dedicadas a drogodependencias o a atender a personas en exclusión en general y en algunos casos, también existe la participación del ámbito universitario.

“actualmente tenemos coordinación por ejemplo con el programa de absentismo en el ayuntamiento, con programas específicos del negociado de infancia y familia, con el programa de la sección de comunitaria, la unidad de trabajo social de zona, y hombre, y después también desde educación sería pues directamente con los centros educativos, con los equipos directivos, y con intención de la coordinación de ampliar y mejorar, yo creo que siempre cuanto más integremos, más agentes sociales que tengan presencia en el territorio, pues es mucho mejor para el desarrollo de un plan municipal” [persona entrevistada]

<sup>12</sup> Plan Integral: implicación de todas las concejalías del municipio

“el año pasado y este la policía está colaborando en impartición de talleres” [persona participante en grupo de discusión]

“la policía...bueno, ellos están a pie de calle, van detectando casos” [persona participante en grupo de discusión]

“la clave es conseguir que desde las tripas se dé la necesidad de cada una de las áreas, porque es un tema a abordar a nivel comunitario, desde todos los ámbitos” [persona entrevistada]

“hay acuerdos vigentes con entidades como un acuerdo para el ocio con la Filmoteca, y en verano, con el zoológico, y este año también con el Jardín Botánico” [persona entrevistada]

“hay un convenio con el Instituto Municipal de Deportes, que se llama Intervención Deportiva Integral que junta a las Escuelas de Verano, es uno de los programas básicos con actuaciones preventivas dirigidas a adolescencia y juventud” [persona entrevistada]

En la información cualitativa se indica que la participación de los distintos agentes sociales depende del tamaño del municipio.

“eso lo podéis hacer vosotros, que sois un municipio grande, pero nosotros no tenemos esa red asociativa” [persona participante en grupo de discusión]

En este sentido, en algunos planes municipales existen *comisiones técnicas* donde están presentes varias concejalías/áreas/departamentos comprometidos con la implementación de acciones o actividades dentro del marco del plan, al igual que en algunos casos se crean grupos de trabajo sobre cuestiones concretas. No obstante, el funcionamiento de estas comisiones es desigual.

“hay representación política, entonces hay representación política de políticos del municipio, de concejales del municipio y pienso que eso también hace que la gente se tome la comisión como algo más serio” [persona participante en grupo de discusión]

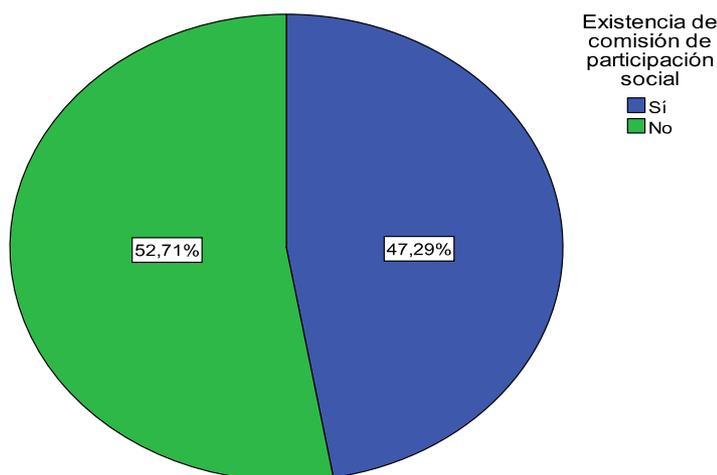
“nos reuníamos con una periodicidad más o menos cada tres meses y ahora pues nos estamos reuniendo dos veces al año o una cosa así, pero sí que tenemos reuniones periódicas” [persona participante en grupo de discusión]

“se hacen mesas de trabajo para que cada uno cuente lo que se va haciendo”  
[persona participante en grupo de discusión]

“creamos una comisión municipal de drogodependencias, pero nunca se llegó a ejecutar, se quedó ahí” [persona participante en grupo de discusión]

En cuanto a la existencia de una comisión de participación social, según la información cuantitativa un 52,71% de los municipios manifiestan no contar con ésta.

GRÁFICO 19: EXISTENCIA DE COMISIÓN DE PARTICIPACION SOCIAL EN LOS PMD



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

“al surgir el recurso se crea un órgano de participación, una comisión interdisciplinar, con el responsable de cada departamento o concejalía y con su técnico o técnica, Educación, Servicios Sociales, Deportes, Urbanismo, Policía Local, pero esto con el tiempo esto se va perdiendo, de manera que en la actualidad no existe” [persona entrevistada]

En el caso de contar con esta estructura de participación social, ésta está compuesta por otras concejalías (24%), el personal técnico (13%), asociaciones especializadas en

drogodependencias y adicciones (20%), asociaciones de otra índole (19%), siendo éstas mayoritariamente de vecinos y de padres y madres.

TABLA 19: COMPOSICIÓN ESTRUCTURA PARTICIPACIÓN SOCIAL

	Frecuencia	%
Participación: personal técnico	17	13,0
Participación: asociaciones	25	19,1
Participación: asociaciones adicciones	27	20,6
Participación: asociaciones de padres	8	6,1
Participación: asociaciones de vecinos	2	1,5
Participación: centros educativos	11	8,4
Participación: gobierno autonómico	11	8,4
Participación: concejalía responsable	15	11,5
Participación: otras concejalías	32	24,4
Participación: representantes políticos/sindicales	11	8,4
Participación: centros médicos	8	6,1
Participación: centros atención drogodependiente	10	7,6

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Precisamente, la puesta en marcha de un plan, se añade, ha ayudado a mejorar y potenciar las relaciones entre las distintas áreas o departamentos municipales.

“nos ha venido bien para dar más consistencia, ponernos en contacto con otras partes del Ayuntamiento, con Deportes y demás” [persona participante en grupo de discusión]

Al igual que según la información cualitativa algunos municipios indican que sí existen coordinaciones fluidas entre las áreas municipales, desde otros municipios se señala que suele ser compleja, y dicha colaboración se concentra en momentos concretos puntuales.

“bueno, la coordinación entre las áreas... es que a ver, cada uno está muy en su día a día, en lo suyo, y resulta difícil...” [persona entrevistada]

“a nivel municipal, a veces hay coordinación con Educación y Juventud” [persona entrevistada]

“no hay protocolo de actuación conjunta entre las distintas áreas del ayuntamiento, lo que hace difícil la coordinación” [persona entrevistada]

“la coordinación a nivel municipal presentó dificultades desde el inicio, ya que es un ayuntamiento muy disperso con muchas áreas, muchos servicios, mucha distancia, mucha segregación” [persona entrevistada]

“es que es imposible, porque no hablamos el mismo idioma” [persona participante en grupo de discusión]

“lo del tema de los terrenos, esto es mío, esto son míos... o sea, ese sentido de la propiedad, y con las personas ...este es mi chaval” [persona participante en grupo de discusión]

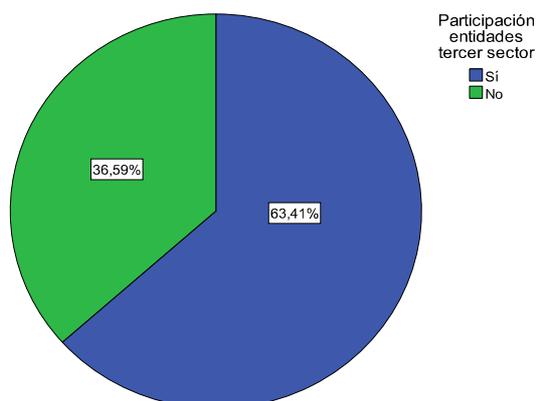
Desde las entrevistas realizadas, se percibe que en ocasiones la participación de varias áreas municipales no cumple con el objetivo de transversalizar el plan, si no de “llenar vacíos”.

“se desarrolla lo comunitario pero desde prevención se abarca tanto que no es prevención es llenar vacios tanto de cultura como de juventud” [persona entrevistada]

En cuanto a la implicación de entidades del tercer sector en el desarrollo del plan o actividades del mismo, éstas están presentes en un 63,4% de los casos. La información cualitativa también indica que se trata de la participación más numerosa, seguida de otras empresas de prestación de servicios y de profesionales autónomos/as.

“es fundamental la participación de las asociaciones en los planes municipales” [persona participante en grupo de discusión]

GRÁFICO 20: PARTICIPACIÓN DE ENTIDADES DEL TERCER SECTOR EN EL PMD



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line]

Las acciones desarrolladas por las entidades del tercer sector se concentran en actividades de prevención en un 29%, en actividades de ocio y tiempo libre en un 11,5%, seguidas por actividades de intervención y actividades de participación y coordinación.

“teníamos una empresa que hacía sobre todo apoyo escolar” [persona entrevistada]

“los talleres nosotros los tenemos adjudicados, porque tenemos un convenio con una empresa externa y esa empresa, ellos tienen unos profesionales, psicólogos, pedagogos, educadores, que son talleristas y que hacen este tipo de talleres, que son los que directamente van a las escuelas e institutos a dar los talleres” [persona entrevistada]

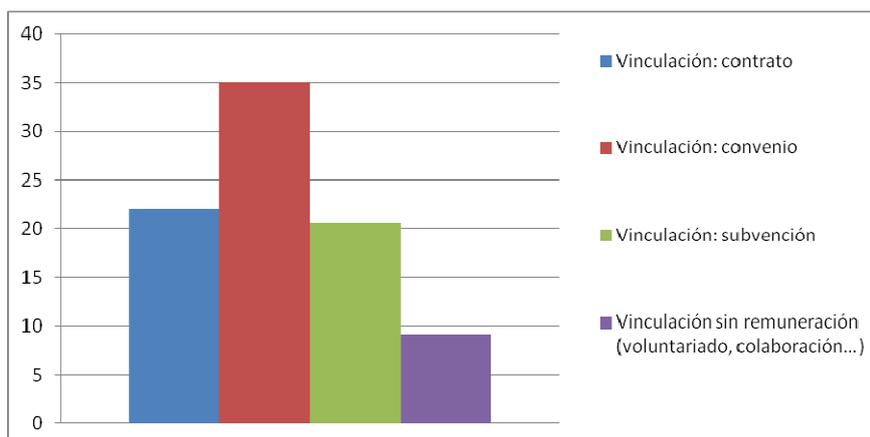
TABLA 20: ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR TERCER SECTOR

	Frecuencia	%
Actividad: ocio y tiempo libre	15	11,5
Actividad: reducción del daño	4	3,1
Actividad: formación	10	7,6
Actividad: prevención	38	29,0
Actividad: intervención	20	15,3
Actividad: intervención comunitaria	4	3,1
Actividad: integración	10	7,6
Actividad: cesión instalaciones	2	1,5
Actividad: profesionales	4	3,1
Actividad: información	11	8,4
Actividad: participación coordinación	20	15,3
Actividad: investigación	6	4,6
Actividad: acciones puntuales	9	6,9
Actividad: actividades generales	17	13,0

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

El tipo de vinculación mayoritario del tercer sector con el plan municipal es a través de convenios, en un 35%, y contratos, en un 22%.

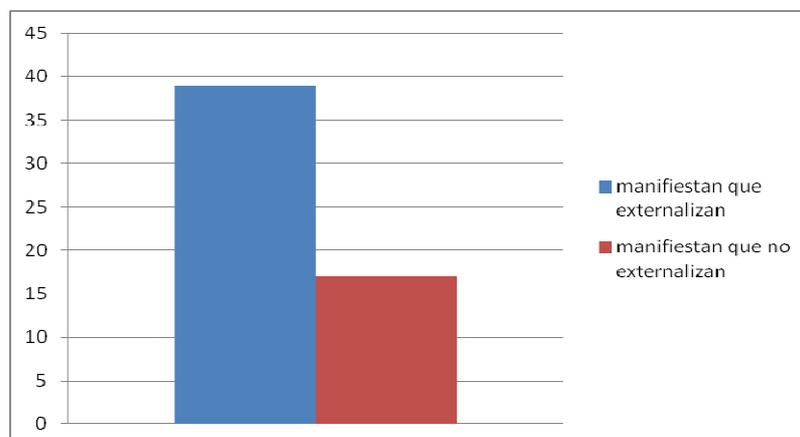
GRÁFICO 21: MODALIDAD DE VINCULACIÓN DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR CON EL PMD



[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line]

Según la información cualitativa, de los municipios consultados un 69,6% externaliza servicios o actividades del plan de drogodependencias.

GRÁFICO 22: EXTERNALIZACIÓN DE SERVICIOS DEL PMD



[Fuente: elaboración propia a partir de datos cualitativos]

En ocasiones, la subcontratación parte desde la elaboración del propio plan.

“nosotros ha sido el primer plan que hemos hecho... bueno, subcontratamos a una empresa, y la empresa nos hizo el plan” [persona participante en grupo de discusión]

Hay que indicar que según indica la información cualitativa, en un 7,1 % se mantiene otro tipo de colaboraciones más informales (intercambio de servicios, etc) con otras entidades, en cuanto a la gestión o desarrollo de las actividades del plan.

“entonces ese tipo de fórmulas de colaboración para nosotros eran muy prácticas, nosotros no le dábamos dinero al colectivo, dinero o recursos al colectivo, le dábamos directamente ya a la persona, pero a través de ese colectivo que nos garantizaba unos mínimos” [persona entrevistada]

“pero sin ningún tipo de contrato; o sea, en plan de colaboración especial” [persona entrevistada]

“el hecho de no contar con presupuestos específicos también implica contar con entidades que trabajen de manera desinteresada”. [persona entrevistada]

Además, las actividades que se subvencionan son mayoritariamente las de prevención en ámbito escolar (entre las que se sitúan las realizadas en las escuelas de padres y madres), y comunitario (entre las que se incluyen campañas de verano y acciones de ocio nocturno alternativo). En menor medida se externaliza la difusión y publicidad del plan y elaboración de materiales de prevención.

Por otra parte, también se subcontrata la asistencia casi en la mitad de los casos (45,4%), en los pocos municipios en los que, según se desprende de la información cualitativa, esta se realiza desde el plan de drogodependencias.

Según la información cualitativa, son pocos los planes municipales que subcontratan para el desarrollo completo de éstos (un 5,3% de todos los planes consultados).

Finalmente, según los datos cualitativos, también son pocos los planes municipales que cuentan con voluntariado para su desempeño (7,1%).

Según la información cualitativa, las causas señaladas para contar con la participación de otras entidades, mayoritariamente de entidades del tercer sector, son:

1. no tener perfiles específicos en el personal fijo.
2. los horarios que suponen algunas de las actividades.
3. recibir subvención para estas contrataciones.

Mientras que los motivos para no contar con estas entidades se centran en:

1. el económico.
2. tener organizada una red de trabajo en la que las tareas se desempeñan entre todas las personas o entidades contratadas.

“no tenemos los recursos económicos que teníamos antes, con lo cual no vamos a poder contar con la asesoría de la empresa externa, y nos lo tendremos que cocinar nosotros solos” [persona entrevistada]

### VIII. DIFICULTADES, NECESIDADES Y RETOS FUTUROS.

Según los datos cuantitativos, la tipología de dificultades encontradas en el desarrollo del plan se articula principalmente en torno a la financiación, presentes en el 41% de los municipios, seguida por dificultades de coordinación política, bien sea a nivel interno, entre concejalía o externo con el nivel autonómico.

TABLA 21: DIFICULTADES PRINCIPALES EN DESARROLLO

	Frecuencia	%
Dificultad: participación población	26	19,8
Dificultad: colaboración entidades	20	15,3
Dificultad: coordinación política	40	30,5
Dificultad: financiación	54	41,2
Dificultad: continuidad acciones	13	9,9
Dificultad: adaptación perfiles	6	4,6
Dificultad: personal	27	20,6
Dificultad: falta programas/acciones/evaluaciones	15	11,5
Dificultad: percepción pública consumo sustancias	8	6,1
Dificultad: coordinación autonómica	3	2,3

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Según el análisis cualitativo, profundizamos en estas dificultades que las personas entrevistadas han manifestado en cuanto a la implantación de los planes municipales de drogodependencias, o las acciones en esta materia, que se desarrollan en sus respectivos municipios.

Según la temática o el contenido, las vamos a clasificar en dificultades institucionales, de coordinación, de desarrollo y económicas.

### VIII.1 DIFICULTADES INSTITUCIONALES:

- Poca consideración/valoración del área de drogodependencias y/o del área de servicios sociales, de la que suele depender.

“al final lo que pasa es que somos la niña fea de la clase... y Servicios Sociales, cuando hay que recortar se empieza por ahí” [persona participante en grupo de discusión]

“no es lo mismo estar en el área de alcaldía que de acción social, la posición no es la misma” [persona participante en grupo de discusión]

- Cambios de gobierno que detienen o modifican los planes de drogas vigentes.

“el programa ha tenido muchas vertientes de trabajo abiertas, dependiendo de las consignas de la encargada política que ha llevado la delegación a la que hemos pertenecido” [persona entrevistada]

“de repente, pues políticamente, pues gana uno y entonces pues quiere poner a sus concejales, lógicamente, y todo eso supone cambios” [persona entrevistada]

- Coordinación e interlocución compleja con administraciones, que en algunos casos son las financiadoras del plan.

“hoy en día prácticamente no existe ninguna interlocución con la Administración Autonómico” [persona entrevistada]

“no tienes demasiada posibilidad de participación, de interactuar, es como una coordinación pero no hay reciprocidad, entonces en ese sentido, y es que no hay interlocutores tampoco, entonces, no existen interlocutores” [persona entrevistada]

- Ausencia de legislación en cuanto a prevención de drogodependencias.

- Ausencia de información en cuanto a competencias (*¿De qué departamento/área depende el plan de drogas de un municipio?*). Actualmente se vive con inseguridad y desconcierto la Ley de Bases de Competencias Municipales.

“la ley de Bases hay un artículo que antes nos dejaban capacidad a los ayuntamientos para poder valorar actuaciones de promoción y prevención de la salud, ahora no sé cómo va a quedar, eso sí que duele y puede ser una pérdida muy importante, porque queramos o no el municipio es la entidad que más cercana está al ciudadano”  
[persona entrevistada]

- Administración no sensible hacia la temática, y por lo tanto no implicada. Esto conlleva que no existen órdenes desde la Administración en cuanto a los planes municipales de drogas. La prevención se observa como algo que no produce resultados inmediatos; y que además es caro. Desde otro punto de vista, la prevención se utiliza como “plataforma publicitaria”.

“aquí el problema de fondo ha sido siempre institucional” [persona entrevistada]

“el antiguo equipo de gobierno no quería renovar el plan, no había voluntad política”  
[persona participante en grupo de discusión]

“sigue siendo un problema real, el que hoy no sea un problema visible responde al trabajo de estos últimos años y yo creo que es de una miopía política impresionante el quitar recursos de aquí, porque las consecuencias socioeconómicas del problema son enormes” [persona entrevistada]

“las políticas de prevención son eficaces en cuanto seas capaz de utilizar técnicas, métodos o programas que hayan demostrado su validez y los mantengas en el tiempo, ese es un trabajo a largo plazo” [persona entrevistada]

“está demostrado por estudios americanos y europeos, la inversión que se invierta en recursos humanos y económica siempre es menor que luego lo que hay que hacer para apoyar a personas que hayan caído en cualquier drogodependencia o adicción, eso sale mucho más barato, eso se lo creen muy pocos políticos, muy pocas personas políticas” [persona entrevistada]

“los programas de prevención no son propaganda, son cosas que cuestan mucho trabajo desarrollar y consolidar” [persona entrevistada]

“aquí querían que sacáramos carteles y sacáramos cosas de propaganda y gastáramos dinero en cosas útiles para sacarte una foto... plantear cualquier cosa un poco demasiado avanzada metodológicamente era verte delante de una pared, decir qué me estás contando” [persona entrevistada]

128

“si hubiéramos sido más plegables pues al entorno pues hubiéramos sacado miles de carteles, no hubiéramos evaluado nada en la vida y entonces seríamos florecientes. Como intentamos atenernos un poco a una metodología un poco más seria pues claro, pues ahora hemos desaparecido” [persona entrevistada]

“no se entendía, no se quiso entender, un buen día nos decían que ya la cuestión esa de hacer planes, eso ya estaba superado, que ya lo de planes no les gusta a nadie.

Dijimos, bueno, pues te establecemos un servicio en el sentido más..., cómo explicarte, más estable, menos dependiente de vaivenes como el servicio de cualquier otra cosa diferente. Dijeron que sí, intentamos montar el servicio, luego nos dijeron que no, que planes mejor y así estuvieron mareando la perdiz hasta que poco a poco en esa dinámica lo que hicimos fue ir perdiendo cosas que hacer y cuando nos quisimos dar cuenta pues nos habían quitado..., ya no teníamos actividades, “es que ya cosa de colegios lo hace Juventud, ya entonces para qué vais a hacer esto”.  
[persona entrevistada]

## VIII.2 DIFICULTADES DE COORDINACIÓN:

- Dificultad del trabajo coordinado a varios niveles:
  - Municipal: de todas las áreas municipales que debieran participar en el desarrollo del plan de drogodependencias. No existen protocolos de coordinación ni estructuras formalizadas de trabajo en red.
  - Cuando son planes mancomunados.
  - Autonómico; lo expuesto en el apartado de dificultades institucionales, lo que implica que no existen sistemas de coordinación entre el nivel autonómico y municipal.

“es verdad que primero no hay unas órdenes claras, concisas y que digas, sí, sí, vamos por aquí sino que un poco te dejan hacer, también argumentas el por qué hacemos las cosas, tampoco las hacemos así porque sí. Y, bueno, y que nos dejan hacer, pero sí que estaría bien..., es muy difícil formalizar determinadas cosas...”

[persona entrevistada]

129

“no he tenido nunca un concejal ni en Salud ni en Juventud que diga: “no, hay que formalizar un plan de drogas y vamos a trabajar este tema”. No, o sea hemos trabajado porque nosotros hemos querido” [persona entrevistada]

“a pesar de nuestro esfuerzo el plan no es esa estructura de ámbito local que forma parte de esa estructura autonómica y nacional, o incluso internacional” [persona entrevistada]

“nosotros somos doscientos y pico mil habitantes, pues si la coordinación interna entre distintas delegaciones es a veces complicada, y eso no ayuda, pues a que nazca un plan y que se puedan hacer cosas en conjunto” [persona entrevistada]

“debería existir algo que ayudara a esa coordinación, primero, que rulara bien la información, que a veces te enteras por periódicos, o te tienes tú que buscar las papas, hablando claramente, y hay cosas básicas que tienen que rular” [persona entrevistada]

“el problema más gordo es que no podemos llegar a poner en marcha una mesa de trabajo” [persona entrevistada]

“a nivel inter concejalías es mucho más complicada ¿eh?” [persona entrevistada]

“pues muchas veces a lo mejor el concejal no está tan al día del aspecto concreto que tú le estás preguntando, tiene que otras labores que hacer en su concejalía y a lo mejor esto no le parece tan importante, no sé, lo que nos puede pasar a lo mejor a todos ¿no?” [persona entrevistada]

“hubo muchos problemas de coordinación, no logramos poner en marcha un grupo de trabajo de coordinación, entonces pues eso” [persona entrevistada]

“habría que mejorar un poco las vías de canalización con las administraciones”  
[persona entrevistada]

### VIII.3 DIFICULTADES DE DESARROLLO:

130

- La poca implicación de los agentes sociales

“el hecho de que tú puedas trabajar depende de que ellos te dejen trabajar y eso es también desde mi punto de vista es un hándicap y es un inconveniente y a veces también te frustra en el sentido de decir es que no me estáis dejando trabajar”  
[persona participante en grupo de discusión]

- Rechazo comunitario a la implantación de ciertos recursos/ servicios.

“los grandes problemas que ha tenido el plan de drogas para implementarse han sido problemas de vecindaje” [persona entrevistada]

“nos centramos más en menores en riesgo porque la parte comunitaria no funciona, la población no se implica” [persona participante en grupo de discusión]

- Disminución de las drogas como peligro y aceptación de ciertas drogas “legales”.

“cuando nosotros empezamos a trabajar en drogas las drogas estaban como el tercer problema más importante a nivel nacional, ahora mismo estamos creo que el trece o el catorce con lo cual la percepción del problema se ha bajado bastante” [persona entrevistada]

“es verdad que la imagen social, y sobre todo con el tema de las drogas legales, alcohol sobre todo, y cannabis aunque no sea legal ¿no?” [persona entrevistada]

- Contradicción de mensajes sociales.

“cómo es posible que una administración deje poner en un cartón de tabaco, el tabaco mata, el tabaco no sé qué, pero hay otros intereses que hacen que se venda, ¿eso cómo se come?” [persona entrevistada]

“cómo puede ser que la imagen de un deportista venga mezclada con estas cosas, son modelos que siguen los chicos...” [persona entrevistada]

131

“por un lado están diciendo que hay que prevenir, pero por otro no pasa nada, aquí no hay ningún problema” [persona participante en grupo de discusión]

- Dificultad de trabajo en los centros escolares; rechazo a actividades de prevención de drogodependencias y saturación del profesorado.

“normalmente si se lo ofertas a alguien, pues a veces sí que te ves obligada a dar más explicaciones, o cambiar el nombre, a lo mejor dices “programa extraescolar para niños de prevención en consumo de drogas” ¿no? Y claro, a lo mejor pones “drogas” y quizás eso también pueda ser una dificultad, porque ellos piensan, y como mucha gente piensa, que bueno, que sus niños son todavía muy pequeños para el tema de drogas” [persona entrevistada]

- Dificultad de implicación de las familias.

“van saliendo los grupos con los padres, pero se observa que, bueno, que podrían salir muchísimos grupos, y realmente pues bueno, no salen tantos como quisiéramos, hay una escasa participación” [persona entrevistada]

“el ámbito familiar ya hace muchos años que no existe, y nosotros lo trabajamos dentro del escolar” [persona participante en grupo de discusión]

- Dificultad de la implicación de los jóvenes en las actividades de ocio alternativo.
- Dificultad de implicación del empresariado del ocio nocturno.

“la participación de los hosteleros, de las comisiones falleras y de las comisiones taurinas...porque en fiestas no te quieren ni ver” [persona participante en grupo de discusión]

“hay muy poco control con la venta de bebidas alcohólicas, sabemos todos perfectamente donde venden, porque se venden a menores. Me lo han dicho los niños en el colegio, la policía lo sabe” [persona participante en grupo de discusión]

- Existen “demasiadas” actividades a nivel municipal destinadas a la población, con lo cual se encuentra “saturada” de propuestas.
- Se implican siempre las mismas personas convencidas. (*“Siempre somos las mismas personas las que vamos a lo mismo”*)

132

“los representantes de todos los recursos son los mismos que están en otros ámbitos” [persona entrevistada]

- El trabajo diario deja poco tiempo para completar memorias de justificación.

“que no hubiera que estar continuamente justificando, bueno, justificando yo entiendo que hay que justificar el trabajo, memorias, dar cuentas del dinero público qué es lo que se hace, indudablemente, pero que hubiera una partida directa que se destinara a los ayuntamientos para evitar eso, un voto de confianza, aunque haya que pedir a cambio esas memorias, y una agilidad en el trabajo, porque como en tantos otros trabajos, perdemos mucho tiempo en rellenar muchos papeles, que nos quitan trabajo directo de estar trabajando con los distintos agentes sociales, que es lo que hace falta, que lo otro hace falta, pero en su justa medida, no exagerado” [persona entrevistada]

“todos sabemos que la Administración es una máquina lenta, es un gran sistema burocrático” [persona participante en grupo de discusión]

En ocasiones, existen programas informáticos a través de los que se realiza el seguimiento por parte de la administración local o autonómica, y parece generar distorsiones.

“es horroroso, hay que meter mucha información, paraliza mucho... se caduca la página...” [persona participante en grupo de discusión]

- El trabajo diario complica cumplir con los objetivos escritos del plan.
- Planes demasiado ambiciosos.
- Medios de comunicación:

- siguen promoviendo un tratamiento equivocado de las drogodependencias.
- no facilitan el conocimiento de la existencia de un plan de drogodependencias.
- No existen herramientas de seguimiento y evaluación de las actividades y los planes.
- No es fácil el uso de recursos.

“con los filtros que ponen en las webs a veces no puedes acceder ni a documentación”  
[persona participante en grupo de discusión]

#### VIII.4 DIFICULTADES ECONÓMICAS:

- Los recortes están afectando de lleno a los planes municipales.

“no hay apoyo presupuestario” [persona participante en grupo de discusión]

“se fueron poniendo los recursos, sí que es verdad que basados también en unas posibilidades económicas que de forma brusca se han interrumpido” [persona entrevistada]

“se ha pasado de una financiación de 21.000€ a una de 4.000€” [persona entrevistada]

“tenemos una buena cartera de programas de prevención, de hecho los tengo ahí archivados a espera de mejores tiempos” [persona entrevistada]

“las dificultades nos las estamos empezando a encontrar ahora, cuando está habiendo problemas económicos y entonces se empiezan a priorizar gastos” [persona entrevistada]

“el material, es que se ha reducido todo...los materiales para la campaña contra el tabaco... antes mandaban y podías hacer campañas bonitas en la calle pero es que ahora desde la Consejería no mandan nada, ningún tipo de material” [persona participante en grupo de discusión]

En algunos casos se indica que la situación de crisis económica ha servido para lograr una organización “más racional” de los recursos disponibles.

“si tiene voluntad y eres capaz de inculcar al otro que eso es importante y tal, puedes llegar a hacer cosas muy válidas con relativamente poco dinero” [persona entrevistada]

134

“los recursos se han ido por la borda, no tenemos recursos y entonces ahora estamos intentando canalizar y priorizar y optimizar todo lo que hay en el ayuntamiento” [persona entrevistada]

“a lo mejor es verdad que lo que hay que hacer es optimizar recursos, pero no se puede pasar del todo al nada” [persona entrevistada]

“que la crisis lo que nos ha hecho, nos ha enseñado es a utilizar y optimizar los recursos que tienes y a no duplicar recursos, que era una de las cosas que también, pues nos ha, estábamos acostumbrados a tener de todo y lo que deberíamos haber hecho es optimizar otros recursos que también se utilizan” [persona entrevistada]

- En muchos casos no existen partidas concretas para la implementación de los planes.
- Las dificultades económicas afectan directamente a los recursos humanos; los equipos directamente implicados con el desarrollo del plan están formados por pocas personas.

“y eso para mí es la dificultad más grave, la de no tener, ya te digo, tiempo o personal suficiente para poder dedicarte tanto como quisieras” [persona entrevistada]

“el no tener garantizados los fondos suponía que el compañero o la compañera salía cuando acaban los fondos y volvía a entrar si es que volvían los fondos. Claro, así uno no puede montar prevención en la vida” [persona entrevistada]

“antes teníamos una enfermera y una psicóloga, ahora pues no tenemos nada más que una enfermera de plantilla, antes era contratado, ahora no” [persona entrevistada]

No obstante, hay que indicar que en el análisis cualitativo también se percibe que las dificultades económicas siempre se han sucedido, por lo que siempre se ha funcionado desde el intento del menor gasto posible.

“nosotros siempre hemos sido un programa muy barato... quiero decir, cuando no hay dinero agudizas el ingenio, y siempre hemos funcionado así, así que ahora los recortes pues sí, pero.... Nosotros siempre hemos estado en recortes” [persona entrevistada]

135

“éramos un programa muy, muy barato, yo no sé también jugó en nuestra contra porque también en la Administración gastar es prestigio y nosotros intentábamos no gastar” [persona entrevistada]

La resolución de estas dificultades no ha encontrado vía en un 22% de las situaciones. En un 26% de los casos las dificultades se han solucionado con el aumento de implicación de otras áreas o entidades. Esta categoría implica tanto la implicación de las mismas para solucionar los problemas de coordinación como la implicación de las mismas a la hora de desarrollar actividades, si estas son entidades comunitarias o del tercer sector.

TABLA 22: RESOLUCIÓN DE DIFICULTADES

	Frecuencia	%
Persistencia problema	29	22,1
Solución: reformulación acción	24	18,3
Solución: constancia	12	9,2
Solución: reordenación recursos/apoyo otras áreas	23	17,6
Solución: personal (refuerzo/aumento carga laboral)	14	10,7
Solución: diversificación financiación	13	9,9
Solución: aumento implicación otras áreas/entidades	34	26,0
Solución: reducción actuaciones.	6	4,6

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Indica la información cuantitativa que en lo referente a las mejoras introducidas a lo largo del desarrollo del Plan o las actuaciones, éstas han sido enfocadas mayoritariamente a la adaptación a las demandas y características de la población, (en un 40%), y a la mejora de la coordinación, (en un 27,5%).

TABLA 23: MEJORAS INTRODUCIDAS

	Frecuencia	%
Mejora: implicación comunidad educativa	4	3,1
Mejora: implicación ciudadanía	17	13,0
Mejora: implicación política	4	3,1
Mejora: participación población diana	5	3,8
Mejora: coordinación	36	27,5
Mejora: continuidad de acciones	16	12,2
Mejora: estructura coordinación estable del Plan	15	11,5
Mejora: adaptación a la población	47	35,9
Mejora: incorporación calidad /evaluación/observatorios	21	16,0
Mejora: trabajo en red	3	2,3
Mejora: eficiencia	2	1,5

[Fuente: Elaboración propia. Cuestionario on-line.]

Según el análisis cualitativo, además, en concreto estas mejoras hacen referencia a:

1. Nuevas estructuras de colaboración (por ejemplo, con Salud Mental)
2. Traversalización e implicación de más áreas/ personas en el diseño y desarrollo del plan.
3. Introducción de nuevas patologías relacionadas con TICS
4. Incluir más poblaciones en la intervención
5. Ampliar oferta de actividades /servicios (especialmente en prevención en escuelas, jóvenes, adolescentes e infancia)
6. Amplitud de herramientas de trabajo.

“el que yo tenga herramientas para trabajar en forma de programas, materiales, no sé, llamémoslo como queramos, a mí me ha ayudado mucho” [persona entrevistada]

7. Valoración del factor ambiental en el trabajo de prevención de adicciones.

Entre los retos de futuro que indican las personas entrevistadas, destacan:

- Identificar la prevención a un nivel más general, de promoción de salud, lo que supone una transversalización y generar programas más estandarizados, además de normalizar la atención en recursos de salud general.

- Mantener el plan tal como está, teniendo en cuenta la situación económica actual. Ello supone, esencialmente, continuidad, atender prioridades y por lo tanto actuar a demanda e identificando necesidades, en concreto con respecto a la población en riesgo.
- En algunos casos se indica que la intención es ampliar el aspecto preventivo y consolidarlo.
- Establecer o mejorar las sinergias y coordinaciones entre administraciones públicas.
- Conseguir implicación política en prevención.
- Procurar la implicación del ámbito comunitario y agentes sociales determinantes (universidad, etc).
- Especialización del personal.
- Rentabilizar proyectos, extraer su valor añadido.
- Intentar ser capaces de generar análisis y diagnósticos para actuar en consecuencia.
- Trabajar con los medios de comunicación en cuanto al mensaje sobre drogodependencias.
- Apoyo a entidades sociales.
- Generar Buenas Prácticas, que ayuden a la visibilización de las actividades que se realizan dentro de los planes municipales de drogas.
- Ampliar temáticas
  - Salud mental, patología dual.
  - Ocio nocturno
  - Ocio “sol y playa”
  - Ámbito laboral
  - Prevención escolar
  - Alternativas a la sanción
  - Participación de agentes de salud
- Implicar/llegar a más poblaciones:
  - Adolescentes
  - Mujeres
  - Familias
  - Entidades sociales (desde la voluntariedad)
  - Comercios de venta de alcohol a menores (campañas)
- Actuar especialmente en cuanto a determinadas sustancias:
  - Alcohol

- Tranquilizantes y ansiolíticos
- Nuevas tecnologías (Adicciones sin sustancia)
- Diversificar en financiación (conseguir patrocinadores, etc)

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo pretende relacionar la información recogida a lo largo del estudio con algunos de los retos e interrogantes del sector con la intención de concentrar los puntos de interés y facilitar la toma de decisiones.

139

Está redactado en forma de conclusiones y recomendaciones para hacer más fácil su aplicación a las políticas sobre drogas de los municipios, las Comunidades Autónomas, el Plan Nacional sobre Drogas y la Federación Española de Municipios y Provincias.

La información se ha organizado en torno a los siguientes temas: áreas de intervención, fases, formación, financiación, coordinación municipal y con otras administraciones, la redefinición y el reforzamiento del apoyo institucional.

El área de intervención dedicada a prevención es el apartado que ha exigido mayor desarrollo por dos motivos: es el área al que tradicionalmente se le ha dedicado mayor atención desde los PMD y tiene algunos problemas de enfoque que conviene corregir y que podrían modificar las políticas de prevención tal y como se vienen aplicando.

### I. EN RELACIÓN CON LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN

#### I.1 PREVENCIÓN

Los diagnósticos locales no deberían limitarse a la adaptación de los estudios sobre consumo de nivel nacional o autonómico a la situación local, aunque puedan ser un buen punto de partida. Tampoco se trata, como veremos más adelante, de comenzar por realizar una encuesta local sobre consumo de drogas. En relación con la prevención, los diagnósticos deben intentar describir la situación de la localidad discriminando las necesidades de las poblaciones que serían objeto de cada uno de los niveles de intervención (universal, selectiva, indicada, detección e intervención precoz) así como de cada uno de los ámbitos de intervención: Seguridad, servicios

sociales, salud, educación, ocupación del tiempo libre, formación profesional/ocupacional, laboral, medios de comunicación, etc. Hay que conocer las necesidades y los recursos en cada uno de los niveles y de los ámbitos.

La mayor parte de la inversión de los PMD que no tienen delegadas las competencias en asistencia se concentra en la prevención universal en la escuela. A esta circunstancia han contribuido muchos factores, entre los cuales hay que destacar la ausencia de diagnósticos locales sobre aspectos concretos que fijen las prioridades del PMD, y el hecho de que la prevención universal no parece necesitar un diagnóstico previo. Al tratarse de medidas de promoción de salud generales lo importante es la validez de los programas y la capacidad de generalizar su aplicación.

No es que se hayan definido mal los conceptos de prevención universal y selectiva, específica e inespecífica, de prevención indicada, de detección precoz e intervención precoz (que también se podrían mejorar, particularmente las últimas), es que parece que no se han asumido y sobre todo no se ha determinado qué le corresponde hacer a cada uno de los actores institucionales implicados (salud, servicios sociales, educación) y cuáles son las obligaciones y prioridades de intervención de cada uno de ellos. Todo lo cual ha tenido como consecuencia que el sector drogas se ocupe de niveles y ámbitos que serían responsabilidad de otros, descuidando algunos que podrían ser responsabilidad suya.

El hecho de que los planes municipales de drogas destinen la mayor parte de sus recursos a la prevención escolar universal plantea múltiples problemas e incógnitas: ¿Debe ser la prevención universal escolar la prioridad de los planes municipales? Y en el caso de que se apueste por ella ¿se puede garantizar la prevención universal en el medio educativo desde el sector de las drogodependencias en un municipio? ¿no se trataría más bien de un objetivo del sector salud en colaboración con el de educación a través de la educación para la salud? ¿Se puede garantizar la prevención universal sin que esté incluida en el currículo normal y en los planes educativos ordinarios? ¿No es esa una competencia del Ministerio y de las Consejerías de Educación?

Bien, ¿qué ocurre si se intenta aplicar una prevención universal escolar sin contar con los medios adecuados? Por lo general, al no tratarse de un contenido obligatorio, su aplicación queda supeditada a la voluntad de los actores educativos y orientadores de algunos centros y al esfuerzo de los técnicos de prevención (siempre escasos), con el

resultado de una aplicación parcial o fragmentada. Una parcialidad y una fragmentación que acaban desvirtuando el concepto mismo de prevención universal, ya que al no poder llegar al “universo de la población” a la que se dirige, acaba empleando criterios “selectivos”. La mayor o menor disponibilidad de los profesionales de algunos centros así como la de los técnicos municipales se convierten en los verdaderos filtros de la selección. O sea, se trata de una prevención universal que no puede ser universal porque emplea filtros selectivos que ni siquiera son elegidos deliberadamente sino impuestos por las circunstancias.

Otra cosa sería que drogodependencias se incluyera dentro de salud y los PMD dentro de los Planes de Salud como de hecho está ocurriendo en algunos municipios. En ese caso la prevención de drogas en el medio escolar se incluiría dentro de programas más amplios de educación y promoción de la salud correspondiéndole al sector drogas aquellos aspectos más específicamente relacionados con las adicciones y las drogodependencias.

La falta de diagnósticos precisos (junto a la confusión sobre las competencias) también influye en que no se aprecie un criterio de prioridad en cuanto a la aplicación de programas de prevención selectiva específica o inespecífica desde el sector de drogas municipal. No se trata de poner la importancia de una delante de la otra sino de determinar cuál es la prioritaria para un sector que dispone de unos recursos limitados. A veces se observa más preocupación por el aval técnico de los programas (lo último es que estén “basados en la evidencia”), que por el papel de esos programas entre las prioridades del municipio, como si el hecho de estar homologado le concediese a un programa validez universal.

Con respecto a la prevención indicada, la detección y la atención precoz se puede afirmar que comparativamente están bastante menos extendidas. Es más, con frecuencia se atienden demandas potenciales de prevención indicada con ofertas de prevención de otro tipo. Por ejemplo, es frecuente que detrás de una demanda realizada por un docente o un orientador escolar de una intervención tipo “charla”, se esconda la preocupación por algún alumno o grupos de alumnos concretos de los que se sospecha que tienen problemas con las drogas o el alcohol, pero en vez de pararse a analizar el problema, discriminando si se tratan de casos que requieren atención precoz o prevención indicada individualizada, se acepta la petición de la charla colectiva. *Cuando sólo se dispone de una herramienta, un martillo por ejemplo, todos*

se *vuelven clavos*. Es posible que la actividad tranquilice a los actores involucrados (profesionales educativos y de prevención de drogodependencias), pero hay que reconocer que nada tiene que ver con el problema que motiva la demanda que puede quedar sin atender.

También puede darse el caso de que un municipio invierta importantes recursos en prevención, pero no disponga de una respuesta adecuada para grupos de menores y jóvenes que realizan un consumo problemático de drogas fuera del sistema escolar sin que sean adictos. Jóvenes y menores desocupados que con frecuencia se concentran en determinados espacios urbanos sobre los que cabe preguntarse a quién le corresponde intervenir.

También convendría repasar y actualizar algunos de los sectores o ámbitos desde los que se puede intervenir preventivamente además del escolar: medios de comunicación locales, juventud, cultura, formación profesional/ocupacional, servicios sociales, sin olvidar la calle, el ámbito laboral o del ocio y tiempo libre (Ramírez de Arellano, A. 2002, 2012). Éste último se ha desarrollado algo más en los últimos años por la necesidad de hacer frente al fenómeno del “botellón” y estimulado por la convocatoria de ayudas a los municipios con cargo a la Ley del Fondo de Bienes Decomisados.

Habría que estudiar la forma de incluir activamente a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado en los PMD, no sólo en su papel tradicional de represión del narcotráfico, sino también por su labor de disminución de la oferta a nivel local a través de la disuasión del pequeño tráfico y el “menudeo”, así como por su colaboración en labores de reducción de la demanda como agentes preventivos.

La profesionalidad y la implicación de la Policía Municipal se ha convertido en un importante recurso para el abordaje local de las drogodependencias, así como los planes específicos de la de la Guardia Civil, como el Plan Director de Convivencia Escolar. Probablemente el sector profesional relacionado con la seguridad sea el que más ha evolucionado durante las últimas décadas en relación con la prevención del consumo de drogas en el ámbito local.

Resumiendo, la prevención se encuentra en un momento en el que hay que combinar el rigor técnico de los programas con directrices estratégicas claras sobre actores, prioridades, sectores y ámbitos.

### Recomendaciones

Realizar diagnósticos locales que ayuden a priorizar los niveles (incluyendo los conceptos de detección precoz y atención precoz) y los ámbitos de intervención en prevención prioritarios en el municipio.

143

Intervenir con los jóvenes que empiezan a tener problemas con o derivados del consumo de drogas y alcohol aunque no sean adictos y no formulen una demanda expresa de atención. Esto significa adentrarse en el terreno de la prevención indicada, la detección precoz y la atención precoz, lo que a su vez puede tener una influencia muy importante sobre el conjunto del sistema de atención a las drogodependencias. Poner en marcha programas de estas características en colaboración con el sistema asistencial redundaría en beneficio de los propios centros de tratamiento ayudándoles a adaptarse a las nuevas necesidades, a los nuevos perfiles de consumidores, a las nuevas demandas tal y como se van produciendo en la realidad.

Desarrollar una estrategia que involucre a las familias y a los profesionales que están en contacto con la población diana, prestando particular atención a los orientadores y tutores de los cursos en el medio escolar, pero también a otros profesionales mediadores como los de atención primaria de salud y servicios sociales, juventud, deportes, etc. Para que la detección precoz sea eficaz, no se puede adoptar una actitud de espera como ocurre en asistencia, hay que desplegar una estrategia de intervención proactiva, ya que la mayoría de los jóvenes y adolescentes que realizan consumos problemáticos no tienen consciencia del riesgo. Tampoco la tienen los adultos que incrementan el consumo de sustancias legales o ilegales en sus primeras fases.

Desarrollar protocolos específicos de actuación en el medio escolar, en servicios sociales (incluido menores y medio abierto), en el medio sanitario (incluidas las urgencias de hospitales donde acuden menores y jóvenes intoxicados por sustancias legales e ilegales), en juventud, en recursos de formación para el empleo como las escuelas taller, cuyos criterios de selección de los candidatos ya incluyen determinados riesgos, y en muchos otros medios. Hay toda una variedad de situaciones en las que existen demandas potenciales que deberían ser atendidas

sistemáticamente desde el punto de vista de la prevención selectiva o indicada: hijos consumidores de familias atendidas por drogodependencias; grupos de jóvenes y menores desocupados consumidores habituales de alcohol y cannabis; chicos con consumos problemáticos acogidos en centros de menores; jóvenes sancionados administrativamente por consumo de drogas ilegales en la vía pública, menores sobre los que interviene la policía por consumo de alcohol en la vía pública; urgencias por intoxicación de menores, generalmente por alcohol o cannabis; padres preocupados por los consumos de sus hijos que solicitan información en atención primaria de salud o de servicios sociales, etc.

Se recomienda priorizar la intervención por niveles recordando que la competencia y la capacidad de realizar una auténtica prevención universal inespecífica o promoción de la salud las tienen los departamentos de salud y educación de las CCAA, mientras que “drogas” podría ordenar sus prioridades de la siguiente manera:

- a) En colaboración con el área asistencial habría que intentar garantizar la prevención indicada, la detección, la atención precoz y la adecuada derivación de los casos que lo precisen a los centros de tratamiento. Estos últimos deberían adoptar medidas para atender este perfil de usuario, teniendo en cuenta que muchos son menores o jóvenes no adictos. Ninguna demanda o preocupación por alumnos concretos por parte de los profesionales de los centros o sus padres debería quedar sin respuesta. Igual criterio habría que aplicar para los casos que se producen fuera del sistema escolar mencionados anteriormente.
- b) El “sector drogas” también debe intervenir directamente en la prevención selectiva específica cuando se pueden asegurar las condiciones para implementar una actuación eficaz, es decir cuando se cuenta con la colaboración del sistema en el que se produce la intervención (escolar, servicios sociales, asociacionismo, etc.)
- c) Para la prevención selectiva no específica lo adecuado sería adoptar una postura complementaria y colaboradora. Si las drogodependencias representan un riesgo más entre otros e incluso alguno de esos otros emerge con más fuerza (problemas de conducta, trastornos psicológicos, etc.), corresponderá a los sistemas involucrados (servicios sociales, salud mental, salud, etc.), al propio centro o a ambos tomar la iniciativa. Ahí la intervención de prevención se debería limitar a colaborar, no a llevar la iniciativa.

d) Los programas de prevención universal inespecífica caen completamente fuera del sector drogas, aunque siempre se pueden hacer recomendaciones para reforzar determinados aspectos que protegen genéricamente contra la adiciones. En lo que se refiere a la prevención universal específica el papel de los técnicos de prevención locales debería limitarse al asesoramiento y la formación del profesorado u otros profesionales de otros sistemas que lo requieran. La capacidad de intervención estará relacionada con la implicación del sistema involucrado y con el cumplimiento de otras prioridades del sector en el territorio. Otra cosa es que los planes de drogas y adicciones se incluyan en otros más amplios de salud y/o de bienestar social capaces de asumir integralmente la prevención universal dentro de la educación para la salud. Dicho de otra manera, se puede describir el orden de responsabilidad en forma de círculos concéntricos, en el que el círculo más pequeño y de mayor responsabilidad para el sector drogas coincide con la prevención indicada, la detección precoz y en su caso con la derivación al recursos especializados y la atención precoz en los mismos. El segundo círculo estaría compuesto por la prevención selectiva dividida en dos franjas; la de prevención selectiva específica e inespecífica. La específica sería la que estaría más próxima a la prevención indicada y sería sobre la que recaería la mayor responsabilidad del sector. Lo mismo ocurriría con la prevención universal, que sería la mayor de todas, rodearía a las demás y también se dividiría en específica e inespecífica. El orden creciente de responsabilidad, según nos acercamos al centro del círculo, es el que debería orientar las prioridades de intervención en prevención del sector drogas y no al revés como parece ocurrir en este momento.

Es muy importante tener claro el orden de prioridades descrito, en caso contrario podríamos volver a encontrarnos con planes cuya principal actividad se realiza en prevención universal sustituyendo a los profesores, algunas actividades de prevención selectiva y casi ninguna de detección precoz.

En lo que se refiere a los ámbitos de intervención conviene insistir en aquellos que menos se han desarrollado (medios de comunicación, salud, medio asociativo, medio abierto, laboral, etc.), así cómo perseverar en las líneas que más se han desarrollado como las de alternativas de ocio, y aprovechar todo el potencial que brindan determinados departamentos de salud que se ocupan de la educación y la promoción de la salud en el territorio.

Contar de forma más activa con las Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado tanto a través de planes específicos como el Plan Director de Convivencia Escolar como mediante la participación en los Consejos Locales de Seguridad.

En cuanto al sector referido a los padres y/o familias convendría aplicar los mismos criterios generales de prioridad de la intervención por niveles. Parece más sensato esforzarse en poder ofrecer información, asesoramiento y atención a todos aquellos padres y o familias que acumulan riesgos relacionados con el consumo de drogas de sus hijos, que en realizar prevención universal para padres motivados (con importantes factores de protección) y sin particulares factores de riesgo, lo que no quiere decir que no puedan ser atendidos desde salud o bienestar social.

Desarrollar estrategias específicas para llegar a jóvenes y a familias que acumulan riesgos. Es lo que en un párrafo anterior hemos denominado como protocolos de actuación con diversos sectores: servicios sociales, atención primaria de salud, seguridad, escuela, etc. Los protocolos deberían incluir pautas para la detección precoz, modalidades de intervención y de acompañamiento y derivación para los casos que así lo requieran

Es fundamental contar con un diagnóstico local actualizado que sirva de marco para fijar las prioridades locales. Se trataría de combinar el mapa de riesgos geográfico y por sectores con la diana de responsabilidad en la prevención que hemos dibujado.

## **I.2 INCORPORACIÓN SOCIAL**

Los diagnósticos locales de los PMD no siempre tienen en cuenta la situación de la incorporación/exclusión social y laboral de drogodependientes y adictos en la localidad, así como los recursos normalizados en materia de formación/profesional/ocupacional, de fomento de empleo y de desarrollo local de los que dispone el municipio. Tampoco sobre cuál es la percepción local sobre las drogodependencias (de sustancias legales e ilegales) y sobre las posibilidades de su recuperación a todos los niveles en la comunidad.

A veces incluso existen estudios, con sus correspondientes diagnósticos, relacionados con la ocupación y la formación de la población por sectores y ámbitos, con la

exclusión y con las posibilidades de empleo futuro, pero el sector drogas no logra integrarse en los mismos.

En muchas ocasiones se sigue operando bajo la lógica de que la incorporación social y laboral no es más que el complemento del tratamiento o la última fase de la rehabilitación y que puede (¿debe?) desarrollarse desde los mismos centros de tratamiento con un enfoque exclusivamente individual. Por individual nos referimos a renunciar a intentar influir sobre el medio, como si el problema de la exclusión perteneciera solo al individuo.

147

Otra conclusión es que sin asumir la dimensión social y comunitaria de la incorporación social es más fácil justificar la inhibición de los servicios sociales en la materia.

A pesar de lo recogido la Ley de Bases de Régimen Local y el Plan Concertado de Servicios Sociales en materia de integración social, del mandato expreso de la ENSD 2000/2008 y de la importancia que la literatura técnica concede a la Incorporación social y laboral en la elaboración de planes municipales, se echa en falta la asunción clara de competencias por parte de la administración local en lo que se refiere a la integración social de las drogodependencias. Todavía se aprecian dudas sobre la necesidad de intervenir localmente en ese ámbito, todavía se sigue relacionando la incorporación social con la última fase del programa de rehabilitación.

Muy relacionado con el anterior punto, no se asume el papel que los servicios sociales comunitarios o de base deben jugar en materia de integración social, lo que si se hiciera, quizá resolvería de una vez por todas que la incorporación social se considere una competencia netamente municipal y por tanto también de los PMD. Claro que en un momento histórico como el actual, en el que hasta los servicios sociales están en duda como competencia municipal, todo se complica un poco más.

Sigue siendo escasa la colaboración entre el área de integración social de drogodependencias con los planes de formación profesional, empleo y desarrollo local. Una colaboración que, por otra parte, debería estar mediada por los servicios sociales que se ocupan de la integración social en el municipio. En muchos casos organizar itinerarios específicos para drogodependientes en tratamiento o rehabilitados significa

sobre todo poner al servicio de los mismos el conjunto de recursos generales relacionados con la formación y el empleo que se ofrecen al conjunto de la población.

En relación con los itinerarios personalizados para drogodependientes y adictos sigue sin clarificarse la misión, los objetivos y la metodología de los llamados Centros de Día o de incorporación social y laboral para drogodependientes y adictos (Comas, 2013). Los Centros de Día o de Incorporación Sociolaboral pueden jugar un papel importante en el sector siempre que se delimiten claramente sus competencias y se planifique su distribución en el territorio, en definitiva, cuando se integren como un recurso más de la red de atención.

No se puede ignorar por más tiempo la necesidad de adoptar un enfoque más global, menos sectorial, en materia de incorporación e inclusión social y laboral. ¿Tiene sentido mantener recursos específicos de integración para colectivos específicos desde una perspectiva local que debe caracterizarse por la coordinación de los recursos en el territorio? No se trata de colectivos sino de personas con más o menos riesgos de exclusión, de derechos individuales y de políticas de integración (Ramírez de Arellano, 2012).

En ese sentido también cabe imaginar unos Centros de Incorporación Social y Laboral no centrados en colectivos específicos, sino en necesidades individuales, en grados de exclusión, en posibilidades de inclusión. En ese caso, de nuevo habría que pensar en una gestión dependiente de los servicios sociales en estrecha colaboración con los recursos de formación y fomento de empleo.

La integración social de drogodependencias vive relativamente de espaldas a las políticas y las metodologías de intervención en materia de inclusión que se proponen desde Europa y al papel que se le asigna a la administración local como catalizadora de todas ellas en el territorio. Destacan particularmente los llamados *Planes Locales de Inclusión* que ofrecen una alternativa integradora de las políticas de servicios sociales y de empleo en el territorio, proponiendo una metodología muy similar a la desarrollada en *“Actuar localmente en (drogo)dependencias. Pistas para la elaboración de estrategias, planes y programas”* para la elaboración de los PMD. Dicha metodología se recoge, entre otros documentos, en la *“Guía de recomendaciones y líneas de actuación en inclusión social”* realizada por la Fundación

Luís Vives cofinanciada por el *Programa Europeo de Lucha contra la Discriminación 2007-2013*, bajo el nombre de “El Método Abierto de Coordinación”.

Como hemos dicho, en materia de incorporación o reinserción social se dan la mano la falta de desarrollo político/institucional y de propuestas técnicas comprometidas (estratégicas). Digamos que la falta de definición y de decisiones ha conducido a una situación en la que: <<se hace lo que se puede, como se puede y dónde se puede>>.

149

Sigue existiendo una clamorosa falta de estudios, investigaciones y publicaciones sobre el sector.

#### Recomendaciones:

Incluir la situación de la incorporación/exclusión social y laboral de drogodependientes y adictos, así como la descripción de los recursos en materia de inclusión en el Estudio de la Realidad y en todos los Diagnósticos locales que se realizan. Si de verdad se quiere dar cabida a esta área en los PMD hay que comenzar por contemplarla desde el diseño del estudio.

Recuperar en todos los textos oficiales sobre drogodependencias la dimensión social y comunitaria de la incorporación social y laboral, desligándola de la idea de una fase más del tratamiento individual. Repasando algunos textos con fuerte influencia sanitaria da la impresión de que en cierto modo se identifica reinserción con rehabilitación y la rehabilitación con los procesos que siguen a las intervenciones estrictamente médicas, por ejemplo la rehabilitación fisioterapéutica que se puede llevar a cabo después de obtener el alta en traumatología.

Los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes han de asumir su responsabilidad en materia de incorporación social y laboral a través de sus servicios sociales y de sus PMD. Así mismo habrá que incluir la incorporación social y laboral de drogodependientes y adictos dentro de los planes de servicios sociales o de bienestar social. Se da el caso, de que estando bajo la misma área, a veces, viven en mundos paralelos.

Mejorar la colaboración entre los servicios sociales municipales y los de formación y empleo en el territorio.

Definir y delimitar la misión, los objetivos y la metodología de los llamados Centros de Día o de Incorporación social y laboral de drogodependientes y adictos (Comas, 2013)

Una vez definido el dispositivo hay que acometer la racionalización de la red de recursos de estas características tratando de asegurar una cobertura homogénea y suficiente en los territorios de las diversas CCAA.

El sector debe adoptar un enfoque más global, menos sectorial en materia de incorporación social y laboral y de lucha contra la exclusión. Un enfoque más centrado en los grados de exclusión que puede padecer cualquier ciudadano y en el derecho a la inclusión que en la atención por “colectivos”. Ello le permitirá integrarse plenamente en las políticas locales de inclusión.

Crear algún sistema de intercambio (foro, comisión, grupo de trabajo) para responsables y profesionales de la incorporación social y laboral de drogodependencias y adicciones que, auspiciado por la FEMP, de un impulso al sector.

### **I.3 APOYO AL TRATAMIENTO**

En este área hay que diferenciar entre los PMD que tienen delegada la asistencia y los que no la tienen. En cualquier caso partimos de la premisa de que la asistencia es una competencia de la CCAA y que el municipio ha de adoptar una posición complementaria y de colaboración.

El diagnóstico local ha de reflejar cual es la situación del municipio respecto al consumo de drogas legales e ilegales y las adicciones pero también en relación con la asistencia que se ofrece, determinando el número de personas de la localidad atendidas por sustancias o adicciones, por tramos de edad, por género, etc. Si existen perfiles sin atender o a los que cuesta más trabajo llegar, si los servicios de atención primaria de salud y de servicios sociales colaboran en la detección y en el seguimiento de personas consumidoras de drogas legales e ilegales, etc.

Otro aspecto importante tiene que ver con el centro de tratamiento. Cuál es la percepción del centro de tratamiento por parte de usuarios y de población general. Su accesibilidad física y simbólica. Si está situado cerca o lejos de la localidad, medios de transporte adecuados, listas de espera, etc. Qué imagen tiene, si está estigmatizado, etc. Si colabora habitualmente con los programas municipales. Si realiza programas fuera del centro. Si se muestra dispuesto a colaborar con programas de prevención o limítrofes entre prevención y asistencia como los de prevención indicada, de detección y atención precoz. Si los usuarios se benefician de programas de incorporación social, de formación y fomento de empleo municipales o de otros recursos territoriales. Cuál es el perfil dominante del usuario. Si se realizan programas alternativos a las sanciones administrativas.

Saber si los familiares de los usuarios reciben el apoyo y la asistencia que necesitan. Si existen medidas complementarias para ellos: informativas, educativas, de ayuda mutua, materiales, etc. Saber si existen asociaciones de familiares y si reciben algún tipo de ayuda de la administración, particularmente del ayuntamiento.

#### Recomendaciones:

Realizar diagnósticos completos que contemplen los aspectos relacionados con el consumo y las adicciones, con los tratamientos, con la asistencia recibida, con la percepción del o de los centros de referencia. También con aspectos tales como la accesibilidad, la imagen, la coordinación con otros recursos asistenciales, preventivos y de incorporación social y laboral en el territorio.

Facilitar la coordinación de los recursos asistenciales con otros de la comunidad desde una posición complementaria y de colaboración.

Proponer medidas y ofrecer colaboración para aquellos problemas de consumo, abuso o adicciones para los que existe poca cobertura en el territorio o a los que cuesta más trabajo llegar por estar relacionados con drogas legales como el alcohol, el tabaco o los psicofármacos, o bien con drogas o adicciones emergentes sobre las que existe poca información. También para los perfiles que por diversos motivos tienen mayor

dificultad para acceder a la asistencia (población normalizada, mujeres, niños y adolescentes, inmigrantes, etc.)

Hacerse eco de las demandas asistenciales en el territorio.

Ofrecer medidas de apoyo a las familias y a las asociaciones específicas

152

#### **I.4 MODIFICACIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DEL FENÓMENO**

El diagnóstico deberá recoger cuál es la percepción social del problema y de las soluciones en relación con la población consumidora de drogas legales, ilegales, emergentes y con las adicciones comportamentales, así como cuál es la actitud de la comunidad ante las políticas de prevención e incorporación social.

También debe recoger la opinión y la actitud de los actores relevantes en la materia como los profesionales de la asistencia, de la educación, de los servicios sociales, de formación y empleo, concejales relacionados con la materia, personas clave a la hora de crear opinión, los medios de comunicación locales, los empresarios, sindicatos, etc. También debería poder diagnosticar el grado de integración (de normalización) de las políticas sobre drogodependencias dentro de otras más generales del municipio. Los PMD no siempre consiguen normalizar la política social sobre drogodependencias integrándolas dentro de otros planes y servicios generales como los de salud, bienestar social o integración social y laboral, etc.

No es frecuente que los PMD dispongan de una política de comunicación definida en relación con los medios locales y con los líderes de opinión. Una política de comunicación que tenga en cuenta la baja percepción del riesgo en relación a determinadas sustancias y la importancia de comunicar los éxitos de la política local de prevención y de incorporación social rompiendo el mito de la “*irrecuperabilidad*”. Un plan de comunicación que tienda a normalizar el fenómeno sin banalizarlo, que ofrezca información fidedigna, datos creíbles y esperanzadores.

Recomendaciones:

El diagnóstico debería recoger información sobre varias cuestiones en este apartado: Percepción social del problema y sus soluciones (incluida la política local en la materia) tanto a nivel ciudadano, técnico e institucional y grado de integración de la política de drogas en las políticas generales (normalización).

El PMD debe plantearse la posibilidad de un plan de comunicación dirigido a los medios de comunicación locales y generales, a los actores clave de la localidad y a los líderes de opinión.

Asumir que la mejor política de información en esta materia es la que puede mostrar los éxitos relacionándolos con la integración en servicios normalizados, para lo cual es necesario que previamente lo estén.

## II. EN RELACIÓN CON LAS FASES

### II.1 ESTUDIO DE LA REALIDAD

El estudio de la realidad debe incluir múltiples aspectos y técnicas como se ha descrito en el epígrafe dedicado a las fases. Conviene no confundir con la encuesta de consumo (realizada ad-hoc o adaptada de las nacionales y regionales) que constituye un instrumento importante de conocimiento, pero no el único.

Conviene introducir elementos de la metodología de la *planificación estratégica* desde esta primera fase de estudio de la realidad tales como establecer la diferencia entre análisis interno y externo.

#### Recomendaciones:

Aprovechar la potencia de las encuestas sobre consumo de drogas y sobre asistencia (y otros estudios) que realizan periódicamente el PND y muchas CCAA para adaptarlas a la situación del municipio objeto del PMD. No es recomendable proceder a realizar encuestas locales sin comprobar previamente que las ya publicadas no se adaptan a la realidad local. Hay otros aspectos locales que merecen estudio y que no se encuentran en las encuestas nacionales y regionales.

En esta fase conviene dirigir la mirada a la propia institución que desea poner en marcha el plan, a su estructura, a sus equipos técnicos y políticos, así como a su contexto, para determinar lo más claramente cuál es el punto de partida del PMD, su posicionamiento.

## II.2 DIAGNÓSTICO

El contenido del diagnóstico se encuentra repartido a través de las diversas áreas de intervención. Su función es mejorar el conocimiento del fenómeno y facilitar la toma de decisiones.

Es imposible realizar un PMD coherente sin disponer de un diagnóstico previo actualizado, pero desgraciadamente parece ser el caso de cierto número de planes municipales.

También en esta fase se observa cierta confusión entre diagnóstico y encuesta de consumo. Otro error frecuente es creer que todo lo que se diagnostica tiene que ser abordado o resuelto por el municipio. El diagnóstico debe ofrecer al municipio una visión de conjunto que le permita posicionarse como institución frente al problema y sus ciudadanos y con respecto a otras instituciones que también intervienen sobre el fenómeno.

### Recomendaciones:

Sería recomendable establecer formalmente cuales son los criterios mínimos que debe cumplir un diagnóstico local en materia de drogodependencias para facilitar la tarea de elaboración así como para poder valorar la calidad de los PMD.

Es conveniente introducir técnicas de diagnóstico estratégico tales como el análisis matricial DAFO ofreciendo si es necesario formación específica al respecto.

Debería establecerse la revisión periódica de los diagnósticos, particularmente de aquellos planes que llevan varios años en vigor.

### II.3 PLANIFICACIÓN

Aunque la mayoría de los PMD declaran cumplir con los criterios de: Globalidad, coordinación, participación e intersectorialidad, así como ser interdepartamentales y promover la normalización, no siempre queda claro contemplando su programación y su ejecución.

155

En algunos casos se advierte cierta falta de formación a la hora de abordar una planificación tan compleja como la que exige un PMD.

#### Recomendaciones:

Establecimiento de criterios mínimos que debería cumplir una planificación en esta materia y facilitación de formación específica sobre el proceso de planificación intersectorial y programación dentro de la administración local.

### II.4 REALIZACIÓN

En esta fase conviene distinguir entre el proceso formal y el informal. Como ya se refirió en el apartado correspondiente el proceso formal incluye: Análisis de la demanda y primeras negociaciones entre el equipo técnico promotor y el patrocinador (político), b) elaboración del borrador o anteproyecto y presentación del proyecto ante el pleno, c) establecimiento de las estructuras coordinadoras y de los órganos de participación, d) dotación presupuestaria, e) adaptación de las delegaciones, f) convenio o acuerdo con el Plan Autonómico de Drogodependencias. Todas ellas son muy importantes pero a lo largo del estudio los técnicos municipales manifiestan la necesidad de que el PMD sea aprobado en el Pleno del Ayuntamiento, lo que le confiere una legitimidad no sólo legal sino también simbólica en el sentido de respaldo institucional.

Respecto al proceso informal de la implementación conviene disponer de una metodología facilitadora de todo su desarrollo, pero particularmente de su puesta en marcha. Un PMD implica una novedad, una innovación, en el funcionamiento ordinario

de la administración local y es más probable que las resistencias se manifiesten al principio.

#### Recomendaciones:

Hay que insistir en la necesidad de que los PMD sean aprobados en Plenos municipales, que dispongan de estructuras claras de coordinación y de participación, organigrama, dotación presupuestaria, etc., exactamente igual que otros planes intersectoriales del municipio.

Convendría facilitar formación sobre metodología de la intervención en planes intersectoriales: Análisis sistémico de las relaciones en el municipio, metodología de educación y promoción de la salud, fundamentos básicos del funcionamiento de la administración local.

## II.5 EVALUACIÓN

Conviene desterrar las ideas de que la evaluación es algo demasiado complejo, que se realiza por especialistas al final del proyecto. Hay que introducir técnicas sencillas de seguimiento y monitorización así como dar cabida a una idea más participativa de la evaluación.

Una de las conclusiones del estudio es la necesidad de reforzar la evaluación de los PMD. Es fundamental realizar una evaluación de los planes municipales de drogodependencias en su conjunto, no sólo de actividades determinadas, para valorar su correcto funcionamiento, su impacto, y realizar las variaciones que se estimen oportunas si se estima que son necesarias.

Se constata la dificultad por parte de los equipos, de por sí pequeños y saturados de trabajo, de abordar adecuadamente una tarea que les desborda.

### Recomendaciones:

Es fundamental generar instrumentos de evaluación, indicadores, fiables y apropiados, además de una estructura de evaluación, y es fundamental la formación de los equipos en esta materia.

También debería contemplarse la temporalización para la evaluación; es decir, que se tenga en cuenta el tiempo que se requiere para la ejecución de una evaluación del plan apropiada y bien ejecutada. Los participantes en el estudio plantean la necesidad de ayuda para la realización de estas evaluaciones, desde apoyo técnico hasta económico por parte del área municipal de la que dependa el plan de drogas o del plan autonómico.

Conviene insistir en la necesidad de dotarse de sistemas de información y monitorización sencillos que puedan aplicarse a la vez que se realiza el plan y puedan dar cuenta de su evolución así como de parte de los resultados.

También convendría practicar algo más uno de los sistemas de evaluación más baratos como es el análisis de diseño.

También se debe ser consciente de que aunque la evaluación debe formar parte del mismo diseño de los planes, hoy por hoy supone una dificultad difícil de asumir.

### **III. LA FORMACIÓN**

El error más común es creer que la formación para los técnicos promotores de planes locales sobre drogodependencias consiste exclusivamente en aumentar sus conocimientos en las áreas clásicas de drogodependencias y adicciones. Sin duda mientras más conocimientos actualizados posean en prevención, asistencia e incorporación social mucho mejor, pero también es conveniente adquirir formación relacionada con las necesidades y exigencias de las fases tal y como se ha señalado en cada una de ellas: Análisis de la realidad, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación.

Recomendaciones:

En cada uno de los epígrafes referidos a las fases del PMD se han mencionado los contenidos formativos, pero se pueden resumir de la siguiente manera:

En relación con la fase de análisis de la realidad conviene ofrecer formación en lo relativo a metodologías y técnicas de estudio y análisis adaptadas a las necesidades locales. Diseño del conjunto del análisis, técnicas de entrevista, métodos cualitativos como los grupos de discusión, etc.

En relación con el diagnóstico ya se ha expresado la importancia de la formación en los usos del método DAFO desde una perspectiva estratégica.

En relación con la planificación es aconsejable disponer de formación sobre planificación estratégica. Respecto a la formación relacionada con la programación la formación se amplía en proporción directa al número y diversidad de los programas. Conviene disponer de información sobre el contenido de los programas dirigidos a cada uno de los sectores, sobre cómo conocer los recursos del territorio en relación con cada programa o área y sobre técnicas de programación. En este último punto son útiles las metodologías de intervención social, sistémica y de promoción y educación para la salud y no sólo del tipo de la que se emplea en educación más o menos reglada que es la que más abunda.

En relación con la implementación se puede recurrir a las mismas metodologías mencionadas anteriormente, ya que una de sus características es la importancia que conceden al momento de la práctica. Conviene recordar que la lógica de la planificación no es la misma que la de la aplicación, algo que se olvida con demasiada frecuencia en el sector público y un poco menos en el privado.

En relación con la formación para la evaluación es urgente poner al servicio de los profesionales municipales, técnicas sencillas de evaluación y monitorización adaptadas a sus necesidades y sus condiciones reales. Hay que hacer más fácil la evaluación, es más, hay que convertir la evaluación en una palanca que impulse al programa. Es muy importante dotar a los programas de sistemas de información y seguimiento que ofrezcan datos paralelamente a su ejecución y también es

recomendable realizar evaluaciones de diseño antes de la puesta en marcha de los programas.

Finalmente habría que incluir un capítulo de formación relacionado con el funcionamiento de la administración local: legislación, presupuestos, financiación, competencias, etc.

Es necesario organizar un sistema de formación permanente para los técnicos municipales que trabajan en la materia. Igualmente hay que facilitar el intercambio de ideas, metodologías, técnicas y prácticas entre los técnicos de los PMD. En ambos campos puede jugar un papel fundamental las redes profesionales y la FEMP.

#### IV. FINANCIACIÓN

En relación con la financiación hay que distinguir entre la financiación municipal y la dependiente de otras administraciones o entidades. En relación con la financiación local de los PMD, llama la atención el hecho de que un número importante de técnicos de los PMD informen de que su PMD carece de financiación municipal. La circunstancia puede deberse a diversos errores o malentendidos difíciles de discriminar en este momento, pero cuesta creer que determinados municipios no aporten financiación aunque sea en el capítulo uno de personal, en el de infraestructura y/o en el de gastos corrientes.

Es necesario elaborar presupuestos claros y transparentes para los PMD que incluyan los apartados anteriores y las partidas para los programas de las que dispongan, independientemente del área o sección de donde procedan. Un plan intersectorial no se nutre exclusivamente de fondos propios del departamento coordinador.

En lo que se refiere a la financiación por parte de los planes autonómicos y nacional deberían incluirse dentro de un cambio de política general en la que se contemplen también competencias, prioridades, modelos de coordinación y cooperación. En cualquier caso hacen falta convocatorias para la financiación estable, suficiente y con objetivos bien delimitados.

**Recomendaciones:**

Es importante que los planes municipales sobre drogas estén aprobados por el pleno del ayuntamiento y dispongan del presupuesto asignado al plan. Al tratarse de un plan intersectorial puede disponer de una asignación propia del plan y de otros recursos dependientes de diversas áreas.

160

Orientar las convocatorias de ayudas para los municipios de manera que fomenten los planes de calidad teniendo en cuenta los criterios definidos en el presente informe.

**V. COORDINACIÓN**

La coordinación y la relación de los planes municipales de drogodependencias con los planes autonómicos son descritas, por los participantes en el estudio, como escasas, y en cualquier caso, jerárquicas. En su opinión, a veces sólo se establecen por una mera cuestión de "necesidad" (por ejemplo, las comunidades autónomas requieren de la participación de los municipios en los casos en los que la asistencia empezó por ellos y ya existe una tupida estructura asistencial municipal) y no por el interés de generar un sistema de colaboración estable y coherente para el correcto desarrollo de las actuaciones en drogodependencias.

Teniendo en cuenta lo repartidas que están las competencias en prevención, asistencia e incorporación social entre los tres niveles de la administración se hace evidente la necesidad de disponer de estructuras de coordinación y de redes de colaboración horizontales (como las que han surgido de manera espontánea en algunos territorios). Es más, no solo hacen falta estructuras sino también un modelo de coordinación al que atenerse.

A este respecto y en este momento conviene explicar que la situación es de incertidumbre ante la nueva reforma de la Ley de Bases de Régimen local -como se ha mencionado en todo el informe- que puede modificar las competencias de la administración local en materia de servicios sociales y, también, de drogodependencias.

En cuanto a la coordinación a nivel municipal, también parece importante la creación de estructuras estables de coordinación (mesas de trabajo, comisiones, etc.) que aunque ya existen en algunos casos, es necesario que se formalicen de manera más generalizada. Y, lo que es más relevante, más allá de su constitución es fundamental su mantenimiento, su revitalización en las situaciones en las que ya existen y no funcionan correctamente. Esta es la única manera de contemplar las actuaciones en drogodependencia de forma global, potenciando la responsabilidad, el interés de cada agente social, así como la comunicación entre los distintos protagonistas que deben poner de su parte para que el plan se imbrique en todas las áreas de la sociedad de manera transversal.

### Recomendaciones

Hay que fomentar las estructuras de coordinación tanto a nivel municipal como entre los municipios y las CCAA, pero en última instancia es necesario disponer de un modelo claro, coherente y homogéneo de coordinación.

También hay que impulsar la coordinación horizontal representada por redes de municipios que colaboran entre sí en el intercambio de información, de experiencias y de formación. Es cierto que la iniciativa de este tipo de experiencias corresponde a los propios municipios, pero se puede incentivar o desanimar mediante la orientación de las convocatorias de ayudas autonómicas y nacionales.

Abordar aspectos tales como la coordinación, la financiación, la reasignación de competencias y de prioridades van más allá de aspectos parciales que puedan tratarse separadamente, requieren de una redefinición de la Estrategia sobre Drogas (en este aspecto, no en de los objetivos) que debería ir precedida de un debate nacional.

## VI. REDEFINICIÓN Y REFORZAMIENTO DEL APOYO INSTITUCIONAL

### VI.1 EL PND Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

162

Sería aconsejable redefinir y reordenar todos los instrumentos de los que dispone la delegación del Gobierno para el PND en esta materia: Orden de ayuda a los municipios con cargo al Fondo de Bienes Decomisados, Convenio con la FEMP (sin olvidar la convocatoria de buenas prácticas), acuerdo singulares con municipios, directrices de las Estrategias Nacionales Sobre Drogas y de los Planes de Acción en el sentido de que volvieran a recoger de manera específica y mensurable los objetivos relacionados con la acción local en drogodependencias como hizo en su día la ENSD 2000/2008.

Los objetivos de las nuevas Estrategias podrían recoger muchas de las necesidades, aspiraciones y propuestas descritas en el presente estudio, armonizándolas con las reformas previstas de la administración y, en particular, de la administración local. Eso sí, teniendo en cuenta que el mensaje que se desprende del presente estudio habla de mayor y mejor participación de los municipios en la materia (particularmente en prevención, incorporación social) y no precisamente de inhibición.

También sería aconsejable que se destinaran recursos a los nuevos objetivos bien mediante nuevas medidas o bien mediante la reorientación de los criterios que rigen la convocatoria de ayudas a los municipios con cargo al Fondo de Bienes Decomisados, como ya se ha mencionado.

Algo similar se debería esperar de las CCAA. Definición de competencias de los municipios y sus planes municipales, definición clara de prioridades, convocatorias en las que se mencionen expresamente los PMD, creación de órganos de participación donde los municipios puedan colaborar en el diseño de las políticas que les atañen, etc.

Dada la diferente evolución que han tenido los PMD y las políticas de drogas de las CCAA en relación con sus municipios en las dos últimas décadas, sería aconsejable

realizar un debate o convención de nivel nacional que permitiera reequilibrar y clarificar competencias, prioridades y financiación entre los tres niveles de la administración

## VI.2 EL ROL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS

163

La convocatoria de Buenas Prácticas en Drogodependencias es una muy buena iniciativa que hay que mantener y fomentar. No obstante si se compara con el otro gran instrumento del que dispone el PND (en colaboración con la FEMP) para influir en la política municipal, nos referimos a la convocatoria de ayudas económicas a municipios, su capacidad de influencia parece muy pequeña. Por un lado tenemos la convocatoria de ayudas económicas a los municipios limitada al consumo y ocio juvenil, dirigida a municipios grandes y capitales y con una dotación económica de 4.443.980 euros, en la última convocatoria y, por otro, la convocatoria de Buenas Prácticas incluida en un convenio cuyo presupuesto total es de 300.000 euros para todo el 2012. O sea, se dedican una gran cantidad de recursos a un aspecto parcial (consumo, ocio y tiempo libre en grandes ciudades) mientras que no existe una convocatoria general para planes y programas municipales innovadores y de calidad (salvo la convocatoria de Buenas Prácticas). Es cierto que la convocatoria de ayudas a los municipios surgió, al menos en parte, en relación con el fenómeno del “botellón” en muchas ciudades españolas, pero aunque se pueda explicar su origen, resulta más difícil justificar la situación actual.

En lo que se refiere al establecimiento de criterios para el diseño y el desarrollo de los planes municipales convendría hacer dos apartados; uno dedicado a los criterios para la elaboración de PMD y otro a los criterios de buenas prácticas.

La gran heterogeneidad de situaciones en las CCAA con respecto a sus ayuntamientos y la inadecuada coordinación nacional a este nivel conducen a que no se pueda afirmar que existan unos criterios básicos homologables para los PMD en los diferentes territorios, lo cual genera la imposibilidad de establecer comparativas o aprendizajes entre planes, tanto a nivel estatal como autonómico o municipal, y potencia la sensación de soledad a nivel municipal y de desconocimiento sobre "si se están haciendo bien las cosas". En este sentido convendría disponer de unos criterios básicos mínimos homogéneos en relación con los PMD cuya elaboración cuente con la participación de los PMD, de tal manera que genere la sensación de formar parte de

una estructura más amplia. La elaboración de dichos criterios y pautas, su difusión y la periódica revisión de los mismos puede convertirse en un elemento de cohesión interno del sector y en un estímulo para el progreso de la política municipal de de drogodependencias.

En lo que se refiere a los criterios que deben presidir la convocatoria de buenas prácticas pueden seguir manteniéndose los mismos sujetos a la evolución natural de los acontecimientos:

164

1 **indicadores** para definir buenas prácticas, 2 **criterios básicos** para las actuaciones preventivas locales y 3 **áreas temáticas** como elementos a tener en cuenta para la evaluación de los programas y planes municipales ya que la FEMP los ha mantenido con éxito durante más de una década.

Como se ha mencionado a lo largo de las conclusiones, la FEMP debería hacer lo posible por impulsar las redes horizontales de municipios que trabajan en la materia, podría constituir grupos de trabajo específicos sobre incorporación social y laboral (incluyendo Centros de Día) y sobre las prioridades de intervención en prevención desde el ámbito municipal, así como propiciar que se realizara un debate nacional sobre el papel de la administración local en drogodependencias.

Como se ha descrito en la introducción, La FEMP ha mantenido una línea de colaboración muy productiva con el PND a lo largo de las últimas décadas, lo cual ha sido beneficioso para el sector, pero paralelamente quizá ha perdido cierto grado de autonomía o liderazgo en su propio discurso. Al menos así es percibido por algunos de los municipios que expresan su deseo de que la FEMP adopte un papel más activo.

Desde ese punto de vista, la FEMP podría mejorar su papel en la política de drogas en dos sentidos concretos: Su relativa invisibilidad para cierto número de municipios que desconocen la actividad de la FEMP en este campo y la posibilidad de liderar un discurso sobre el abordaje local de las drogodependencias construido de abajo hacia arriba.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABEIJON, J. *Los sistemas en la demanda del toxicómano*, en “**Comunidad y drogas**”, monografía nº 1, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
- ALVIRA, F., **Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas**, Madrid, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. 2000
- ALVIRA, F. **Guía para la elaboración de planes locales de prevención de las drogodependencias**, Madrid, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2001.
- ANDER-EEG, E. y AGUILAR, M. **Como elaborar un proyecto**, Madrid, ICESA, 1997.
- ANDER-EEG, E. **La animación y los animadores**, Madrid, Narcea. 1989
- ARAUJO, M; CARRÓN, J; RAMÍREZ, A; RUIZ, J; SÁNCHEZ, L: **El impulso de la participación municipal en drogodependencias**. Grupo GID. 1995.
- ARRANZ, S. *Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción*. **REDES. Revista hispana para el estudio de redes sociales**. Volumen 18. 7, junio, 2010.
- ARZA, J. **Redes para el tiempo libre: Otra forma de moverte**, en Revista de Estudios de Juventud nº50, Injuve, 2000.
- BABÍN VICH, F (dir) **Prevenir en Madrid. Programa de prevención selectiva de drogodependencias**. Ayuntamiento de Madrid. 2007

- BÁREZ CAMBRONERO, F. J. **Emoción y exclusión social una relación al descubierto. Una investigación sociológica sobre el impacto de las emociones en los procesos de exclusión e inclusión social.** <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0> , 2010.
- BANDURA, A. *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes.* En Bandura, A. (Ed.),“**Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual**”. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1999.
- BARRIGA, S. **La intervención psicosocial**, Barcelona, Hora, 1987.
- BARRIGA, S. **Psicología de la salud. Aportaciones desde la Psicología Social**, Sevilla, Sedal, 1990.
- BARRIGA MARTÍN, L.A., PEREZ MULET, E. **Guía sobre drogodependencias para responsables municipales**, Valladolid, Exma. Diputación Provincial de Valladolid, 1996.
- BECOÑA IGLESIAS, E. **Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.** SOCIDROGALCOHOL. Valencia, 2011.
- BECOÑA IGLESIAS, E. **Bases científicas de la prevención de las drogodependencias**”, PNSD. 2002
- BEL, C. *Exclusión social, origen y características.* Curso sobre Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos. Murcia, 2002.
- BERICAT, E. **Sociología de la emoción y la emoción en sociología.** Papers, 62, 2000. p 145-176.
- BOWLBY, J. **El vínculo afectivo.** Barcelona, Paidós Ibérica, 1993.

- BOWLBY, J. **La pérdida afectiva. Tristeza y depresión.** Buenos Aires, Paidós, 1980.
- BREHM, P. **A Theory of psychological reactance,** Nueva York, Academic Press, 1966.
- BRUNNER, J. **Competencias de empleabilidad** [www.geocites.com/brunner](http://www.geocites.com/brunner), 2001.
- BUELGA, S. *El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria.* En Gil, M., **Psicología social y bienestar; una aproximación interdisciplinar** (154-163) Universidad de Zaragoza, 2007.
- BUENO CAMPOS, E. **El enfoque estratégico de la dirección de empresas,** Madrid, Pirámide, 1993.
- CABRERA, P. **Un techo y un futuro: Buenas prácticas de Intervención social con personas sin Hogar.** Barcelona, Icaria, 2003.
- CARRON, J y SANCHEZ, L. **Los servicios sociales y la atención a los drogodependientes,** Madrid, GID, 1995.
- CASTANYER, M. y otros. **Servicios sociales y drogodependencias,** Madrid, Ministerio del Interior, PND, 1998.
- CASTAÑO, V. **La brecha de género en la incorporación sociolaboral de mujeres adictas en tratamiento.** Madrid. Fundación Atenea, 2008.
- CASTAÑO, V. **Prevención de drogodependencias en población inmigrante.** Madrid. Fundación Atenea, 2009.
- CASTAÑO, V. **Atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres.** Madrid, Fundación Atenea, 2009.

- CASTILLA DEL PINO C. **Teoría de los sentimientos**. Barcelona, Tusquets, 2000.
- CASTILLO, A. **Programa de prevención comunitaria "Ciudades sin Drogas"**, Sevilla, Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía, 1997.
- CAMACHO, J.A., CASTILLO, A.J., y MONGE, I. **Alternativas y propuestas de incorporación social en drogodependencias**, Sevilla, Comisionado para la droga, 2000.
- CAMACHO, J.A., CASTILLO, A.J., y MONGE, I. **Prospectiva y realidad de la incorporación social sobre Drogodependencias en Andalucía**, Sevilla, Comisionado para la droga, 2000.
- CASTILLO, A. **Programa de prevención comunitaria "Ciudades sin Drogas"**, Sevilla, Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía. 1997
- CDD, Boletín nº75. 2001
- CIPOLLA, C.M. , **Allegro ma non troppo**, Barcelona, Crítica. 2001
- CERMI. **Discapacidad y exclusión social en la Unión europea**. Madrid. CERMI, 2003.
- CIOMPI, L. *Sentimientos, afectos y lógica afectiva. Su lugar en nuestra comprensión del otro y del mundo*. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. V27**, Madrid, 2007.
- COLETTI, M. Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias en **Comunidad y Drogas, monografía nº1**. Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, PND, 1987.
- COMAS, D. *Las Drogas en la Sociedad Española*, en GINER, S. (Coord.) **España: Sociedad y política**. Madrid, Espasa Calpe, 1990.

- COMAS, D. **Las drogas. Guía para mediadores juveniles**, Madrid, Injuve, 1992.
- COMAS, D. **La evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana**, Madrid, Injuve. 2001
- COMAS, D. *La familia española y las drogas: Una perspectiva generacional*, Transcripción adaptada y corregida por el autor. Primer Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre en Vitoria, 18 de noviembre de 1994.
- COMAS, D. *Exclusión social y adicciones: condensando sinergias negativas*, en **Revista de Occidente nº 215**, 1999.
- COMAS, D. **¿Cuál es la misión, la función, los objetivos y la metodología más adecuada para los centros de día del Ayuntamiento de Sevilla? Una reflexión y una propuesta de mejora**, 2013.
- COMAS, D., y RAMÍREZ DE ARELLANO, A.,. **La integración social de adictos en la provincia de Huelva**. Madrid, GID, 2004.
- COMAS, D., y RAMÍREZ DE ARELLANO, A. **La integración social de adictos en Extremadura**. Madrid, GID, 2004.
- COMISIÓN EUROPEA. **Europa 2020 una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador**. Bruselas. COM, 2010.
- COMISIÓN MIXTA DEL CONGRESO-SENADO SOBRE ADICCIONES. Ponencia: *Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro*, mayo de 2011.
- COSTA, M., y LOPEZ, L. **Salud comunitaria**, Barcelona, Martínez Roca, 1989.

- COULOMBE, M. *¿Es posible la prevención sin recursos de apoyo?* en **Materiales y recursos para la prevención del uso indebido de drogas**, Vitoria-Gasteiz, Servicio de publicaciones del Gobierno Vasco, 1993.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. **La integración sociolaboral de personas drogodependientes**. Madrid, CRE, 2002.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. **Jornadas estatales de empleo**. Almería, noviembre 2006.
- DIAZ, R. Y GONZALEZ, C. **Personas drogodependientes tras su estancia en prisión. Mecanismos de inserción**. Madrid. Red Araña, 2009.
- DIPUTACIÓN DE HUELVA. **Estudio sobre la Exclusión Social en la provincia de Huelva**. Diputación Provincial de Huelva, 2002.
- DOMINGUEZ, R. **Redes e inclusión social**. Madrid. Ayuntamiento de Parla, 2004.
- EAPN. **Propuestas para una estrategia de inclusión social en España 2020**. Madrid, EAPN, 2010.
- EAPN. **Las cifras de pobreza y exclusión en España de cara a Europa 2020**. Madrid, 2011.
- EAPN. **Declaración final de la asamblea EAPN-ES, 2011**.
- ESIC (Escuela Superior de Gestión Comercial y Márketin). **Calidad en el servicio de drogodependencia** (curso), Huelva, Exma. Diputación Provincial de Huelva, 2001.
- ESTRATEGIA NACIONAL 2000-2008. **Real Decreto 1911/1999, de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008**. Madrid, 1999.

- FAMP. **Red Andaluza de Ciudades Saludables**, Sevilla, FAMP, 1995.
- FEDERACIÓN SARTU. **Tendencias sociales e inserción social**. SARTU, 2010.
- FEMP. **IV Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias**, 2012.
- FOESSA. **El primer impacto de la crisis en la cohesión social de España**. Madrid, Cáritas, 2010.
- FOUCAULT, M. **Un diálogo sobre el poder**. Barcelona, Altaya, 1994.
- FROMM, E. **Ética y psicoanálisis**. México, Fondo de Cultura Económica, 1980.
- FUNES, J. *Razones para el abordaje de las toxicomanías en el ámbito local*. **Jornadas sobre municipios i drogas**, Barcelona, 1984.
- FUNES, J. **Drogodependencias e incorporación social**. Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, PND, 1991.
- FUNES, J. **Nosotros los adolescentes y las drogas**, Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, PND.1990
- FUNES, J. **Incorporación social de las personas con problemas de drogas: una revisión conceptual y metodológica pensando en la atención primaria**. Pamplona, Plan Foral de Drogodependencias, 1995.
- FUNDACIÓN ATENEA. **Buenas prácticas para la reinserción laboral de población en situación de vulnerabilidad social en Mérida**. Madrid, Fundación Atenea, 2010.
- FUNDACION ATENEA. **Estudio evaluativos de proyectos de integración social**. Subvencionado por el PNSD. 2012.

- FUNDACIÓN LUIS VIVES. **Guía de recomendaciones y líneas de actuación en inclusión social**. Madrid, FLV, 2007.
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO. **Guía de sensibilización para la inclusión social de la comunidad gitana**. Madrid. FSG, 2002.
- Gallardo, Raquel. **Plan concertado. Resumen**. 2009. <http://rgallardo70.blogspot.com.es/2009/05/plan-concertado-resumen.html>
- GID , **Fundamentos teóricos en prevención**, Madrid, GID.1993
- GID. **La coordinación institucional**. Madrid, Fundamentos, 1991.
- GID. **La evaluación en drogodependencias I y II**. Toledo, GID, 1994.
- GID. **Los programas de integración social de drogodependientes**. Madrid, GID, 1995.
- GID. **La reducción de riesgos como meta global**, Madrid, GID, 1997.
- GID. **Informe sobre Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España**. PNSD. 1996.
- GID **Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo familias**, Madrid, PPD. 1996
- GOBIERNO DE ESPAÑA. Programa Nacional de Reformas. Madrid, 2011.
- GOLEMAN, D. **Inteligencia Emocional**. Kairós, Barcelona, 1997.
- GRUPO ESCOCÉS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. **La Escuela Promotora de Salud**, Síntesis del informe realizado para la OMS, 1989.

- HALEY, J. **Terapia para resolver problemas**, Madrid, Amorrortu, 1980.
- HERNAN, M., y LINEROS, C. **Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales**. Revista Fundesfam. n2.v2 Enero, 2010.
- IDÍGORAS, Á. **El valor terapéutico del humor**. Desclásé. Bilbao, 2000.
- JUNTA DE ANDALUCÍA. **Programa de intervención en centros de día de Andalucía**. Sevilla. Junta de Andalucía, 2005.
- MAGRÍ, N. **Trabajar juntos, pero... Una propuesta metodológica de intervención en el municipio**, Barcelona, Grup Igia, 1989.
- MARINA, J.A. **El laberinto sentimental**. Barcelona, Anagrama, 1996.
- MARINA, J.A. **La selva del lenguaje**. Barcelona, Anagrama, 1998.
- MARINA, J.A. **Diccionario de los sentimientos**. Barcelona, Anagrama, 1999.
- MARCHIONI, M. **Planificación social y organización de la comunidad**, Madrid, Popular, 1989.
- MARTINEZ, N. Y OTROS. **Manual de buenas prácticas en los centros de incorporación social**, Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia, 2003.
- MELERO, J. C., y ORTIZ DE ANDA, M.A. **Municipios libres de drogas**, Bilbao, Edex, 1999.
- MENDOZA, R. *Concepto de estilo de vida y factores determinantes*, en **Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud**, Varsovia, 1990.

- MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. **Los 10 años de planes nacionales de acción para la inclusión social en el reino de España.** Madrid. MSPSI, 2010.
- MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. **Primera jornada técnica sobre intervención social con personas sin hogar.** Madrid, 21 de junio 2001.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. **Técnicas de terapia familiar,** Barcelona, Paidós, 1985.
- MORENO, A. *Estrés y enfermedad.* **MÁS Dermatología. Nº1,** mayo 2007, p 17-20.
- MORENO, L. **Ciudadanos precarios. La última red de protección social.** Barcelona, Ariel, 2000.
- MOWBRAY, R. **Los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias,** Madrid, CREFAT, 1994.
- MUSITU, G. y OTROS. **Introducción a la psicología comunitaria.** Barcelona, UOC, 2004.
- NARDONE, G. y WATZLAWICK, P. **El arte del cambio,** Barcelona, Herder, 1992.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Seeking drug abuse treatment. Know what to ask.** NIDA, 2011.
- NAVARRO, S. **La red comunitaria como escenario y agente de la prevención,** Redes, 6, p 3-15, Huelva, 1999.
- NAVARRO, V. y TORRES, J. **Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar social en España.** Madrid. Sequitur/Attac España, 2011.

- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS. **Informe 2009**. Madrid. MSPS.
- OMS, Oficina Regional para Europa. **Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados**. Ministerio de Salud y Consumo. Madrid, 2006.
- OMS. **Declaración política de Rio sobre determinantes sociales de la salud**. Rio de Janeiro, OMS, 2011.
- PALACIOS GARCIA, D (coord.). **Manual para la elaboración de Planes Municipales Sobre Drogas**. FEMP: PNSD. 2001.
- PAZ, O. **El mono gramático**. Barcelona, Seix Barral, 2000.
- PEREA, O. **Buenas prácticas en incorporación social con drogodependientes**, Madrid, Red Araña, 2003.
- PND. **Servicios Sociales y Drogodependencias. Actuar es posible**. Madrid, MTSa, 1998.
- PROCHASCA, J. y OTROS. **Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos**, RET, Revista de Toxicomanías, 1994.
- RACIONERO, L. **Del paro al ocio**, Barcelona, Anagrama, 1988.
- RAMÍREZ DE ARELLANO, A. **Actuar localmente en (drogo)dependencias. Pistas para la elaboración de estrategias, planes y programas municipales**. Madrid, GID, 2002.
- RAMÍREZ DE ARELLANO ESPADERO, A. **Coaching para adictos. Integración y exclusión social**. Fundación Atenea. 2012
- RAMIREZ DE ARELANO, A. **Drogodrama y dramadependencia**, Ítaca, 1996. V 1, 3, p 39-58.

- RAMIREZ DE ARELLANO, A. *El PMD: Una alternativa local a las drogodependencias*, **XIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol: Avances en drogodependencias**, Santa Cruz de Tenerife, 1991.
- RAMIREZ DE ARELLANO, A. *El Plan Municipal sobre Drogas de Bollullos par del Condado*, en **I Encuentro CIUDAD y DROGAS**, Fundación Pública de Servicios Sociales de Gijón, 1991.
- RAMIREZ DE ARELLANO, A. *Estrategias locales para la incorporación social*, **3º Encuentro europeo Aprender y cambiar**. Ítaca, 1997. p 110-116.
- RAMÍREZ DE ARELLANO. A. **Manual de supervivencia del empleado público o cómo defenderse del político de turno**. Córdoba, Almuzara, 2007.
- RAMIREZ DE ARELLANO, A. *Necesidad de coordinación institucional entre los planes de drogas de los distintos niveles de la Administración*, **Jornadas sobre Drogodependencias: La Coordinación Institucional**. Madrid, Fundamentos, 1991.
- RAMIREZ DE ARELLANO, A. **Plan municipal sobre drogas. Una alternativa local a las drogodependencias**, Huelva, Ilmo. Ayuntamiento de Bollullos par del Condado, 1990.
- RAMÍREZ DE MINGO, I. **Hacia la reinserción de los jóvenes drogodependientes**, Madrid, Instituto de la Juventud, 2000.
- RAMON CERCAS, E. "Los planes municipales de Drogodependencias" en **Las drogas.info**. Enero 2004. <http://www.lasdrogas.info/opiniones/131/planes-municipales-de-drogodependencias.html>
- RAMÓN CERCAS, E (COORD.). **Primer Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias FEMP: PNSD**. 2004.

- RAMÓN CERCAS, E (COORD.). **Segundo Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias** FEMP: PNSD. 2006
- RAMÓN CERCAS, E (COORD.). **Tercer Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias** FEMP: PNSD. 2009.
- RAYA, E. *Exclusión social y ciudadanía: claroscuros de un concepto*. **Aposta Revista de Ciencias Sociales**. nº 9, junio, 2004.
- ROCHON, A. **Educación para la salud. Una guía práctica para realizar un proyecto**, Barcelona, Masson, 1992.
- RODRIGUEZ CABRERO, G. **La integración social del drogodependiente**, Madrid, Delegación del Gobierno para el PNSD, 1990.
- RODRIGUEZ CABRERO, G. *La incorporación social de los drogodependientes y el Estado del Bienestar* (inédita), en **Jornadas sobre Intervención en Drogodependencias: Políticas, modelos y programas**. GID, Segovia, 1992.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. **El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos**. Madrid, Fundamentos, 2004.
- ROGERS, C. **Orientación psicológica y psicoterapia**. Madrid, Narcea, 1978.
- ROGERS, C. **El proceso de convertirse en persona**. Buenos Aires, Paidós, 1979.
- SALABERT, J.D. y OTROS. **Propuesta de programa de intervención motivacional transteórica en el tratamiento de la adicción a opiáceos**, Málaga, Diputación de Málaga, 2001.
- SANCHEZ, L. *Los programas de inserción*, seminario “**La dimensión comunitaria de los servicios sociales**”. Madrid, PNSD, 1998.

- SLUZKI, C. E. **La red social: Frontera de la Práctica Sistémica**. Barcelona, Gedisa, 1996.
- SOTELO, H. *La coordinación en el campo de la prevención de las drogodependencias: Tendencias actuales*, en “**Encuentros municipales sobre drogodependencias**”, p 117-124, Bilbao, 1992.
- STANTON Y TOOD. **Terapia familiar del abuso de drogas**, Barcelona, Gedisa, 1997.
- TEZANOS, J.F. **La sociedad dividida**, Madrid, Biblioteca Nueva, 2001.
- TEZANOS, J. F. **Tendencias en desigualdad y exclusión social**. Sistema. Madrid, 2004.
- UNAD. Documento marco de la UNAD: *Incorporación sociolaboral de personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos*. Madrid, UNAD, 2005.
- UNAD. **Incorporación sociolaboral de drogodependientes: nuevas alternativas**, Madrid. UNAD, 2000.
- UNAD. **Manual práctico para la creación de Empresas de inserción**. Madrid, UNAD, 2002.
- UNAD. **Empresas de inserción social: un enfoque empresarial**. Madrid, UNAD, 2003.
- VILLALBA, C. *Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria*, en **Intervención psicosocial nº 4**. Colegio de psicólogos, Madrid, 1993.
- VILLALBA, C. *El Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social*. Departamento de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olvide, Sevilla, 2004.

- WEINBERG, P. *Formación profesional, empleo y empleabilidad. Foro Mundial de Porto Alegre*. 2004. Consultado el 17 de octubre de 2011 en: <http://www.ilo.org/public/apanish/region/ampro/cinterfor/publ/sala/weinberg>
- ZUBERO, I. **Problemática y necesidades del colectivo de drogodependientes en situación de exclusión social en Bizkaia**. Bilbao, Universidad del País Vasco, 2003.

## ANEXO

### 1: Guiones

180

El esquema del guión para las entrevistas en profundidad es el siguiente:

1. Situación actual del Plan
2. Existencia de planes anteriores sobre drogodependencias en el municipio
3. Ha sido evaluado alguno de los planes, incluyendo el actual
4. Coordinación con servicios y plan regional
5. Perfil profesional personas directamente vinculadas al desarrollo del plan
6. Subcontratación gestión de servicios
7. Dificultades en el desarrollo del Plan:
  - institucionales
  - coordinación
  - desarrollo
  - fondos
8. Retos de futuro:
  - qué áreas consideran prioritarias
  - situación económica
9. Mejoras introducidas a lo largo del recorrido del Plan

En el caso de los grupos de discusión, se siguió el siguiente guión:

*Presentación iniciativa, persona dinamizadora y participantes (Cargos y relación con el Plan)*

181

**1. Proceso de elaboración: planes municipales**

Metodología elaboración, (cómo se hizo el plan: utilización de guías autonómicas, municipales...etc)

Participantes, (elaborado por técnicos, por políticos, por entidades externas, con participación social...etc)

Situación: se aprobó en pleno, es el mismo desde hace años..etc

Difusión: ¿conoce la población el plan?

**2. Coordinación con autonomías:**

-con responsables (existencia de mesas o plataformas de coordinación, nivel de las mismas, dificultades)

-con recursos/proyectos autonómicos (existencia de mesas o plataformas de coordinación, nivel de las mismas, dificultades)

-con otros servicios (existencia de mesas o plataformas de coordinación, nivel de las mismas, dificultades)

**3. Ha sido evaluado alguno de los planes, incluyendo el actual**

**4. Áreas en las que desarrollan actividad:**

La prevención (saldrá en el discurso): ¿desarrollan algún tipo de prevención selectiva?

**5. Dificultades en el desarrollo del Plan:** (institucionales; coordinación; desarrollo; fondos)

**6. Mejoras introducidas**

7. **Retos de futuro:** (-qué áreas consideran prioritarias; influencia situación económica)

8. **Papel de la FEMP:** ¿conocen actividades de la FEMP en materia de drogodependencias?. Independientemente ¿cuál creen que debería ser su papel?.

## 2: Cuestionario

1. Municipio:

2. Provincia:

3. Actualmente cuenta con un Plan de Drogodependencias vigente:

Sí  No

3.a ¿Existía anteriormente un Plan de Drogodependencias?

Sí  No

3.b ¿Situación actual de la planificación sobre drogodependencias en su municipio?

(Marca sólo una de las opciones, por favor)

Esperando aprobación nuevo plan	<input type="checkbox"/>	Esperando financiación	<input type="checkbox"/>
Nuevo plan en elaboración	<input type="checkbox"/>	Plan recién finalizando	<input type="checkbox"/>
Planificación sobre drogodependencias suspendida	<input type="checkbox"/>	Evaluando Plan	<input type="checkbox"/>

3. Si no cuenta con un Plan de drogodependencia ¿se desarrolla alguna actividad o programa vinculado a drogodependencia?

Sí  No

3.d Persona responsable del Plan Municipal de Drogas o actividades vinculadas:

Nombre:	<input type="text"/>
Responsabilidad:	<input type="text"/>

3.e Mail de contacto:

Si desarrolla alguna actividad o tiene/ ha tenido Plan Vigente:

4. Nº de personas directamente vinculadas al desarrollo del plan de drogodependencias o actividades vinculadas:

5. Perfil profesional de éstas:

184

6. ¿Desde qué año cuenta el municipio con Plan de Drogodependencias o realiza actividades vinculadas?

7. Nombre del Plan o actividades:

8. Breve resumen del Plan (Misión, objetivos...etc)

9. Periodo de vigencia del Plan (en años) (En caso de ser actividad duración programada en años (6 meses = 0,5 años):

10. Ámbitos de las acciones prevención (general, laboral, escolar primaria, escolar secundaria..etc)

11. Acciones o programas de prevención:



12. Acciones o programas de asistencia:



13. Acciones o programas de inclusión social:



14. Otras acciones o programas:



15. Existencia de coordinación con servicios y plan autonómico:

Sí  No

16. ¿Existen estructuras estables de Coordinación entre concejalías o departamentos municipales para la gestión y el seguimiento del Plan?

Sí  No

16.a Concejalías implicadas en desarrollo del Plan o actividades:



17. ¿Existe una comisión de participación social?

Sí  No

17.a En caso afirmativo ¿Quiénes la forman?

18. ¿Participan entidades del tercer sector en el desarrollo del Plan o las actividades?

Sí  No

En caso afirmativo

18.a Qué tipo de actividades desarrollan

18.b Tipo de vinculación (contrato, convenio, subvención, rsc...)

19. ¿Cuáles han sido/ fueron las mayores dificultades y/o problemas que se han experimentado en el desarrollo del Plan municipal de drogas o actividades?

19.b ¿Cómo se han resuelto estos problemas?

--

20. Ha sido evaluado alguno de los planes incluyendo el actual:

Sí  No

20.a ¿Qué tipo de evaluación?

(Puedes marcar una, varias o todas)

<input type="checkbox"/>	Diseño	<input type="checkbox"/>	Resultados	<input type="checkbox"/>	Proceso	<input type="checkbox"/>	Impacto
--------------------------	--------	--------------------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------	---------

21. A lo largo del tiempo ¿cuáles han sido las mejoras más relevantes introducidas para mejorar el funcionamiento del Plan Municipal o las actividades desarrolladas?

3: Listado de los municipios españoles de más de 20.000 habitantes, ordenados por provincias

MUNICIPIOS ESPAÑOLES DE MÁS DE 20.000 HABITANTES		
<b>ALBACETE</b>	Almansa	25.432
	Villarrobledo	26.485
	Hellín	31.199
	Albacete	171.390
<b>ALICANTE</b>	Aspe	20.292
	Rojales	21.583
	Alfàs del Pi, l'	21.670
	Sant Joan d'Alacant	22.554
	Pilar de la Horadada	22.967
	Mutxamel	23.522
	Ibi	23.683
	Altea	24.056
	Novelda	26.873
	Campello, el	27.345
	Crevillent	28.362
	Calp	29.718
	Jávea/Xàbia	32.469
	Villajoyosa/Vila Joiosa, la	32.733
	Santa Pola	33.372
	Petrer	34.726
	Villena	34.966
	Dénia	44.726
	San Vicente del Raspeig/Sant Vicent del Raspeig	54.531
	Elda	54.610
Alcoy/Alcoi	61.093	
Benidorm	72.062	
Orihuela	88.714	
Torre Vieja	102.136	
Elche/Elx	230.354	
Alicante/Alacant	334.329	
<b>ALMERIA</b>	Vícar	23.656
	Adra	24.512
	Níjar	29.284
	Ejido, El	83.774
	Roquetas de Mar	89.851
	Almería	190.349
<b>ALAVA</b>	Vitoria-Gasteiz	239.562
<b>ASTURIAS</b>	Castrillón	22.893
	Mieres	42.951
	Langreo	44.737
	Siero	52.094
	Avilés	83.617
	Oviedo	225.391
	Gijón	277.559
<b>AVILA</b>	Ávila	59.008
<b>BADAJOS</b>	Villanueva de la Serena	26.076
	Almendralejo	34.319
	Don Benito	36.660
	Mérida	57.797
	Badajoz	151.565

MUNICIPIOS ESPAÑOLES DE MÁS DE 20.000 HABITANTES		
I.BALEARS	Sant Antoni de Portmany	22.299
	Sant Josep de sa Talaia	23.688
	Maó	28.942
	Ciutadella de Menorca	29.315
	Inca	29.966
	Santa Eulalia del Río	33.734
	Marratxí	34.385
	Llucmajor	36.959
	Manacor	40.873
	Eivissa	49.388
	Calvià	52.451
Palma	405.318	
BARCELONA	Manlleu	20.445
	Esparreguera	21.986
	Masnou, El	22.523
	Castellar del Vallès	23.238
	Olesa de Montserrat	23.924
	Molins de Rei	24.572
	Santa Perpètua de Mogoda	25.331
	Pineda de Mar	26.040
	Sant Andreu de la Barca	27.094
	Martorell	27.457
	Sant Vicenç dels Horts	28.137
	Premià de Mar	28.310
	Sitges	28.617
	Sant Pere de Ribes	28.783
	Barberà del Vallès	32.033
	Sant Joan Despí	32.406
	Sant Adrià de Besòs	34.157
	Montcada i Reixac	34.232
	Ripollet	37.348
	Vilafranca del Penedès	38.785
	Igualada	39.191
	Vic	40.900
	Sant Feliu de Llobregat	43.096
	Gavà	46.250
	Esplugues de Llobregat	46.687
	Mollet del Vallès	52.409
	Cerdanyola del Vallès	58.247
	Granollers	60.000
	Castelldefels	63.139
	Prat de Llobregat, El	63.499
	Viladecans	64.737
	Vilanova i la Geltrú	66.905
	Rubí	73.979
	Manresa	76.589
	Sant Boi de Llobregat	82.860
	Sant Cugat del Vallès	83.337
	Cornellà de Llobregat	87.243
Santa Coloma de Gramenet	120.824	
Mataró	123.868	
Sabadell	207.721	

MUNICIPIOS ESPAÑOLES DE MÁS DE 20.000 HABITANTES		
	Terrassa	213.697
	Badalona	219.786
	Hospitalet de Llobregat, L'	256.065
	Barcelona	1.615.448
<b>BIZKAIA</b>	Erandio	24.262
	Durango	28.226
	Sestao	28.959
	Galdakao	29.049
	Leioa	30.454
	Basauri	42.166
	Santurtzi	47.076
	Portugalete	47.742
	Getxo	80.089
	Barakaldo	100.061
	Bilbao	352.700
<b>BURGOS</b>	Aranda de Duero	33.229
	Miranda de Ebro	38.930
	Burgos	179.251
<b>CÁCERES</b>	Plasencia	41.392
	Cáceres	95.026
<b>CÁDIZ</b>	Conil de la Frontera	21.664
	Barrios, Los	22.853
	Barbate	22.928
	Rota	29.125
	San Roque	29.965
	Arcos de la Frontera	31.496
	Puerto Real	41.101
	Línea de la Concepción, La	64.944
	Sanlúcar de Barrameda	66.944
	Chiclana de la Frontera	79.839
	Puerto de Santa María, El	88.917
	San Fernando	96.894
	Algeciras	117.810
Cádiz	124.892	
Jerez de la Frontera	210.861	
<b>CANTABRIA</b>	Piélagos	22.223
	Camargo	31.556
	Castro-Urdiales	32.374
	Torrelavega	55.553
	Santander	179.921
<b>CASTELLÓ</b>	Onda	25.704
	Almazora/Almassora	25.945
	Benicarló	26.553
	Vinaròs	28.508
	Vall d'Uixó, la	32.864
	Borriana/Burriana	35.433
	Vila-real	51.168
Castellón de la Plana/Castelló de la Plana	180.114	
<b>CEUTA</b>	Ceuta	82.376
<b>CREAL</b>	Valdepeñas	31.141
	Alcázar de San Juan	31.652
	Tomelloso	38.966

MUNICIPIOS ESPAÑOLES DE MÁS DE 20.000 HABITANTES		
	Puertollano	52.200
	Ciudad Real	74.798
<b>CÓRDOBA</b>	Baena	21.028
	Cabra	21.188
	Palma del Río	21.537
	Priego de Córdoba	23.528
	Montilla	23.870
	Puente Genil	30.424
	Lucena	42.560
	Córdoba	328.659
	<b>ACORUÑA</b>	Cambre
Ribeira		27.699
Ames		28.852
Culleredo		29.207
Arteixo		30.482
Carballo		31.303
Oleiros		34.133
Narón		38.910
Ferrol		72.963
Santiago de Compostela		95.207
Coruña, A		246.028
<b>CUENCA</b>		Cuenca
<b>GIPUZKOA</b>	Arrasate/Mondragón	21.972
	Zarautz	22.697
	Eibar	27.396
	Errenteria	39.217
	Irun	61.006
	Donostia-San Sebastián	186.185
<b>GIRONA</b>	Sant Feliu de Guíxols	21.814
	Palafrugell	22.816
	Salt	30.389
	Olot	33.725
	Blanes	39.834
	Lloret de Mar	40.282
	Figuères	44.765
	Girona	96.722
<b>GRANADA</b>	Guadix	20.375
	Maracena	21.264
	Loja	21.618
	Baza	22.092
	Armillá	22.283
	Almuñécar	27.754
	Motril	60.887
	Granada	240.099
<b>GUADALAJ</b>	Azuqueca de Henares	34.195
	Guadalajara	84.453
<b>HUELVA</b>	Moguer	20.418
	Ayamonte	20.763
	Isla Cristina	21.903
	Almonte	22.525
	Lepe	27.241
	Huelva	148.918

MUNICIPIOS ESPAÑOLES DE MÁS DE 20.000 HABITANTES			
<b>HUESCA</b>	Huesca	52.443	
	Alcalá la Real	22.758	
	Martos	24.739	
	Úbeda	35.866	
<b>JAEN</b>	Andújar	39.095	
	Linares	61.110	
	Jaén	116.781	
	San Andrés del Rabanedo	31.562	
<b>LEON</b>	Ponferrada	68.508	
	León	132.744	
<b>LLEIDA</b>	Lleida	138.416	
<b>LUGO</b>	Lugo	98.007	
	Algete	20.701	
<b>MADRID</b>	Torrelodones	22.354	
	Mejorada del Campo	22.677	
	Ciempozuelos	23.354	
	Navalcarnero	24.613	
	Villaviciosa de Odón	26.646	
	Galapagar	32.575	
	Tres Cantos	41.065	
	San Fernando de Henares	41.380	
	Colmenar Viejo	45.468	
	Pinto	45.643	
	Boadilla del Monte	46.151	
	Arganda del Rey	54.220	
	Aranjuez	55.755	
	Collado Villalba	60.998	
	Valdemoro	68.418	
	Majadahonda	70.076	
	Rivas-Vaciamadrid	72.896	
	San Sebastián de los Reyes	79.825	
	Pozuelo de Alarcón	82.916	
	Rozas de Madrid, Las	89.151	
	Coslada	91.861	
	Alcobendas	109.705	
	Parla	121.995	
	Torrejón de Ardoz	122.589	
	Alcorcón	168.523	
	Getafe	170.115	
	Leganés	186.552	
	Fuenlabrada	198.560	
	Alcalá de Henares	203.686	
	Móstoles	205.015	
	Madrid	3.265.038	
	<b>MÁLAGA</b>	Coín	22.159
		Nerja	22.294
Cártama		22.867	
Alhaurín el Grande		23.807	
Alhaurín de la Torre		36.730	
Ronda		36.793	
Rincón de la Victoria		40.339	
Antequera	41.854		

<b>MUNICIPIOS ESPAÑOLES DE MÁS DE 20.000 HABITANTES</b>		
	Benalmádena	63.788
	Estepona	65.667
	Torremolinos	68.181
	Fuengirola	74.054
	Vélez-Málaga	77.004
	Mijas	79.262
	Marbella	138.662
	Málaga	568.030
<b>MELILLA</b>	Melilla	78.476
	Alhama de Murcia	20.725
	Torres de Cotillas, Las	21.443
	San Pedro del Pinatar	24.093
	Jumilla	25.926
	Caravaca de la Cruz	26.438
	Totana	29.961
	San Javier	32.366
	Torre-Pacheco	33.218
<b>MURCIA</b>	Yecla	34.813
	Águilas	34.990
	Cieza	35.425
	Mazarrón	35.473
	Alcantarilla	41.568
	Molina de Segura	66.775
	Lorca	92.869
	Cartagena	214.918
	Murcia	442.203
	Barañain	21.552
<b>NAVARRA</b>	Tudela	35.429
	Pamplona/Iruña	197.932
<b>OURENSE</b>	Ourense	108.002
<b>PALENCIA</b>	Palencia	81.552
	Tías	20.102
	Pájara	20.565
	Teguise	20.788
	Oliva, La	22.953
	Mogán	23.476
	Gáldar	24.361
<b>LAS PALMAS</b>	Agüimes	29.767
	Ingenio	29.871
	Puerto del Rosario	35.664
	Arucas	36.872
	San Bartolomé de Tirajana	54.613
	Arrecife	57.357
	Santa Lucía de Tirajana	66.130
	Telde	101.375
	Palmas de Gran Canaria, Las	383.343
	Lalín	21.127
	Estrada, A	21.759
	Ponteareas	23.561
<b>PONTEV.</b>	Marín	25.864
	Cangas	26.121
	Redondela	30.006

<b>MUNICIPIOS ESPAÑOLES DE MÁS DE 20.000 HABITANTES</b>		
	Vilagarcía de Arousa	37.903
	Pontevedra	82.400
	Vigo	297.241
<b>LARIOJA</b>	Calahorra	24.839
	Logroño	152.641
<b>SALAMANCA</b>	Salamanca	153.472
	Guía de Isora	20.396
	Llanos de Aridane, Los	21.145
	Tacoronte	23.699
	Icod de los Vinos	24.147
<b>SANTACRUZ</b>	Candelaria	25.957
	Puerto de la Cruz	32.817
	Realejos, Los	38.015
	Granadilla de Abona	41.555
	Orotava, La	41.706
	Adeje	45.134
	Arona	75.339
	San Cristóbal de La Laguna	153.187
	Santa Cruz de Tenerife	222.271
<b>SEGOVIA</b>	Segovia	55.220
	San Juan de Aznalfarache	21.439
	Mairena del Alcor	21.560
	Tomares	23.661
	Camas	26.292
	Lebrija	27.029
	Morón de la Frontera	28.489
<b>SEVILLA</b>	Carmona	28.679
	Coria del Río	29.284
	Rinconada, La	37.239
	Palacios y Villafranca, Los	37.500
	Écija	40.718
	Mairena del Aljarafe	42.186
	Utrera	51.630
	Alcalá de Guadaíra	72.800
	Dos Hermanas	127.375
	Sevilla	703.021
<b>SORIA</b>	Soria	39.987
	Amposta	21.445
	Vila-seca	21.839
	Calafell	24.984
	Valls	25.016
	Salou	26.193
<b>TARRAGONA</b>	Cambrils	33.008
	Tortosa	34.432
	Vendrell, El	36.453
	Reus	106.709
	Tarragona	134.085
<b>TERUEL</b>	Teruel	35.288
	Illescas	23.627
<b>TOLEDO</b>	Toledo	83.108
	Talavera de la Reina	88.674
	Carcaixent	20.687

MUNICIPIOS ESPAÑOLES DE MÁS DE 20.000 HABITANTES		
	Alfajar	20.728
	Riba-roja de Túria	21.094
	Requena	21.394
	Bétera	21.512
	Pobla de Vallbona, la	21.708
	Moncada	21.860
	Alboraya	22.563
	Cullera	23.304
	Llíria	23.397
	Paiporta	24.298
	Quart de Poblet	25.449
	Catarroja	27.330
<b>VALENCIA</b>	Algemesí	28.293
	Oliva	28.400
	Sueca	28.986
	Xàtiva	29.469
	Alaquàs	30.235
	Xirivella	30.405
	Aldaia	30.645
	Manises	30.747
	Ontinyent	37.606
	Burjassot	38.205
	Mislata	43.657
	Alzira	44.752
	Sagunto/Sagunt	65.595
	Paterna	66.948
	Gandia	78.704
	Torrent	80.610
	Picassent	20.087
	Valencia	798.033
<b>VALLADOLID</b>	Medina del Campo	21.607
	Laguna de Duero	22.334
	Valladolid	313.437
<b>ZAMORA</b>	Zamora	65.525
	Calatayud	20.837
<b>ZARAGOZA</b>	Zaragoza	674.725

[Fuente: elaboración propia con datos del INE, 2012.]

## 4: Índice desarrollado

INTRODUCCIÓN:	6
I. VISION HISTÓRICA DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PMD EN EL CONTEXTO ESPAÑOL	6
I.1 Principales hitos de la evolución histórica de la intervención local en drogodependencias.	6
I.2 Los programas de prevención e incorporación social	11
I.3- La estrategia nacional sobre drogas del periodo 2000-2008	15
I.4 El papel de la femp en la política municipal sobre drogodependencias.	19
I.4.1 La evolución del certamen de buenas prácticas en drogodependencias	21
II. ¿QUÉ DEBE SER UN PMD Y CÓMO DEBE DESARROLLAR SUS TAREAS Y COMPETENCIAS?	26
II.1 Dimensión política	26
II. 2 Areas de intervención	28
II.2.1 Características	29
III. ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN: FASES, OBJETIVOS Y METODOLOGIA	31
III.1 Fase de estudio de la realidad	34
III.2 Fase. Diagnóstico.	36
III.3 Fase. Diseño de estartegias, planes y programas	37
III.4 FASE. Realización	41
III.5 FASE. Evaluación. Conocer para mejorar	43
III. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	46
III.1 Técnicas cuantitativas	48
III.2 Técnicas cualitativas	50
III.3 Selección de muestra.	50
III.3.1 Estratificación en función del tamaño:	51
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	55
I. El motivo de esta forma de análisis	55

II.	Situación actual de los PMD .....	57
III.	Aspectos legales y formales .....	63
III.1	Elaboración de estudios y/o diagnósticos previos.....	63
III.2	Mancomunidades de planes municipales de drogodependencias .....	65
III. 3	¿De quién depende el plan municipal de drogodependencias? .....	66
III. 4	Fondos económicos para el desarrollo del PMD.....	70
IV.	El problema de la falta de delimitación de los contenidos del PMD.....	75
IV.1	Proceso de elaboración .....	75
IV.2	Los equipos técnicos .....	77
IV.3	El problema de la falta de evaluación:.....	82
V.	Las áreas y contenidos de los PMD .....	86
V.1	La cuestión de la prevención.....	88
V.2	La cuestión de la inclusión social y laboral. ....	101
V.3	La cuestión de la asistencia.....	103
VI.	La visión de los equipos técnicos. ....	106
VI.1	La idoneidad de un plan de drogodependencias .....	106
VII.	La coordinación intra y supra municipal. la cooperación de otras entidades y organizaciones. ....	108
VII.1	Coordinación a nivel autonómico .....	108
VII.2	Coordinación a nivel municipal .....	111
VIII.	Dificultades, necesidades y retos futuros. ....	125
VIII.1	Dificultades institucionales: .....	126
VIII.2	Dificultades de coordinación: .....	128
VIII.3	Dificultades de desarrollo: .....	130
VIII.4	Dificultades económicas: .....	133
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		139
I.	En relación con las áreas de intervención .....	139
I.1	Prevención .....	139

Recomendaciones.....	143
I.2 Incorporación social.....	146
Recomendaciones:.....	149
I.3 Apoyo al tratamiento .....	150
Recomendaciones:.....	151
I.4 Modificación de la percepción social del fenómeno .....	152
Recomendaciones:.....	152
II. En relación con las fases .....	153
II.1 Estudio de la realidad.....	153
Recomendaciones:.....	153
II.2 Diagnóstico .....	154
Recomendaciones:.....	154
II.3 Planificación.....	155
Recomendaciones:.....	155
II.4 Realización .....	155
Recomendaciones:.....	156
II.5 Evaluación .....	156
Recomendaciones:.....	157
III. La formación .....	157
Recomendaciones:.....	158
IV. Financiación.....	159
Recomendaciones:.....	160
V. Coordinación .....	160
Recomendaciones.....	161
VI. Redefinición y reforzamiento del apoyo institucional.....	162
VI.1 El PND y las comunidades autónomas .....	162
VI.2 El rol de la Federación Española de Municipios y Provincias.....	163

BIBLIOGRAFÍA .....	165
ANEXO .....	180
1: Guiones .....	180
2: Cuestionario .....	183
3: Listado de los municipios españoles de más de 20.000 habitantes, ordenados por provincias .....	188
4: Índice desarrollado .....	196
5: Base contactos locales drogodependencias (CD) .....	199

## **5: BASE CONTACTOS LOCALES DE DROGODEPENDENCIAS**