

Documents

Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2009-12



PLA D'ACCIÓ SOBRE DROGUES DE BARCELONA 2009-12

Aprovat pel Plenari del Consell
Municipal de l'Ajuntament de Barcelona
en sessió del dia 29 de juliol de 2009

Edita: Agència de Salut Pública de Barcelona
Edició: Barcelona, octubre 2009
Tiratge: 1.000 exemplars
D.L.: B-36.869-2009
Producció gràfica: Primer Segona serveis de comunicació

Isabel Ribas i Seix
Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i
Delegada de Salut de l'Ajuntament de Barcelona

Conrad Casas i Segalà
Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Joan Ramon Villalbí i Hereter
Adjunt a la gerència de l'Agència de Salut Pública de
Barcelona

Lucía Artazcoz i Lazcano
Directora de l'Institut de Serveis a la Comunitat de
l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Coordinació general del Pla

M. Teresa Brugal i Puig
Cap del Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències
de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Redacció

M. Teresa Brugal, Albert Espelt i Anna Guitart
Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències de
l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Agraïm la participació de tots els professionals implicats en l'elaboració del Pla i de les institucions que hi han col·laborat.

RELACIÓ D'ORGANISMES I INSTITUCIONS PARTICIPANTS EN L'ELABORACIÓ DEL PLA D'ACCIÓ SOBRE DROGUES 2009-12

Grup Polític de Drogues de l'Ajuntament de Barcelona, format pels il·lustrisims Regidors:

Sr. Gerard Ardanuy i Mata (CiU)
Sra. Ester Capella i Farré (ERC)
Sra. Angeles Esteller i Ruedas (PP)
Sr. Ricard Gomà i Carmona (ICV-EUiA)
Sra. Sara Jaurrieta i Guarnier (PSC)
Sr. Carles Martí i Jufresa (PSC)
Sr. Joan Puigdollers i Fargas (CiU)
I la Delegada de Salut Sra. Isabel Ribas i Seix (ICV-EUiA)

Professionals dels serveis de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Gerència
Institut de Serveis a la Comunitat
Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció
Servei d'Epidemiologia
Servei d'Informació Sanitària
Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències
Servei de Programes i Intervencions Preventives
Servei de Salut Comunitària
Servei de Salut Laboral

Representants de l'administració municipal

Àrea de d'Acció Social i Ciutadania
Àrea de Benestar i Cohesió Territorial
Àrea de Prevenció, Seguretat i Mobilitat
Àrea de Promoció Econòmica
Comissionat de l'Alcaldia per a Immigració i Diàleg Intercultural
Delegació d'Esports
Direcció de Coordinació i Programes Estratègics
Direcció Serveis Participació, Dones, Joventut i Nous Usos del Temps
Direcció de Serveis de Prevenció
Guàrdia Urbana de Barcelona
Institut de Cultura de Barcelona
Institut Municipal d'Educació de Barcelona

Representants d'altres administracions

Consorci Sanitari de Barcelona
Consorci de Serveis Socials de Barcelona
Consorci d'Educació de Barcelona
Direcció del Pla de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya
Subdirecció General de Drogodependències. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Consell Municipal de Benestar Social. Membres del grup de treball sobre drogodependències

Àmbit Prevenció
Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)
Associació de Veïns del barri de Porta
Comissions Obreres (CCOO)
Col·legi d'Advocats de Barcelona. Comissió de Drogues
Col·legi de Farmacèutics de la Província de Barcelona
Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona
Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya
Consell de la Joventut de Barcelona (CJB)
Creu Roja a Barcelona
Federació Catalana de Drogues
Federació Catalana de Voluntariat Social
Fundació Mensalus
Grup Ajuda Mútua Alcohòlics Rehabilitats
Institut Genus, SL
Projecte Home
Regió Policia Metropolitana de Barcelona - Mossos d'Esquadra
Unió General de Treballadors (UGT)
Universitat de Barcelona

ÍNDEX

1. Introducció	7
2. Metodologia	11
3. Avaluació del Pla de drogues 2006-08	15
Abordatge de ciutat	17
Poblacions vulnerables	20
<i>Infant i adolescents</i>	20
<i>Joves</i>	22
<i>Dones</i>	24
Població addicta a substàncies psicoactives	25
Quadre resum avaluació objectius del Pla de drogues 2006-08	29
4. Anàlisi de la situació	33
Abordatge de ciutat	35
Infants i adolescents	40
Joves i dones	42
Població addicta a substàncies psicoactives	45
5. Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2009-12	47
Marc conceptual	49
Missió-estratègia	49
Filosofia i principis rectors	50
Planificació operativa	51
1. <i>Abordatge de ciutat</i>	51
2. <i>Infants i adolescents</i>	52
3. <i>Joves</i>	54
4. <i>Població addicta a substàncies psicoactives</i>	55
6. Cartera de serveis i pla d'equipaments	61
Criteris del pla d'equipaments	63
Cartera de serveis dels recursos	64
Propostes específiques d'equipaments	65
Costos i calendari del desplegament dels nous equipaments	66
Comissions i meses de control del PADB	66
7. Disponibilitat de recursos segons el districte	67
8. Bibliografia	77

1. INTRODUCCIÓ

A finals dels anys vuitanta, la ciutat de Barcelona va haver de fer front a una crisi de primer ordre en relació amb les drogues, notablement l'heroïna. L'entrada d'Espanya al mercat mundial de les drogues uns anys abans va anar seguida d'una expansió del consum d'aquestes, que va comportar un fort impacte negatiu en la salut i en la vida de la societat. L'indicador més explícit d'aquest impacte va ser l'augment de la mortalitat. A finals dels anys vuitanta, i durant més d'una dècada, la mortalitat relacionada amb les drogues va ocupar les primeres posicions en els índexs de mortalitat prematura.

En aquest context, l'Ajuntament de Barcelona va optar per liderar una resposta ciutadana a aquest problema emergent. Ho va fer buscant un ampli consens professional i social per mitjà de la creació d'un grup de treball sobre drogues dins del Consell Municipal de Benestar Social, que va ser instrumental. Tot seguit, es va elaborar un Pla d'acció sobre drogues que va ser discutit i consensuat per un Grup Polític de Drogues format per regidors de tots els grups polítics presents al consistori, i que fou aprovat per unanimitat al Consell Plenari. Aquest Pla va posar en primer terme la necessitat d'actuar sobre l'oferta de drogues, amb les eines de dissuasió a l'abast de l'estat de dret, i també sobre la demanda de drogues, amb l'articulació de programes preventius adreçats als menors i de programes d'atenció als addictes. El Pla va representar un punt d'inflexió, ja que va permetre afrontar amb un ampli consens social els estralls que fan les drogues, de manera que es va aconseguir reduir aquests estralls i alhora es va poder respondre als nous reptes que en aquell moment plantejava la irrupció de la sida. Sobre aquests progressos va ser possible bastir successius plans d'acció sobre drogues, així com una ampliació dels programes i serveis existents a la ciutat per fer front al problema. Va disminuir la mortalitat per aquest concepte, va millorar el grau de control de les malalties transmissibles sovint vinculades a les drogues com ara la sida i la tuberculosi, i es va reduir la disrupció dels serveis sanitaris i la societat. Al tombant de segle, l'epidèmia d'heroïna era estabilitzada (i la cocaïna emergia progressivament com a droga d'abús). El tràfic de drogues s'havia concentrat en uns quants punts de la ciutat, i el gros del problema, al barri Can Tunis (prop del port i fora del nucli urbà), que atreïa un miler de compradors diaris. La visibilitat del problema era molt menor per al ciutadans, tot i que continuava afectant moltes persones i requeria una forta resposta sanitària i social. En aquest context, l'enderroc de Can Tunis per a l'ampliació del port el 2003-2004 va comportar el desplaçament al nucli urbà i a altres ciutats metropolitanès d'activitats de tràfic i consum de drogues, amb una visibilitat més gran del problema, que va comportar una creixent alarma social. L'increment de la població immi-

grant i la caiguda en l'addicció d'alguns segments de població marginal d'origen estranger van ser també nous fenòmens paral·lels.

És en aquest context que el 2004 es va abordar la formulació del Pla de drogues. Els canvis esdevinguts, amb l'emergència de la cocaïna i la recerca de respostes per disminuir els riscos que el consum planteja per als usuaris que no poden o no volen iniciar tractament, van marcar-ne el moment. Per respondre al nou context i els reptes que plantejava, es va engegar un ampli procés participatiu, incorporant-hi noves metodologies relacionades amb la valoració de l'impacte en la salut de les diverses actuacions. Com a fruit de tot això, es va elaborar el Pla de drogues 2005-2008, que va comportar la formulació d'uns objectius més específics que els inicials, i es va acompanyar d'un pla d'equipaments com a annex. Una vegada transcorreguts aquests tres anys, doncs, calia avaluar el Pla i actualitzar-lo per al període 2009-2012, buscant el consens social i sanitari més ampli possible. Seguint les orientacions marcades pel Departament de Salut, s'ha formulat explícitament com a Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona (PADB) i s'ha plantejat com un veritable pla de ciutat i no tan sols municipal, per tal d'implantar-hi els serveis socials i de salut municipals i també autonòmics. En la seva formulació del Pla, doncs, hi han intervingut el Consorci Sanitari de Barcelona, el Consorci de Serveis Socials de Barcelona, el Departament de Salut, l'Àmbit d'Acció Social i Ciutadania de l'Ajuntament i l'Agència de Salut Pública de Barcelona. A més, les propostes s'han consultat amb el Grup de Drogues del Consell Municipal de Benestar Social. El Grup Polític de Drogues de l'Ajuntament ha estat qui ha definit el procediment d'elaboració i el calendari, i els seus membres han rebut informació detallada de l'avaluació feta i de l'estat del problema, i han també expressat les seves prioritats respectives, que el text adjunt intenta recollir. La situació és ara probablement millor que quan es va aprovar el Pla anterior, però en el Pla s'identifiquen un seguit de propostes i accions que poden millorar-la. En aquest sentit, el nou Pla intenta construir-se sobre l'experiència i els progressos assolits.

2. METODOLOGIA

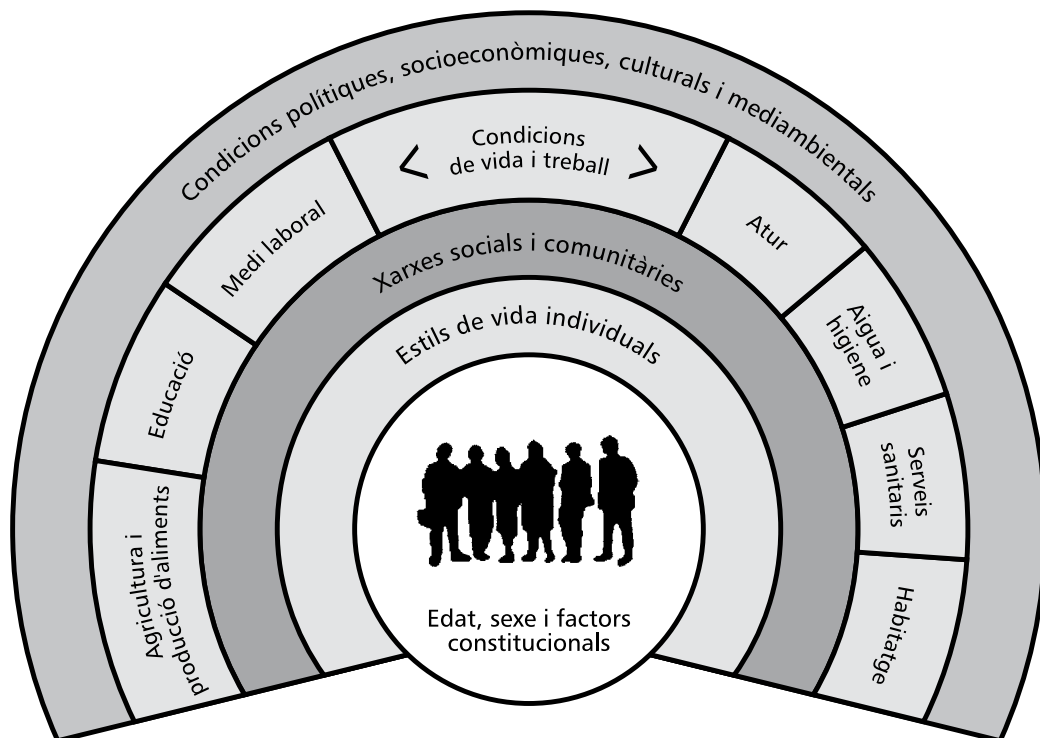
El Pla de drogues de Barcelona 2006-2008 es va realitzar utilitzant la metodologia del Health Impact Assessment (HIA) o Avaluació de l'Impacte en la Salut (AIS) i va implicar un esforç important de participació de diferents agents sanitaris, socials, educatius, culturals, del lleure, dels cossos de seguretat i d'altres, a fi de cercar el més ampli consens polític, social i professional.

Aquesta metodologia implicava la prioritització de polítiques o programes en relació amb els seus potencials efectes en la salut de la població, combinant el debat i el consens dels diferents estaments implicats, amb l'evidència de les intervencions plantejades. L'AIS representa un nou enfocament en l'avaluació de polítiques, programes i projectes socials, econòmics i ambientals, i pot ser definida com l'estimació dels efectes d'una acció concreta en la salut en una població definida. Constitueix una recomanació que figura expressament en diverses iniciatives governamentals actuals i d'organismes internacionals, i és un instrument metodològic específicament prioritzat per l'Organització Mundial de la Salut i la Unió Europea.¹

Els objectius de l'AIS consisteixen a avaluar els impactes potencials en la salut –positius i negatius– de les polítiques, programes i projectes, l'ús de la millor evidència disponible per valorar els possibles efectes en la salut d'una política en un marc concret, i la millora de la qualitat del procés de presa de decisions públiques a través de recomanacions per reforçar-ne els impactes positius i minimitzar-ne els negatius. Aquesta sistemàtica es fonamenta en els principis següents:

1. L'existència d'un **model social sobre la salut i el benestar** (Figura 1), considerant que el benestar individual i comunitari està determinat per un ampli rang de **determinants de la salut** que inclouen des dels aspectes biològics fins a les circumstàncies personals o familiars i estils de vida, l'ambient social (posició socioeconòmica, cultura, xarxes socials i participació comunitària), el medi físic (qualitat de l'aire, habitatge, criminalitat, disseny urbà i transport) i els serveis públics.
2. L'**èmfasi explícit en l'equitat i la justícia social**. En aquest context, l'equitat té una dimensió ètica que resulta de les diferències injustes i evitables en l'estat de salut.

Figura 1. Model dels determinants de salut.



Font: Dahlgren i Whitehead

3. Un enfocament multidisciplinari i participatiu

basat en l'experiència i coneixements d'un ampli ventall de persones afectades o interessades, que s'impliquen durant el procés, incloent-hi professionals amb coneixements rellevants dels temes tractats, polítics clau, organitzacions no governamentals i representants dels grups socials que es veuran afectats per una determinada política o projecte.

4. L'ús d'evidència i informació quantitativa i qualitativa

que implica l'avaluació de l'evidència científica quantitativa quan està disponible, però que reconeix també la importància de la informació qualitativa. Pot incloure les opinions, experiència i expectatives dels grups més directament afectats per les polítiques públiques, i incorpora els dos tipus d'evidències.

En conseqüència, el procés d'elaboració d'aquell Pla ha implicat que en gran part les línies mestres continuïn sent actuals i que, per tant, l'actual Pla s'hagi elaborat seguint les directrius de l'anterior. A banda d'això, s'han inclòs les millores proposades pel Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències (SEPAD), en estreta col·laboració amb el conjunt de l'ASPB, les directrius del grup polític de drogues de l'Ajuntament de Barcelona, les contribucions de totes les àrees i departaments municipals implicats, les aportacions del Grup de Drogues del Consell Municipal de Benestar Social de l'Ajuntament de Barcelona, de l'Àmbit d'Acció Social i Ciutadania de l'Ajuntament de Barcelona, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, del Consorci Sanitari de Barcelona i del Consorci de Serveis Social de Barcelona.^a

Aquestes aportacions s'han incorporat a través d'un procés de participació en el qual es van debatre i recollir propostes que consten en el document, i es van prioritzar les estratègies que calia introduir. Al final d'aquest procés podrem afirmar que el PADB haurà estat actualitzat d'acord amb les necessitats del moment i per als propers quatre anys, identificant els objectius i les línies d'actuació prioritàries entorn de la temàtica de les drogues a la ciutat.

a. S'annexa la relació detallada dels organismes implicats en el procés.

3. AVALUACIÓ DEL PLA DE DROGUES 2006-08

El Pla de drogues de Barcelona per al període 2006-2008 va suposar un canvi en la forma de classificar els objectius. Fins aleshores, els plans s'havien estructurat en cinc grans eixos d'intervenció (eix preventiu, eix assistencial i d'incorporació social, eix de seguretat i dissuasió, eix de suport científic, d'informació i recerca, i eix territorial), mentre que el darrer Pla es va dissenyar partint de la necessitat de disposar d'una estratègia comuna per al conjunt de la ciutat que alhora tingués en compte les característiques dels diferents col·lectius que la integren. És per això que el PADB 2006-2008 estava format pels grans apartats següents: model de ciutat, poblacions vulnerables, i població addicta a substàncies psicoactives.

ABORDATGE DE CIUTAT

Els sis objectius i les vint-i-sis accions d'aquest àmbit estaven dirigits a implicar els ciutadans, impulsar una reordenació dels espais de consum, possibilitar un model d'integració intercultural d'ús de l'espai públic, vetllar pel compliment efectiu de la normativa i garantir una coordinació intersectorial eficaç.

Pel que fa a l'**objectiu 1** sobre la implicació dels ciutadans com a agents socials de salut impulsant accions de prevenció i promoció de salut, polítiques de vida quotidiana i afavoridores d'estils de vida saludables, cal destacar:

- PlajoveBCN 2006-2010. Pla director de la política de joventut de l'Ajuntament de Barcelona.
- Pla de l'esport en l'edat escolar a Barcelona i creació del Consell de Coordinació Esportiva en Edat Escolar.
- El programa "Salut als barris", lligat a la Llei de barris, ha permès engregar accions per reduir les desigualtats socials en salut a partir d'un procés participatiu en aquests nuclis urbans que han rebut els ajuts destinats a la millora integral dels barris, per evitar-ne la degradació, afavorir-ne la cohesió social i millorar les condicions dels residents en aquests barris.
- Pla d'acció 2008-2011 del Projecte educatiu de ciutat que concreta la vinculació de les entitats ciutadanes i l'administració amb la declaració "El compromís ciutadà per una educació al servei de la cohesió social".
- L'acord ciutadà per una Barcelona inclusiva, especialment amb el Pla municipal per a la inclusió social. Barcelona inclusiva 2005-2010, que agrupa a més de 461 entitats i institucions.
- Consell Municipal de Benestar Social, i especialment el Grup de Treball de Drogodependències.
- Durant el període de vigència del Pla, s'ha aconseguit que nou districtes tinguin un consell de Salut. Es pre-

veu que el Districte de Gràcia crearà el seu durant l'any 2009.

- Comissió Tècnica i Comissió comunitària de seguiment del projecte d'intervencions sobre l'escenari obert de consum de drogues a Trinitat Vella.
- Barcelona continua sent un destí turístic per a un sector de població juvenil basat en l'oci i el consum de substàncies psicoactives.²

Valoració del grau de compliment de l'objectiu 1:

- ✓ **Bona** pel que fa a la impulsió de polítiques afavoridores d'estils de vida saludables i a la facilitació d'espais de participació ciutadana per potenciar el teixit social.
- ✓ **S'ha assolit parcialment** la intervenció per convèncer els ciutadans d'assumir la necessitat d'ubicar infraestructures i recursos per a persones amb problemes de drogodependències. Cal mantenir aquesta intervenció en algunes zones de la ciutat i en d'altres intensificar el treball amb la xarxa tècnica i veïnal.
- ✓ **No s'ha assolit** l'objectiu de desincentivar el sector de la població que visiten la ciutat com a destinació turística associada al consum de substàncies psicoactives.

De l'**objectiu 2**, que consisteix a evitar nuclis de marginació i concentració, que fomenten l'exclusió social i són facilitadors del consum problemàtic de drogues, s'han creat:

- Equips d'educadors de salut d'àmbit comunitari vinculats a centres de reducció de danys.
- Noves unitats mòbils de dispensació de metadona i de reducció de danys per tal de reforçar l'assistència als punts que en un moment determinat ho han necessitat.
- Mesa tècnica de drogodependències amb representació gerencial dels diferents àmbits i territoris afectats, liderada pel primer tinent d'alcalde.
- Espais de coordinació de comissions de seguiment del consum de drogues a la via pública als districtes de Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i Sant Andreu.
- Equips d'educadors del Servei de Gestió de Conflictes de l'Espai Urbà de l'Ajuntament de Barcelona.

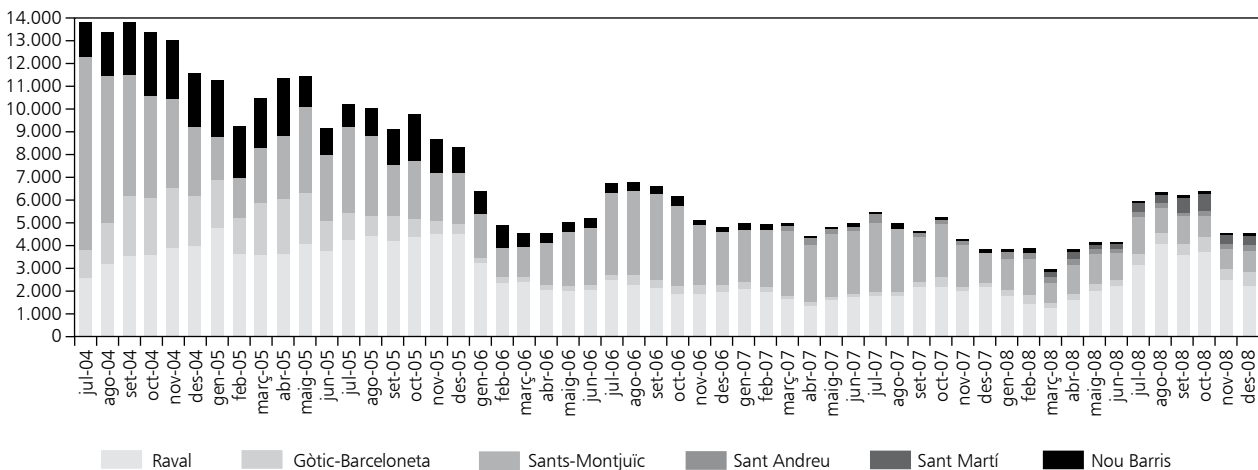
Valoració del grau de compliment de l'objectiu 2:

- ✓ **S'ha assolit parcialment** la reducció de l'impacte del consum de drogues injectades a la via pública. S'hi ha esmerçat una gran quantitat d'esforços, sobretot als districtes de Ciutat Vella i de Sants-Montjuïc. Tot i això, en els darrers mesos de l'any 2008 s'observa una certa reaparició del fenomen d'escenes de consum injectat

en zones del centre de la ciutat, reparició que sembla relacionada amb el desmantellament policial de bandes de grans traficants a la Zona Franca, que deriven més usuaris a comprar i consumir cap a altres punts (Figura 2).

✓ **No s'ha assolit** una distribució equilibrada dels equipaments de drogodependències a la ciutat; continua havent-hi una gran concentració d'equipaments a Ciutat Vella. Tot i que hi han hagut millores estructurals en la majoria de centres de reducció de danys i de tractament, i que s'han comprat dues unitats mòbils.

Figura 2. Xeringues recollides al carrer per zona o districte després de l'enderroc de Can Tunis, per mes. Barcelona, 2004-2008.



Font: BCNeta, Parcs i Jardins i Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

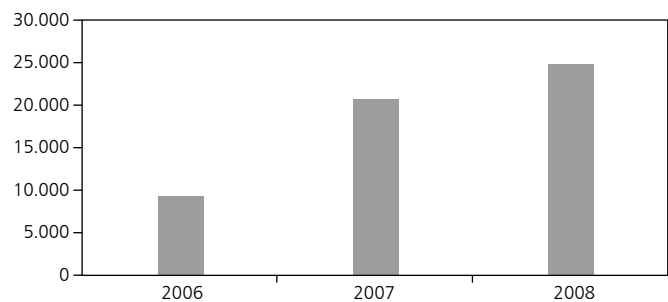
Pel que fa a l'**objectiu 3**, impulsió de la reordenació dels espais de consum, cal tenir en compte:

- Aplicació de l'ordenança pública com a normativa reguladora de l'ús de l'espai públic (Figura 3).
- Entrada en vigor, el 23 de maig del 2008, del protocol del programa psicoeducatiu dirigit a menors denunciats per consum i tinença de drogues il·legals a la via pública (Figura 4).

Valoració del grau de compliment de l'objectiu 3:

- ✓ **Acceptable** pel que fa a la progressiva desaparició d'espais amb concentració de joves amb consum de substàncies a causa de les regulacions municipals de l'ús de l'espai públic i de l'entrada en vigor de l'esmentat protocol del programa psicoeducatiu.
- ✓ **No s'ha assolit** l'acció relacionada amb la implicació i sensibilització dels empresaris del món de la nit per disminuir els riscos associats a l'oci nocturn.

Figura 3. Denúncies de la Guàrdia Urbana per consumir begudes alcohòliques als espais públics de manera no autoritzada, per any. Barcelona, 2006-2008.

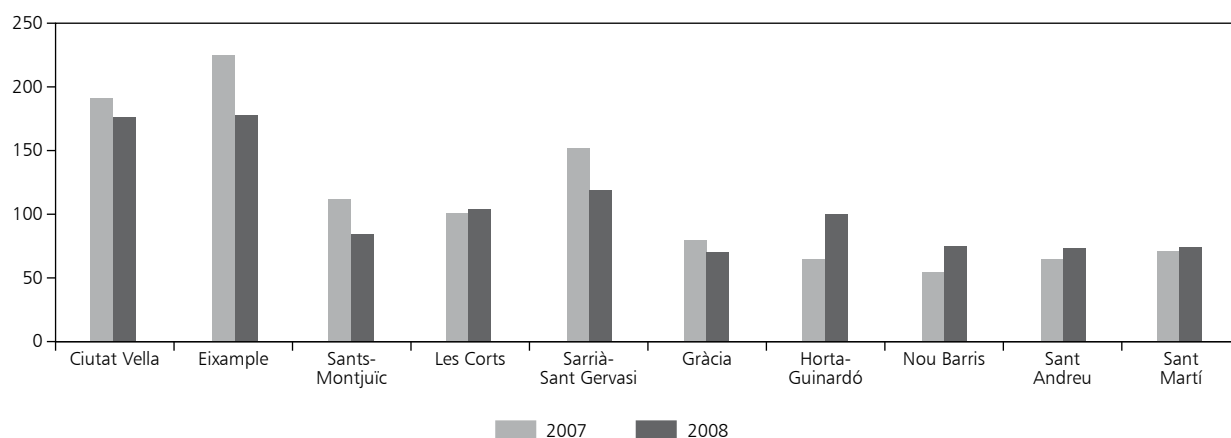


Font: Guàrdia Urbana de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

De l'**objectiu 4**, sobre el fet de possibilitar un model d'integració intercultural d'ús de l'espai públic:

- S'han incorporat agents de salut com a mediadors socials en els centres de reducció de danys per a drogodependents, així com en alguns centres d'atenció sanitària de les àrees bàsiques de salut.

Figura 4. Menors denunciats per consum a la via pública pels cossos policials (Guàrdia Urbana i Mossos d'Esquadra), segons districte on ha tingut lloc la denúncia i any. Barcelona, 2007-2008.



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona. Visor Ciutat. Ajuntament de Barcelona.

Valoració del grau de compliment de l'objectiu 4:

✓ **Acceptable** pel que fa a sensibilització i afavoriment de l'adherència dels immigrants als recursos sanitaris i socials.

Respecte a l'**objectiu 5**, sobre la garantia d'una coordinació intersectorial eficaç entre les administracions local i autonòmica i altres entitats:

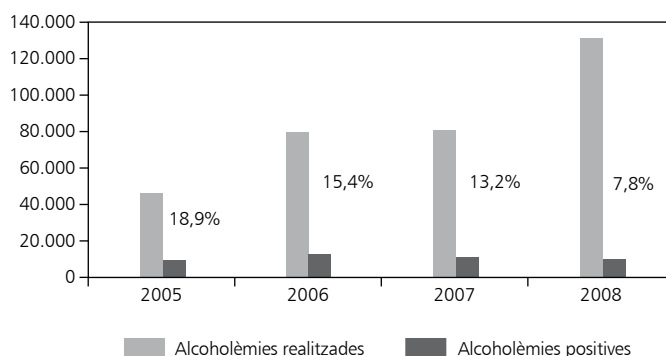
- S'ha iniciat un camí cap a la coordinació amb Acció Social i Ciutadania.
- S'han engegat les comissions operatives de totes les àrees funcionals sanitàries per facilitar la implementació de les directrius del Pla director de salut mental i addiccions.
- Romanen estables i actius els grups de treball de Drogodependències i de Salut del Consell Municipal de Benestar Social.
- S'ha creat una xarxa d'inserció sociolaboral que implica la coordinació de totes les entitats liderades per Barcelona Activa més Acció Social i Ciutadania.

Valoració del grau de compliment de l'objectiu 5:

✓ **Bona** pel que fa a la coordinació intersectorial dels diferents àmbits de les administracions autonòmica i local, i de les entitats.

La valoració de l'**objectiu 6**, referent a la reducció de l'oferta de drogues psicoactives i la vetlla pel compliment efectiu de les normatives

Figura 5. Controls d'alcohol en l'aire exhalat realitzats per la Guàrdia Urbana a tota la ciutat i proporció de positius. Barcelona, 2005-2008.



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

sobre promoció, publicitat, venda i consum de drogues legals és molt desigual.

✓ **Bona** pel que fa al control dels conductors sota els efectes de l'alcohol i altres drogues, que és una de les prioritats de la Guàrdia Urbana (Figura 5).

✓ **Bona** pel que fa a les activitats publicitàries lligades a la producció, promoció, venda encoberta i consum de cànnabis. La comissió formada pels organitzadors de la Fira del Cànnem de Catalunya, el Departament de Comerç i de Salut de la Generalitat, el Departament de Comerç de l'Ajuntament de Barcelona i l'AS-PB van acordar fer una proposta de tancament de la Fira del Cànnem.

✓ **Bona** pel que fa al compliment de les normatives de consum de drogues legals, atès que en l'avaluació impulsada per l'AS-

Taula 1. Concentració de nicotina en llocs de treball i locals d'hoteleria de Barcelona abans de la Llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme i un any després de l'aplicació d'aquesta.

	N	Concentració de nicotina abans de la Llei	Concentració de nicotina un any després de la Llei
		Mediana [RIQ*]	Mediana [RIQ*]
Administració pública	13	0,56 [0,10-1,33]	0,14 [0,07-0,18]
Empreses privades	10	0,37 [0,15-2,19]	0,18 [0,08-0,46]
Universitats	4	0,47 [0,17-0,59]	0,08 [< LQ**-0,26]
Restaurants en els quals es prohibeix fumar després de la Llei	3	3,47 [-]	0,13 [-]
Restaurants en els quals es permet fumar després de la Llei	6	9,46 [5,89-25,20]	9,81 [6,20-33,87]
Restaurants amb àrees:			
Àrea de fumadors	5	8,89 [1,98-17,36]	10,22 [7,40-18,44]
Àrea de no fumadors	5	8,89 [1,98-17,36]	0,53 [0,39-0,87]

* RIQ, rang interquartilic; ** LQ, límit de quantificació.

Font: Adaptat de M. Nebot, M.J. López, C. Ariza et al.³

PB sobre la Llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme s'observa una disminució molt important del fum ambiental de tabac (FAT) un any després de l'aplicació de la Llei (Taula 1). També s'ha assolit la limitació de la publicitat encoberta del tabac gràcies a la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries enfront del tabaquisme.

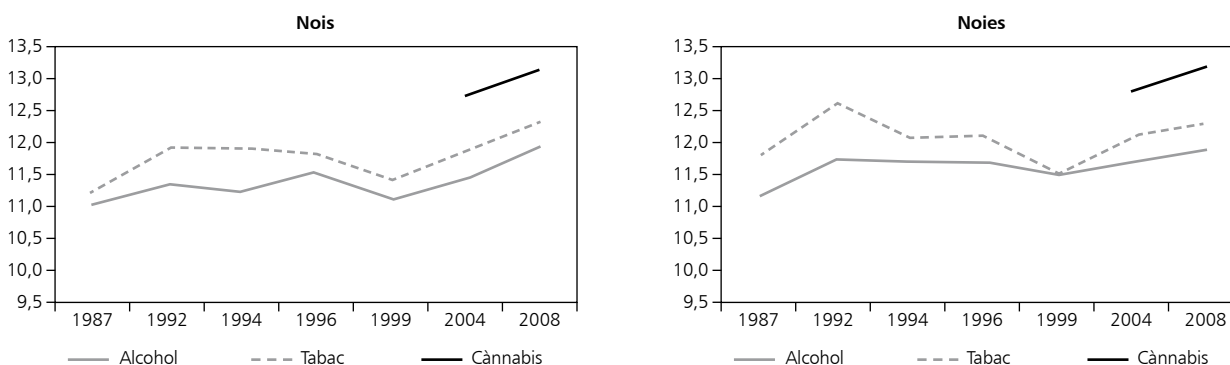
- ✓ S'ha **assolit parcialment** l'acció de promoure patrocinadors diferents als de les indústries del tabac i de l'alcohol en festes populars i activitats municipals.
- ✓ **Insuficient** pel que fa al control efectiu en la dispensació de fàrmacs psicoactius (Figura 13).
- ✓ **No s'ha assolit** la limitació de publicitat de begudes alcohòliques a la via pública.

POBLACIONS VULNERABLES

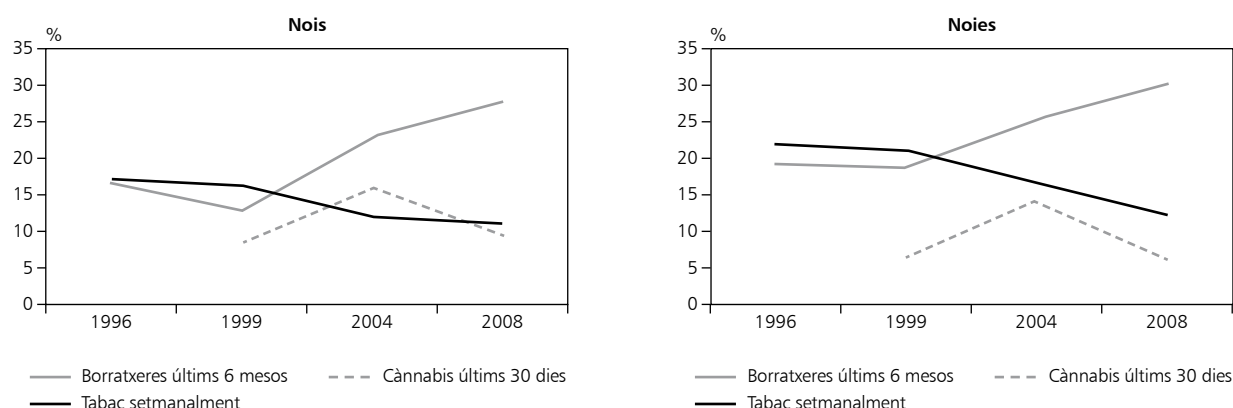
Aquest apartat està integrat pels sectors de població formats per infants i adolescents, joves i dones.

Infants i adolescents

Els dos objectius i les vint-i-quatre accions distribuïdes entre els àmbits comunitari, de lleure, educatiu, familiar i individual van dirigits a evitar el consum de drogues entre els adolescents, o si més no endarrerir l'edat d'inici d'aquest consum, potenciant els factors de protecció i promovent els hàbits i les actituds saludables, així com a disminuir la prevalença del consum de drogues i els seus problemes associats.

Figura 6. Edat d'inici de consum d'alcohol, tabac o cànnabis en escolars d'educació secundària obligatòria (ESO), per any. Barcelona, 1987-2008.

Font: Estudi FRESC. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 7. Consum d'alcohol, tabac i cànnabis en escolars de 12 a 16 anys, per any. Barcelona, 1996-2008.

Font: Estudi FRES. Agència de Salut Pública de Barcelona.

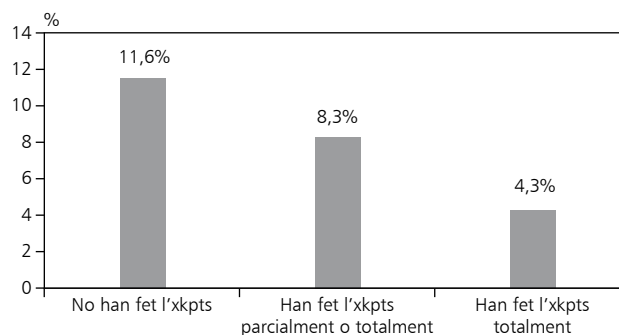
- L'edat d'inici del consum de cànnabis, alcohol i tabac entre els adolescents escolaritzats ha anat en augment des de l'any 1999, especialment entre els nois (Figura 6).
- Pel que fa a la prevalença del consum de tabac, alcohol i cànnabis entre la població escolaritzada de dotze a setze anys a Barcelona (Figura 7):
 - La prevalença de consum de cànnabis els darrers trenta dies ha disminuït tant en nois com en noies.
 - La prevalença de consum de tabac està en lleuger descens, encara que el nombre de noies fumadores és superior al dels nois.
 - La prevalença del consum d'alcohol de risc mesurat com les borratxeres en els darrers sis mesos, augmenten en els dos sexes, sent les prevalences més altes en noies.

Valoració del grau de compliment:

- ✓ **Bona** pel que fa a la disminució del consum de cànnabis i de tabac entre els adolescents.
- ✓ **Dolenta** en el consum d'alcohol, especialment del consum problemàtic.

Pel que fa a les accions preventives en l'àmbit escolar:

- ✓ **Bona** pel que fa a l'efectivitat del nou Programa específic de prevenció del consum

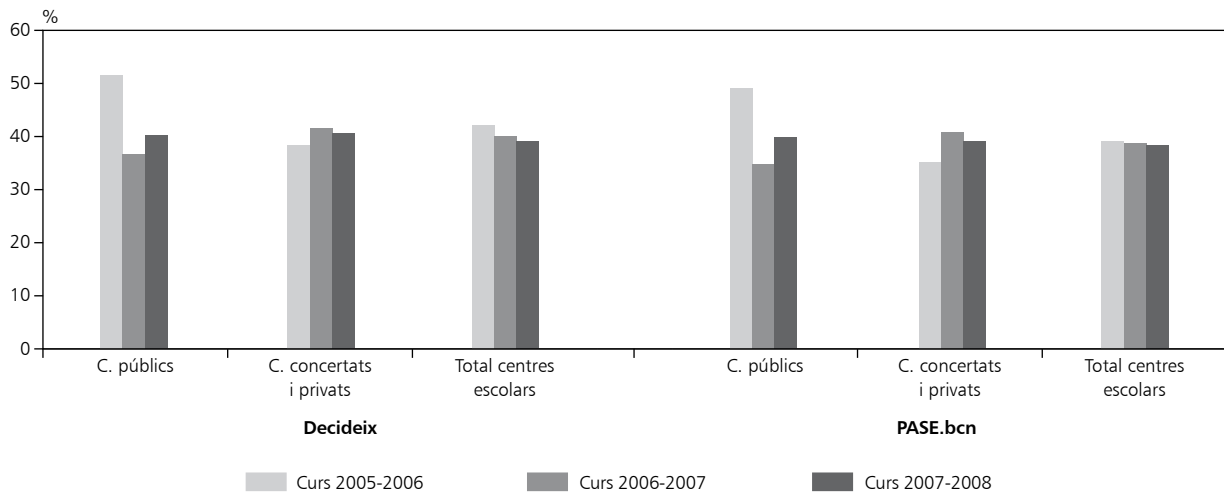
Figura 8. Nous consumidors de cànnabis segons realització del Programa pilot xkpts.com al cap d'un de seguiment. Barcelona, 2007.

Font: Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

de cànnabis "xkpts.com". L'avaluació del Programa un any després de ser aplicat indica que el percentatge de nous consumidors és d'un 3,3% inferior entre els que el segueixen (grup d'intervenció) respecte als que no el segueixen (grup control). Si es miren aquestes diferències entre les escoles que van realitzar el programa correctament, la diferència augmenta fins al 7,3% (Figura 8).

- ✓ **Acceptable** quant a la cobertura dels programes preventius en el consum de drogues dels centres escolars d'ensenyament secundari obligatori (ESO), que s'ha mantingut força estable al llarg del període 2005-2008, amb un lleuger increment a les escoles concertades i una davallada més accentuada als centres públics. Cal tenir en compte que la realització d'aquests programes preventius és totalment voluntària i depèn de la decisió particular de cada escola (Figura 9).

Figura 9. Cobertures dels programes preventius "Decideix" (alumnes de 14 i 15 anys) i "PASE.bcn" (alumnes de 12 i 13 anys) segons tipologia de centre i curs. Barcelona, 2005-2008.



Font: Servei de Salut Comunitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

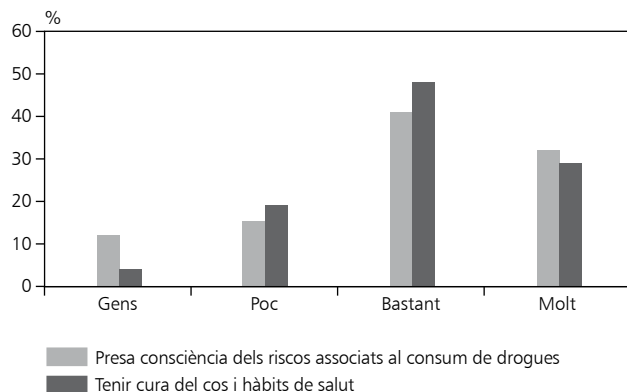
Pel que fa a l'àmbit comunitari i del lleure:

- ✓ **Bona** en la implementació del Programa "De marxa sense entrebancs", que té la finalitat de promoure activitats d'oci saludable, i comprèn activitats esportives (Programa "De marxa fent esport"), lúdiques (tallers d'habilitats socials, de hip-hop, etc.), culturals (Festival de Marxa, estand de Marxa amb la Coctelera), formatives (formació de monitors esportius, estand informatiu, exposicions) i pàgines web informatives ("L'alcohol i tu: Límits o et limita" i "Parlem: Pàgina d'informació sobre drogues per a famílies amb adolescents") (Figura 10).

Pel que fa a l'àmbit familiar i individual:

- ✓ **Bona** pel que fa al Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD), que s'ha consolidat com a recurs d'assessorament i atenció a adolescents i joves consumidors fins a vint-i-un anys i a les seves famílies, amb un nombre de persones ateses de prop de dues-centes anuals. La xifra de persones ateses augmenta el darrer semestre de l'any 2008 a causa de l'entrada en vigor, el 23 de maig, del Protocol d'actuació per a menors denunciats a la via pública per consum o tinença de drogues il·legals (Figura 11).
- ✓ S'han **assolit parcialment** l'objectiu de cribatge i detecció precoç en menors en risc o amb problemes de consum de dro-

Figura 10. Percentatge d'adolescents que han modificat les seves actituds després d'haver realitzat el programa "De marxa fent esport" (n = 250). Barcelona, 2008.



Font: Sistema d'Informació sobre Drogues. Agència de Salut Pública de Barcelona.

gues en l'àmbit educatiu (Figura 12). En els àmbits sanitari, social i judicial no s'ha pogut dur a terme.

- ✓ **No s'ha assolit** l'objectiu d'intervenció en menors en situació de risc o amb problemes de consum de drogues en els diferents àmbits.

Joves

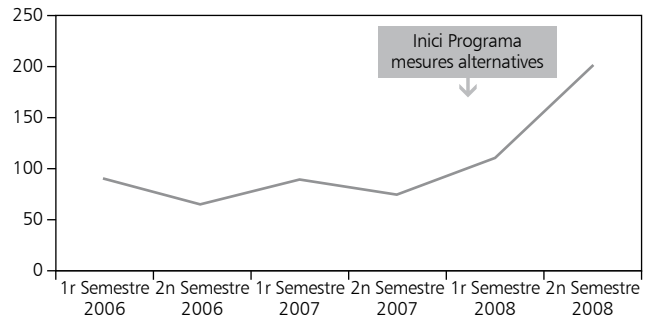
Els dos objectius i les vint-i-dues accions distribuïdes en diversos àmbits d'actuació anaven dirigits a potenciar els factors de

protecció enfront dels consums de drogues, promovent actituds i hàbits saludables i prevenint els riscos associats al consum de drogues.

- S'ha dissenyat i fet la prova pilot del Programa de cessació del consum de tabac en joves "Passo de fumar". Les conclusions de l'avaluació assenyalen la necessitat de fer intervencions que combinin la teràpia grupal amb el suport telemàtic per augmentar l'adherència al tractament. A més, les dades obtingudes sobre l'abstinença i reducció del consum són prometedores. En aquest Programa s'aborda de manera conjunta el consum de tabac i el de cànnabis.
- Grups de cessació tabàquica amb persones clau de centres escolars: dos grups pilot l'any 2007, ampliat a tres grups l'any 2008.

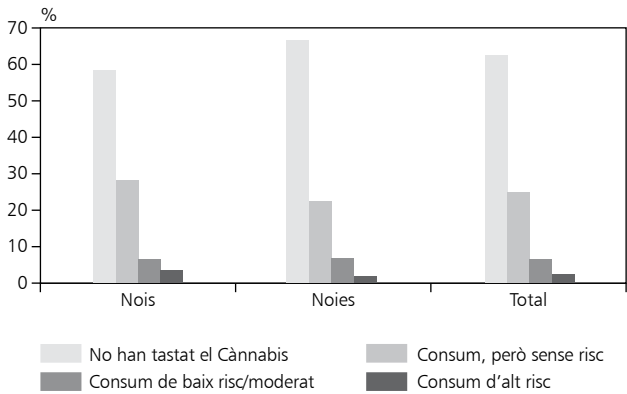
La valoració del grau de compliment dels objectius per aquest sector de població és que aquests **no s'han assolit**, excepte pel que fa al consum de tabac, ja que es va donar prioritat a les intervencions assistencials i de reducció de danys de la població addicta i es van deixar en segon terme les actuacions preventives i de disminució de riscos. Atès l'increment de prevalences de consum que s'observa en l'última Enquesta de salut de Barcelona, es constata la rellevància d'abordar també aquest consum (Figura 13, Figura 14 i Figura 15).

Figura 11. Persones de 14 a 18 anys ateses al servei d'orientació sobre drogues (SOD) per semestre. Barcelona, 2006-2008.



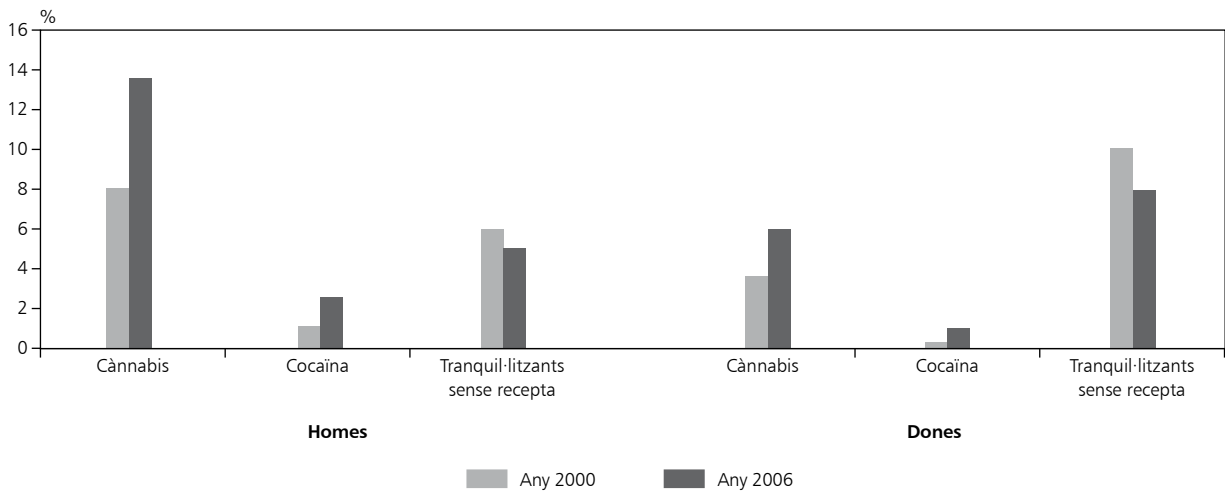
Font: Sistema d'Informació sobre Drogues. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 12. Consum problemàtic de cànnabis dels adolescents de 4t d'ESO, segons sexe. Barcelona, 2008.



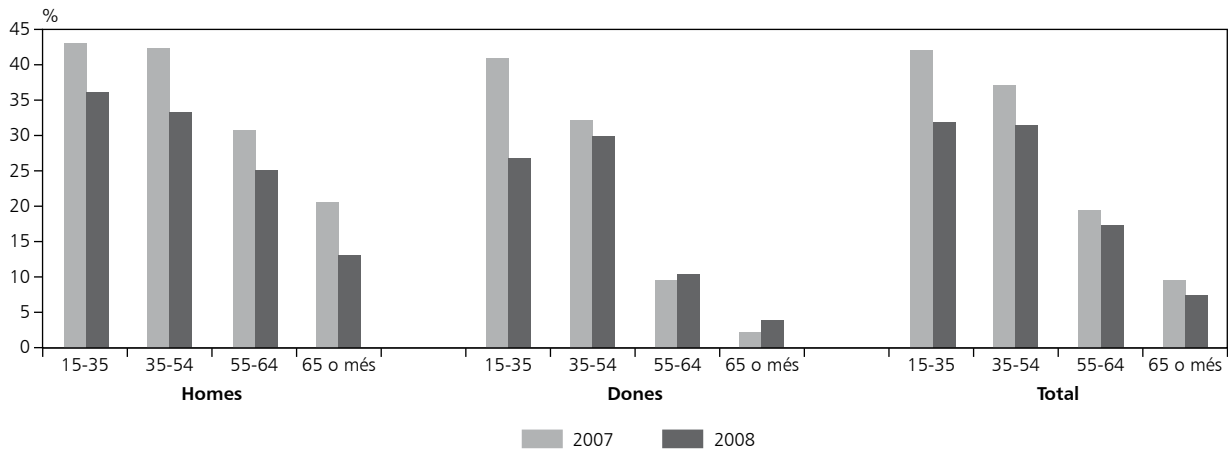
Font: Estudi FRESC 2008. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 13. Consum autoreferit de substàncies psicoactives en els últims trenta dies a l'Enquesta de salut de Barcelona (població de 18 a 49 anys). Barcelona, 2000-2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 14. Prevalença del consum de tabac diari segons grup d'edat i sexe a l'Enquesta de salut de Barcelona, Barcelona, 2000-2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

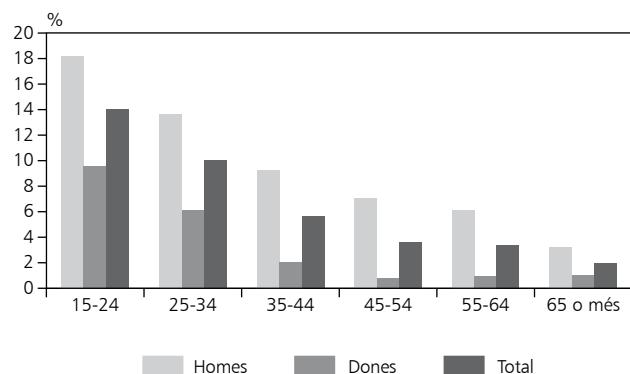
Dones

Tot i que el consum de substàncies addictives és molt més alt entre els homes, les conseqüències socials i en salut associades al consum de drogues són superiors entre les dones, cosa que va fer que no només es considerés la perspectiva de gènere en el disseny del Pla de manera transversal, sinó que també es va plantejar una estratègia específica amb objectius i intervencions pròpies.

Les tretze accions distribuïdes entre els quatre objectius generals anaven dirigides a incorporar la perspectiva de gènere per promoure programes específics de prevenció universal, programes assistencials socio-sanitaris i de disminució de riscos i de danys; a disminuir la problemàtica associada al consum de drogues, i a impulsar la recerca en l'ús de substàncies psicoactives.

- Segons dades de l'Estudi d'hàbits esportius de la població en edat escolar a la ciutat de Barcelona les noies continuen practicant menys esport que els nois. Un 75% dels nois de la ciutat practiquen esport al seu temps de lleure, mentre que el percentatge de les noies se situa en un 58%.
- Per disminuir la problemàtica de salut associada al consum de drogues en dones, s'ha impulsat el protocol de salut sexual i reproductiva en els recursos assistencials de dro-

Figura 15. Prevalença del consum d'alcohol de risc a l'Enquesta de salut de Barcelona segons edat i sexe. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

godependències, per tal de reduir els embarassos no desitjats i les malalties de transmissió sexual.

- No s'han assolit les intervencions dirigides a afavorir la detecció precoç, a facilitar l'accés de les dones drogodependents als centres d'acollida per a dones maltractades i a fomentar intervencions específiques per a famílies monoparentals amb fills o filles consumidors de drogues.
- S'han engegat dos estudis de recerca de les diferències de sexe en l'ús de substàncies psicoactives i en les conductes addictives.

La valoració del grau de compliment dels objectius és insuficient, ja que s'han **assolit parcialment** i perquè encara continua sent un repte l'assoliment de les intervencions des d'una perspectiva de gènere.

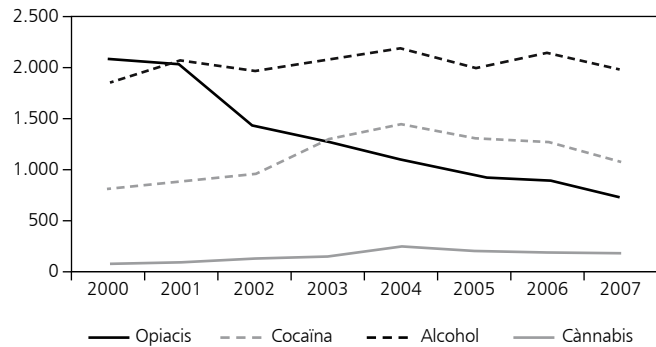
POBLACIÓ ADDICTA A SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Els sis objectius generals i les quaranta-tres accions estan destinats a millorar la qualitat i esperança de vida de les persones addictes a les drogues, garantir el seu accés als recursos assistencials, estimular la coordinació intersectorial i promoure la recerca en matèria de drogodependències.

Pel que fa a **primer l'objectiu**, de donar el suport necessari a les persones que volen abandonar el consum d'aquestes substàncies, durant el període de vigència del Pla anterior es van produir com a mitjana un total de 4.500 inicis de tractament anuals, el 75% dels quals van ser fets en homes, sent les principals substàncies implicades l'alcohol i la cocaïna (Figura 16). Destaca la gran davallada dels casos relacionats amb el consum d'opiacis. El temps d'espera per iniciar tractament segons el districte es pot veure a la Figura 17, on s'observa que els recursos dels districtes de Sants, Eixample i Ciutat Vella són els que tenen més dies d'espera.

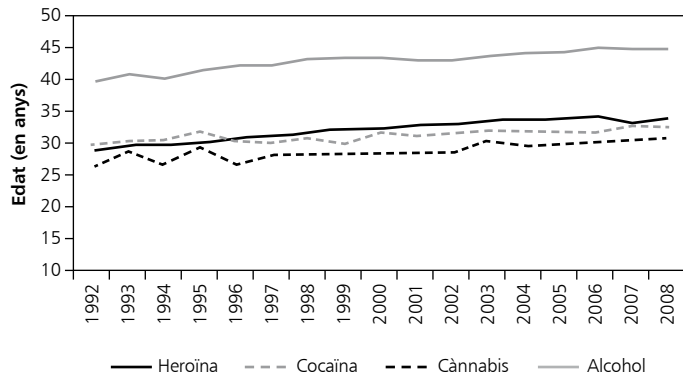
A la Figura 18 s'observa que l'edat que tenien els pacients en el moment d'iniciar el tractament era alta, de prop de trenta anys per a totes les substàncies menys per a l'alcohol, que és de quaranta-quatre. Així mateix, s'observa que aquesta edat mitjana ha anat incremen-

Figura 16. Inicis de tractament segons substància que el motiva, per any. Barcelona, 2000-2007.



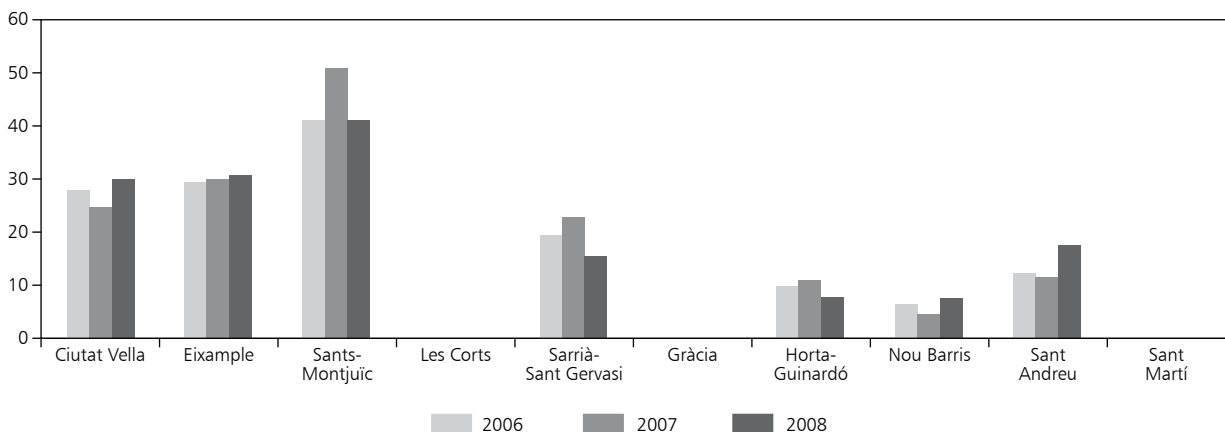
Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 18. Edat mitjana dels pacients en el moment d'iniciar el tractament segons substància, per any. Barcelona, 1992-2008.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 17. Mitjana de dies d'espera per iniciar tractament a un CAS segons districte on és ubicat el recurs, i any. Barcelona, 2006-2008.



* Els districtes de les Corts, Gràcia i Sant Martí no tenen cap CAS ubicat al seu territori.

Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Agència de Salut Pública de Barcelona.

tant en els darrers anys, la qual cosa indica dues coses: la resistència de la gent jove a engegar un tractament en els recursos de drogues, i la poca percepció de risc que tenen els joves consumidors.

Valoració del grau de compliment de l'objectiu 1:

- ✓ **Acceptable** pel que fa a l'oferta de serveis, tot i que hi han recursos amb llistes d'espera de prop de trenta dies o superior, i districtes que no tenen recursos assistencials.
- ✓ **Assolit parcialment** en el cas de respondre als nous consums, ja que els centres continuen sent poc atractius per als joves.

Quant al **segon objectiu**, de promoure recursos i programes d'efectivitat provada, els tractaments oferts en aquests centres han tingut una bona avaluació de qualitat i de cost-eficiència (Figura 19). Aquesta avaluació ha estat realitzada per part de reconeguts avaluadors externs (Fundació Avedis Donabedian), que han utilitzat metodologies que són estàndard en altres recursos sanitaris.

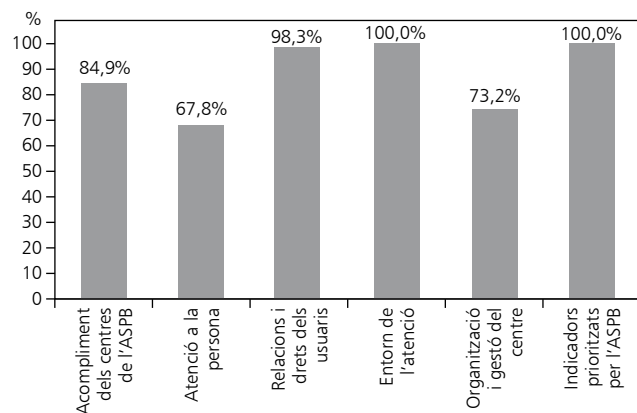
Pel que fa als recursos i l'adherència als diferents programes oferts (Figura 20) –criteri de bon pronòstic–, els programes de metadona i cànnabis són els que tenen una adherència més alta, seguits pel programa d'alcoholisme i cocaïna. El programa lliure de drogues per a heroïna és el de més mal pronòstic, amb una retenció a 300 dies del 8%.

Valoració del grau de compliment de l'objectiu 2:

- ✓ **Bo**, ja que s'ha incrementat molt l'adherència al tractament de programes lliures de drogues, com ara els de cocaïna, cànnabis i alcohol, gairebé igualant-se el programa de metadona, que fins ara era el programa amb més retenció.

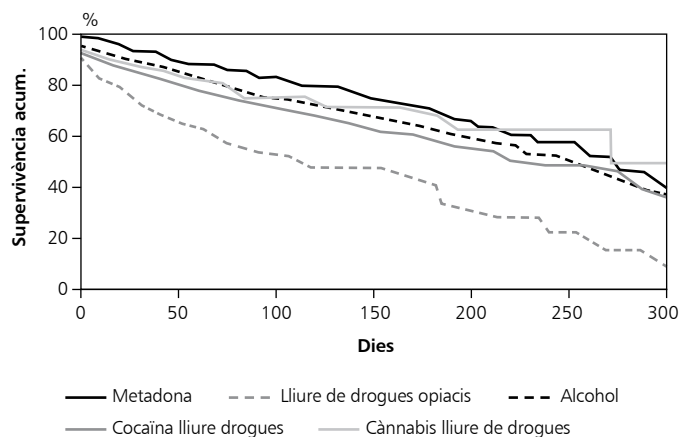
Respecte a l'**objectiu 3**, de disminuir els efectes negatius del consum de drogues sobre la salut als recursos de Barcelona, s'ha garantit l'assistència sanitària global i s'han consolidat els programes de cribatge de malalties infeccioses, trastorns mentals, vacunacions i tractaments directament observats. Això ha permès que les prevalències d'infecció de l'HIV continuïn disminuint, i l'any 2010, si no hi ha un rebrot de la malaltia, probablement s'arribarà a assolir

Figura 19. Percentatge de compliment dels indicadors de qualitat avaluats als CAS de Barcelona, 2008.



Font: Fundació Avedis Donabedian.

Figura 20. Adherència al tractament segons programa. Centres de tractament (CAS) de Barcelona, 2008.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

els objectius marcats al Pla de salut. Tot i això, la prevalença d'HIV en les dones, atès que és més elevada que la dels homes, la dificultat per assolir l'objectiu del Pla de salut, serà més alta (Figura 21).

Tot i això, el retard diagnòstic d'aquest col·lectiu segueix sent molt alt (Figura 22). Tot i que Barcelona presenta percentatges inferiors a la resta de l'Estat espanyol, encara el 40% de la població usuària de drogues per via injectada és diagnosticada d'HIV quan ja compleix criteris de sida i la malaltia està molt desenvolupada. Aquest fet és indicatiu d'un accés tardà als recursos hospitalaris.

Durant la vigència del Pla de drogues 2006-2008, es van posar en funcionament diversos recursos de disminució de danys, els quals han treballat intensament amb programes de prevenció

indicada per fomentar el consum higiènic de la droga, i per captar usuaris que no estaven en tractament i adherir-los a un recurs sanitari. Durant aquests anys, aquests recursos han atès unes sis mil persones a l'any (Figura 23) i han permès que un nombre important de venopuncions fossin totalment higièniques i segures, i també han facilitat la derivació a centres de tractament especialitzats (Figura 24).

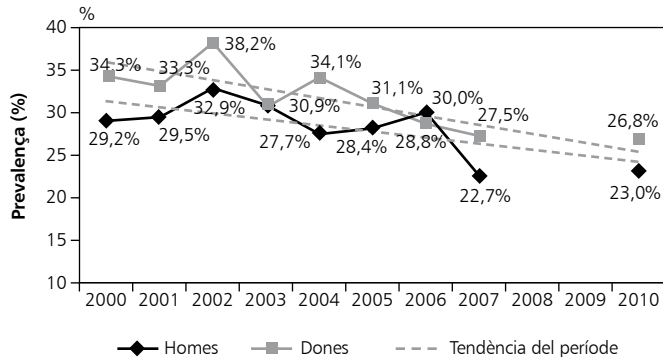
Un estudi d'avaluació sobre l'efectivitat dels recursos de reducció de danys ha permès demostrar que l'única intervenció que garanteix que els usuaris de drogues no comparteixin la xeringa i/o el material d'injecció són les sales de consum supervisat. Com podem veure a la Figura 25, les persones que van a les sales de consum tenen quatre vegades menys probabilitats de reutilitzar xeringues, mentre que els usuaris dels programes d'intercanvi no difereixen dels que no fan servir l'intercanvi, la qual cosa disminueix el risc de contreure malalties infeccioses com ara la tuberculosi o la sida. Així mateix, aquests espais han permès un tractament integral de la població usuària de drogues més exclosa, fent tractament directament observat de les comorbiditats associades al consum de drogues (malalties psiquiàtriques i infeccioses).

Respecte a les accions encaminades a promoure la prevenció indicada per prevenir els riscos associats al consum (sobredosi, consum higiènic, sexe segur, etc.), en els darrers mesos del 2008 s'ha engegat un programa de prevenció de sobredosis entre els injectors de drogues, ja que pel que fa a la mortalitat per sobredosi, després d'un descens sostingut des de l'any 1990, l'any 2003 les taxes de mortalitat s'han estabilitzat en els dos sexes (Figura 26), per la qual cosa és probable que en el cas dels homes no s'assoleixin els objectius marcats pel Pla de salut.

Valoració del grau de compliment de l'objectiu 3:

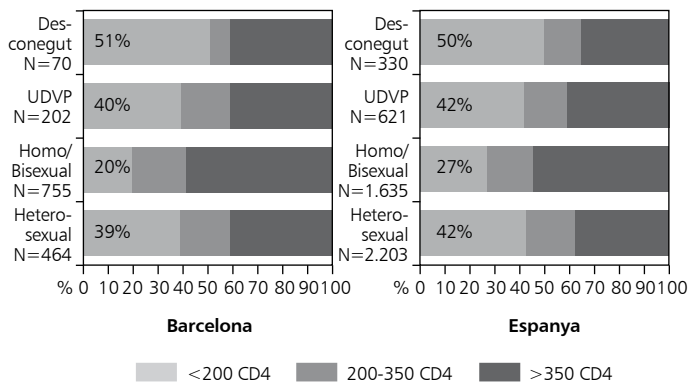
- ✓ **Bo** pel que fa als programes de disminució de danys, els quals han demostrat la seva efectivitat tant en els canvis d'hàbits com en la millora de les pràctiques de risc.
- ✓ **Acceptable** respecte a les accions encaminades a promoure la prevenció indicada (prevenció de sobredosi, sexe segur, etc.), ja que només s'ha pogut engegar un programa de prevenció per a iguals en el cas de les sobredosis.

Figura 21. Prevalença d'Infecció d'HIV en els inicis de tractament per dependència als opiacis en persones que han estat injectores algun cop, per any. Barcelona, 2000-2007.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Agència de Salut Pública de Barcelona.

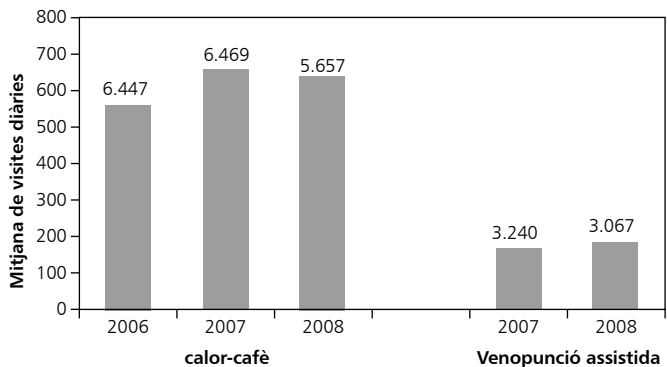
Figura 22. Diagnòstics tardans d'infecció per HIV segons categoria de transmissió. Barcelona i Espanya, 2001-2007.



* Retard diagnòstic CD4<200

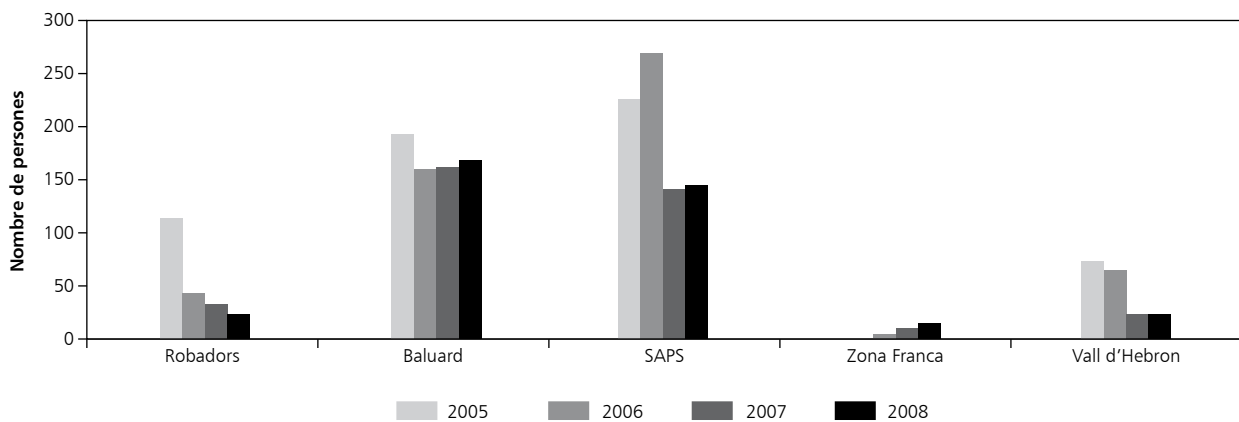
Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 23. Visites/dia i persones ateses i en els recursos de calor-cafè i sales de venopunció assistida, per any. Barcelona, 2006-2008.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 24. Persones derivades a centres de tractament segons recurs de reducció de danys, per any. Barcelona 2005-2008.

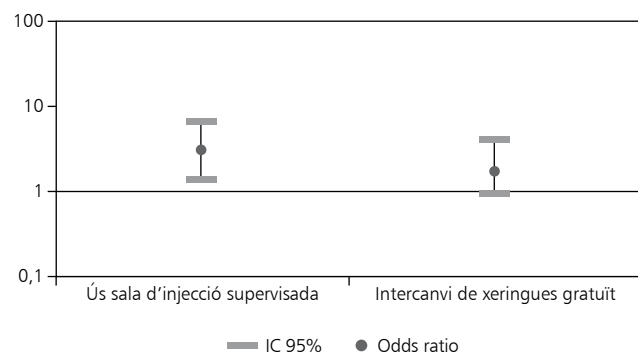


Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Agència de Salut Pública de Barcelona.

Respecte a l'objectiu d'estimular la coordinació i col·laboració de les diferents institucions públiques, s'han engegat les comissions operatives de totes les àrees funcionals sanitàries per facilitar la coordinació interxarxes. També s'han impulsat diferents taules de diàleg amb ONGs d'usuaris, familiars i professionals. La valoració d'aquest **objectiu és acceptable**.

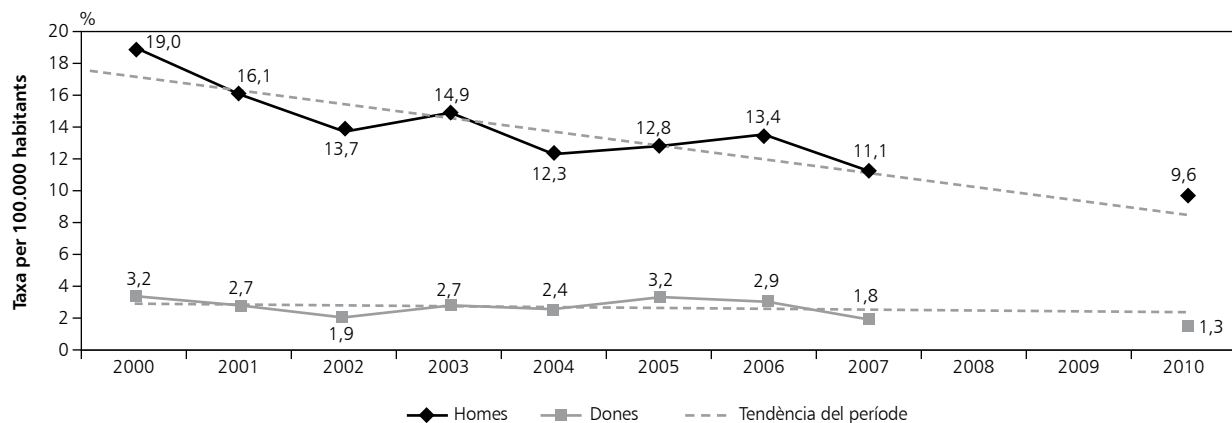
Pel que fa al darrer objectiu, que es promoue la formació i la recerca aplicada, cal dir que s'han impulsat cinc projectes de recerca finançats per les agències estatals d'investigació, que han donat com a productes vint articles publicats en la literatura especialitzada. La valoració d'aquest **objectiu és bona**.

Figura 25. Factors associats a utilitzar xeringues i material d'injecció estèrils. Barcelona, 2006.



Font: M.J. Bravo et al.⁴

Figura 26. Taxa de mortalitat per reacció aguda adversa a drogues en població de 15 a 59 anys, segons sexe i any. Barcelona, 2000-2007.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Agència de Salut Pública de Barcelona.

QUADRE RESUM AVALUACIÓ OBJECTIUS DEL PLA DE DROGUES 2006-08

Objectius	Grau d'assoliment dels objectius			
	No assolit (assolit parcialment)	Baix (assolit parcialment)	Mitjà (acceptable)	Alt (bo)
Abordatge de ciutat				
Objectiu 1. Implicar els ciutadans com a veritables agents social de salut impulsant decididament accions de prevenció i promoció de salut, polítiques de vida quotidiana i afavoridores d'estils de vida saludables				
Impulsar polítiques afavoridores d'estils de vida saludables i facilitar espais de participació ciutadana				
Promoure la solidaritat dels ciutadans per tal que assumeixin la necessitat d'ubicar infraestructures i recursos per a persones amb problemes de drogodependències				
Desincentivar el sector de població que visita la ciutat com a destinació turística associada al consum de drogues				
Objectiu 2. Evitar nuclis de marginació i concentració que fomenten l'exclusió social i són facilitadors del consum problemàtic de drogues				
Reduir l'impacte del consum de drogues injectades a la via pública				
Distribució equilibrada d'equipaments, instal·lacions i recursos als diferents territoris de la ciutat				
Objectiu 3. Impulsar la reordenació dels espais de consum				
Progressiva desaparició d'espais amb concentració de joves amb consum de substàncies a causa de les regulacions municipals de l'ús de l'espai públic i de l'entrada en vigor del Protocol psicoeducatiu dirigit a menors denunciats per consum o tinença de drogues il·legals a la via pública				
Implicar i sensibilitzar els empresaris del món de la nit per disminuir els riscos associats a l'oci nocturn				
Objectiu 4. Possibilitar un model d'integració intercultural d'ús de l'espai públic				
Potenciar el paper dels agents de salut com a mediadors socials per sensibilitzar els immigrants i difondre entre ells la realitat sanitària i afavorir que s'adhereixin als recursos sanitaris i socials				
Objectiu 5. Garantir una coordinació intersectorial eficaç entre els diferents nivells de l'administració local i autonòmica, i altres entitats				

Objectius	Grau d'assoliment dels objectius			
	No assolit	Baix (assolit parcialment)	Mitjà (acceptable)	Alt (bo)
Objectiu 6. Reduir l'oferta de les drogues psicoactives, així com vetllar pel compliment efectiu de les normatives sobre promoció, publicitat, venda i consum de drogues legals				
Establir com a prioritat el control dels conductors sota els efectes de l'alcohol i altres drogues				
No permetre activitats publicitàries lligades a la producció, promoció, venda encoberta i consum de cànnabis				
Compliment de les normatives de consum de drogues legals, pel que fa al tabac				
Promoure patrocinadors diferents a les indústries del tabac i de l'alcohol en el finançament de festes populars i activitats municipals				
Limitar la publicitat de consum de begudes alcohòliques a la via pública				
Infants i adolescents				
Objectiu 1. Evitar el consum de drogues entre els menors de divuit anys, o si més no endarrerir l'edat d'inici d'aquest consum, reforçant els factors de protecció i la promoció d'actius i hàbits saludables mitjançant activitats preventives de caràcter universal en els diferents àmbits				
Disminuir la incidència del consum de cànnabis en adolescents				
Augmentar l'edat d'inici de consum de cànnabis, alcohol i tabac				
Disminuir la prevalença del consum de tabac i cànnabis				
Disminuir la prevalença del consum problemàtic d'alcohol				
Cobertura de programes preventius en drogodependències en l'àmbit escolar				
Objectiu 2. Potenciar l'acompanyament educatiu dels infants i adolescents de col·lectius més vulnerables per tal de disminuir la prevalença del consum de drogues i els problemes associats mitjançant activitats preventives selectives i indicades en els diferents àmbits				
Consolidar el Servei d'Orientació sobre Drogues com a recurs d'assessorament i atenció a adolescents que han iniciat el consum i les seves famílies				
Cribatge i detecció precoç de menors en risc o amb problemes de consum de drogues (cànnabis) en l'àmbit escolar				

Objectius	Grau d'assoliment dels objectius			
	No assolit	Baix (assolit parcialment)	Mitjà (acceptable)	Alt (bo)
Cribatge i detecció precoç de menors en risc o amb problemes de consum de drogues en l'àmbit sanitari, social i judicial				
Intervenció en menors en situació de risc o amb problemes de consum de drogues en els diferents àmbits				
Joves				
Objectiu 1. Potenciar els factors de protecció enfront dels consums de drogues i fomentar actituds i hàbits saludables mitjançant activitats preventives de caràcter universal en els diferents àmbits				
Objectiu 2. Potenciar l'acompanyament educatiu dels joves per tal de prevenir els problemes associats al consum de drogues mitjançant activitats preventives selectives i indicades dels diferents àmbits				
Dones				
Objectiu 1. Promoure la incorporació de la perspectiva de gènere en els programes de prevenció universal				
Objectiu 2. Disminuir la problemàtica de salut associada al consum de drogues amb col·lectius de dones especialment vulnerables				
Objectiu 3. Incorporar la perspectiva de gènere en els programes assistencials socio-sanitaris i de disminució de riscos i de danys, que tinguin en compte les diferents necessitats dels homes i les dones				
Objectiu 4. Impulsar la recerca de les diferències de gènere en l'ús de substàncies psicoactives i en les conductes addictives				
Població addicta a substàncies psicoactives				
Objectiu 1. Potenciar les actuacions que afavoreixin el canvi d'hàbits i comportaments de risc de la població usuària de drogues				
Objectiu 2. Donar el suport necessari perquè les persones que volen abandonar el consum de drogues ho aconsegueixin				
Objectiu 3. Promoure recursos i programes d'eficàcia provada i disminuir els efectes negatius que el consum de drogues comporta en la salut i en l'entorn social				
Objectiu 4. Impulsar programes que facilitin la integració social de les persones amb problemes de drogodependència				
Objectiu 5. Estimular la coordinació i col·laboració de les diferents institucions públiques i entitats no governamentals				
Objectiu 6. Promoure la formació, la recerca aplicada i el desenvolupament de sistemes d'informació en el camp de les drogodependències				

4. ANÀLISI DE LA SITUACIÓ

El diagnòstic de la situació de la ciutat de Barcelona es presenta tenint en compte l'estructuració del Pla actual. És a dir, en tres grans àrees o àmbits d'actuació: abordatge de ciutat, poblacions d'especial interès (infants i adolescents, joves i adults) i població addicta a substàncies psicoactives.

Per dur a terme aquesta anàlisi, s'han utilitzat fonamentalment quatre fonts d'informació que han aportat dades sobre la realitat de Barcelona: 1) el Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), creat l'any 1989, que recull, entre d'altres, els indicadors de tractament, urgències i mortalitat; 2) l'Enquesta de salut de Barcelona, que presenta l'estat de salut de la població de la ciutat; 3) l'Enquesta a estudiants d'educació secundària (FRESC); 4) l'Observatori de Nous Consums Juvenils. Els indicadors estatals s'han obtingut a partir de les dades de l'Observatori Espanyol de Drogues.

ABORDATGE DE CIUTAT

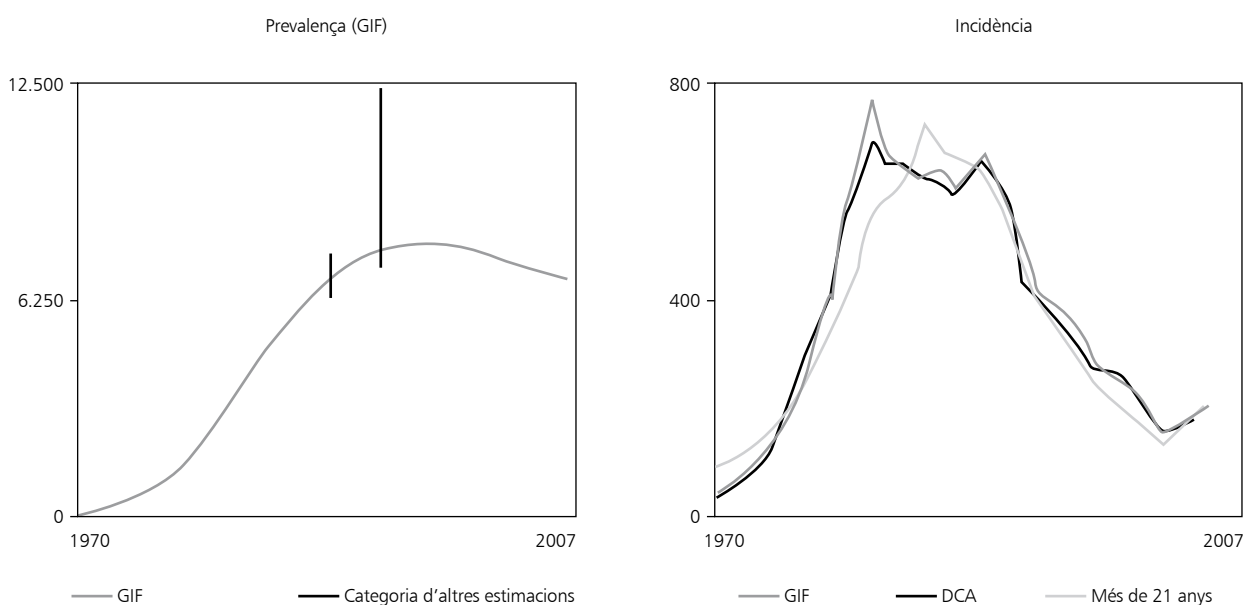
Xarxa assistencial: Els darrers estudis realitzats a la nostra ciutat han permès estimar la magnitud del fenomen del consum de drogues legals i il·legals. Aquests estudis indiquen que el fenomen de l'heroïna a Barcelona està estable des de principis dels anys 2000, i s'estimen que

hi han uns sis mil usuaris d'heroïna (Figura 27). Pel que fa a la incidència, s'observa que des de l'any 1992 la davallada ha estat constant, malgrat que a partir de l'any 2000 hi ha un lleuger increment del nombre de nous consumidors d'heroïna. Pel que fa a la cocaïna, la gran incorporació de nous consumidors es va produir a la ciutat de Barcelona a principis dels anys noranta, i en els darrers anys es va donar una lleugera estabilització de nous consumidors. L'estimació de consumidors problemàtics de cocaïna a la ciutat de Barcelona és entre 20.000 i 25.000 persones. Pel que fa a l'alcohol, s'estima que un 3,6% de la població barcelonina més gran de divuit anys presenta un trastorn per abús o dependència de l'alcohol, sent aquestes prevalències diferents entre els dos sexes (el 6,5% en homes i el 0,96% en dones).⁵

A partir d'aquesta realitat del consum de substàncies psicoactives, la ciutat de Barcelona s'ha dotat d'uns recursos i equipaments per donar resposta preventiva, assistencial i de reinserció sociolaboral. Aquesta xarxa, ja consolidada des de la seva creació als anys vuitanta, es pot veure a la Figura 27.

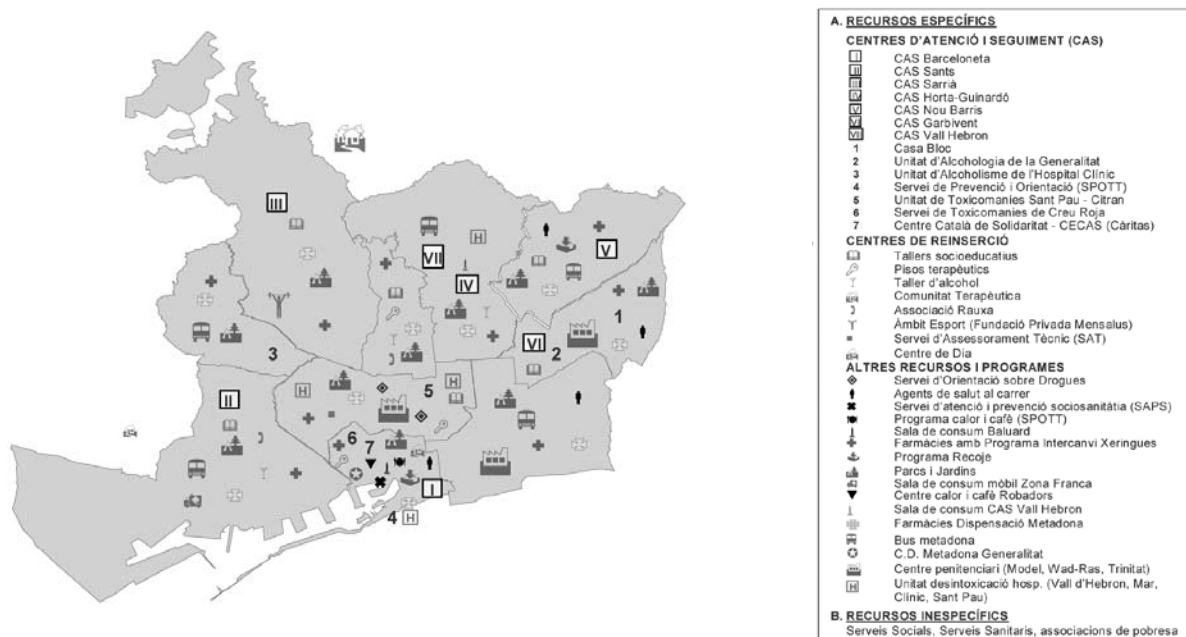
Per poder adequar l'oferta i la distribució dels recursos de drogues a la divisió territorial de la ciutat, s'ha calculat l'índex de consum problemàtic de drogues (ICPD),⁷

Figura 27. Evolució de la prevalença i la incidència del consum problemàtic d'heroïna. Barcelona, 1970-2007.



Font: Carlos Nordt.⁶

Figura 28. Xarxa assistencial de Barcelona en drogodependències, 2008.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

tenint en compte com a base de la territorialització del districte (Taula 2, Taula 3).

L'ICPD^b ens ajuda a conèixer les necessitats d'equipaments de recursos de drogues en un territori, segons sigui la seva puntuació. Com més alta sigui aquesta,

més gran serà la seva problemàtica. L'única diferència entre la Taula 2 i la Taula 3 és que la primera inclou l'alcohol i drogues il·legals com a substància principal en els inicis de tractament, mentre que la segona inclou només les drogues il·legals com a droga que ha motivat l'entrada en tractament a un CAS.

Taula 2. Índex de consum problemàtic per alcohol i drogues il·legals. Barcelona, 2008.

Districte	Nre.*inicis tractament	Inicis tractament Taxes per 100.000 hab.	Ordre inicis segons taxa	Nre.** urgències	Urgències Taxes per 100.000 hab.	Ordre urgències segons taxa	Nre.** morts	Mortalitat Taxes per 100.000 hab.	Ordre mortalitat segons taxa	ICPD
Ciutat Vella	300	446,50	7	536	743,24	10	9	26,35	10	27
Eixample	322	264,42	2	421	320,80	7	5	3,81	2	11
Sants-Montjuïc	330	373,04	5	291	312,84	5	3	7,53	7	14
Les Corts	53	167,70	1	65	167,70	2	0	0,00	1	4
Sarrià-St. Gervasi	188	301,67	3	109	166,07	1	3	5,16	6	10
Gràcia	205	351,41	4	227	378,06	9	3	4,57	3	16
Horta-Guinardó	441	553,14	10	277	337,49	8	8	11,66	8	26
Nou Barris	396	498,17	9	245	302,86	4	6	4,87	4	17
Sant Andreu	328	465,71	8	190	262,57	3	4	4,94	5	16
Sant Martí	419	384,19	6	362	320,45	6	5	12,44	9	21

* Inicis de tractament de totes les substàncies excepte el tabac; ** Urgències i mortalitat: només drogues il·legals.

Font: Sistema d'Informació sobre Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

b. **ICPD:** Es calcula segons la suma de la puntuació jeràrquica de l'ordre de les taxes de tres indicadors: mortalitat per reacció aguda adversa a drogues, urgències en consumidors de drogues, i inicis de tractament per drogues, exceptuant-ne els inicis per tabac. Com més alta puntuació, més gran problemàtica.

Taula 3. Índex de consum problemàtic de drogues il·legals. Barcelona, 2008.

Districte	Nre. inicis tractament	Inicis tractament Taxes per 100.000 hab.	Ordre inicis segons taxa	Nre. urgències	Urgències Taxes per 100.000 hab.	Ordre urgències segons taxa	Nre. morts	Mortalitat Taxes per 100.000 hab.	Ordre Mortalitat segons taxa	ICPD
Ciutat Vella	204	306,45	10	536	743,24	10	9	26,35	10	30
Eixample	183	157,73	2	421	320,80	7	5	3,81	2	11
Sants-Montjuïc	190	220,38	6	291	312,84	5	3	7,53	7	18
Les Corts	44	139,32	1	65	167,70	2	0	0,00	1	4
Sarrià-St. Gervasi	111	182,83	3	109	166,07	1	3	5,16	6	10
Gràcia	105	184,86	4	227	378,06	9	3	4,57	3	16
Horta-Guinardó	213	274,13	9	277	337,49	8	8	11,66	8	25
Nou Barris	207	263,30	8	245	302,86	4	6	4,87	4	16
Sant Andreu	173	250,13	7	190	262,57	3	4	4,94	5	15
Sant Martí	219	205,37	5	362	320,45	6	5	12,44	9	20

Font: Sistema d'Informació sobre Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona. 2008.

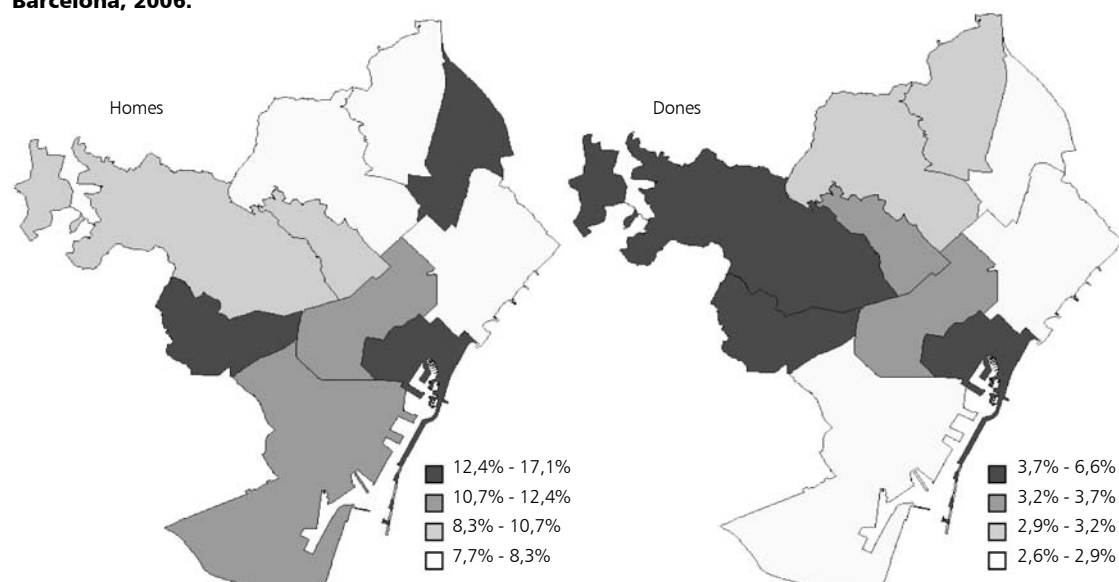
L'ordre de districtes segons el consum problemàtic de drogues al seu territori i tipus d'ICPD es desprèn de la Taula 2 i Taula 3. Si es té en compte la ubicació dels recursos actuals (Figura 28) i el valor de l'ICPD, caldria que els districtes que no disposen de cap equipament específic d'atenció a les drogodependències tinguessin algun d'aquests recursos per millorar la distribució i descongestionar determinats territoris. Atenent el valor de l'ICPD i la distribució actual dels equipaments, la més gran prioritat seria dotar de

nous recursos Sant Martí, seguit de Gràcia i, en menor mesura, de les Corts.

Distribució territorial del consum de drogues

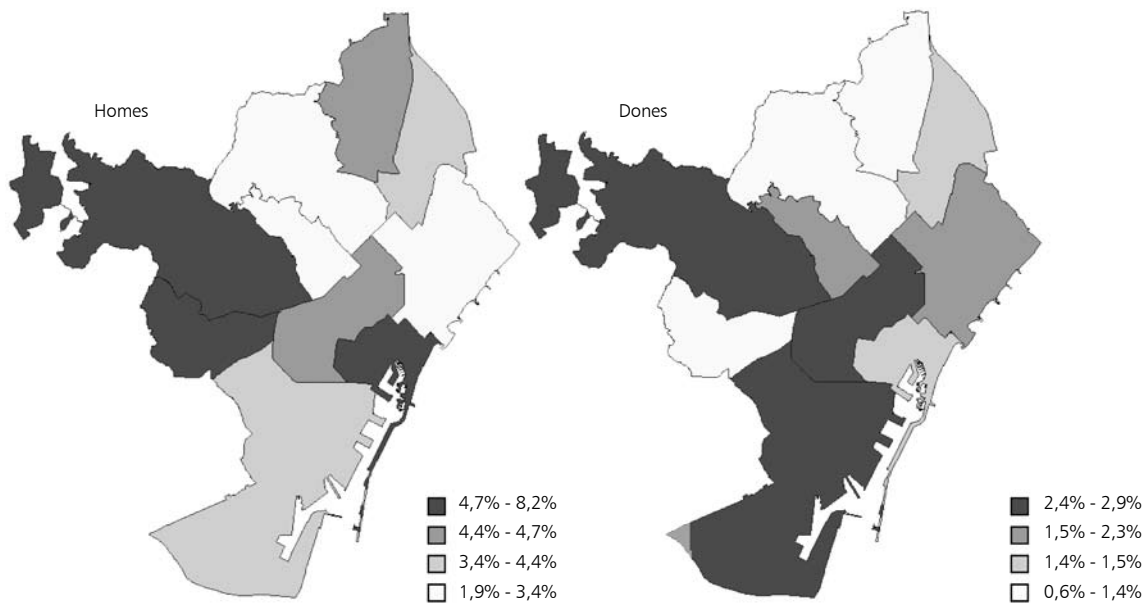
Les prevalències de consum autoreferit de drogues legals i il·legals en la població general de més de quinze anys (dades procedents de l'Enquesta de salut de Barcelona) es poden veure a la Figura 29, Figura 30 i Figura 31.

Figura 29. Percentatge de bevedors de risc segons sexe i districte de residència. Població de 15 a 64 anys. Barcelona, 2006.



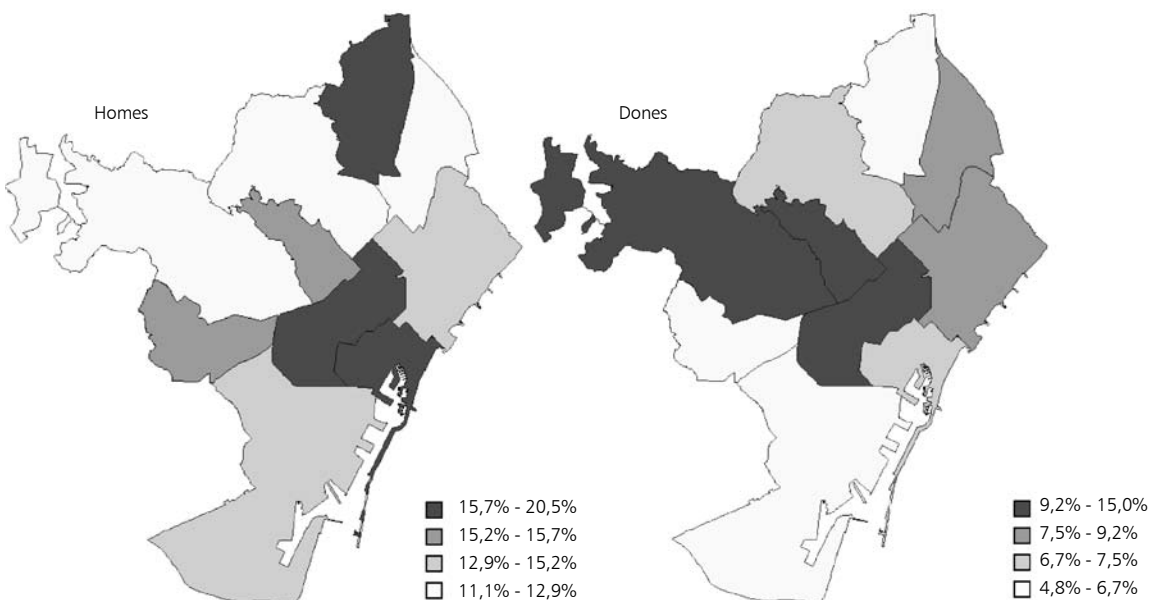
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 30. Percentatge de consumidors de cocaïna en els darrers dotze mesos segons sexe i districte en la població de 15 a 64 anys. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 31. Percentatge de consumidors de cànnabis en els darrers dotze mesos segons sexe i districte en la població de 15 a 64 anys. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Consum de risc d'alcohol:^c

Els districtes amb una prevalença superior a la mitjana de la ciutat són Ciutat Vella, les Corts i Sant Andreu per als homes, i Ciutat Vella, les Corts i Sarrià per a les dones.

Pel que fa al consum de **cocaïna en els darrers dotze mesos**, els districtes amb una prevalença més alta són Ciutat Vella, les Corts i Sarrià en homes, i l'Eixample, Sarrià-Sant Gervasi i Sants-Montjuïc en dones (Figura 30).

Referent al **consum de cànnabis en els darrers dotze mesos**, els districtes amb un percentatge més alt són Ciutat Vella, l'Eixample i Nou Barris per als homes, i l'Eixample, Gràcia i Sarrià-Sant Gervasi per a les dones (Figura 31).

Un altre aspecte que cal destacar és l'augment de la presència de joves estrangers, especialment de la Unió Europea, en locals i espais d'oci, que vénen a la nostra ciutat, sigui per estudis o atrets pels vols de baix cost, l'àmplia oferta de locals, el tipus de festa o la fàcil accessibilitat a les drogues legals o il·legals. Això fa que al centre de Barcelona hagin proliferat els locals d'oci específics per a ells, que hagin canviat els patrons d'oci (locals oberts entre setmana), i això ha fet que els joves d'aquí es desplacin a altres punts de la ciutat.²

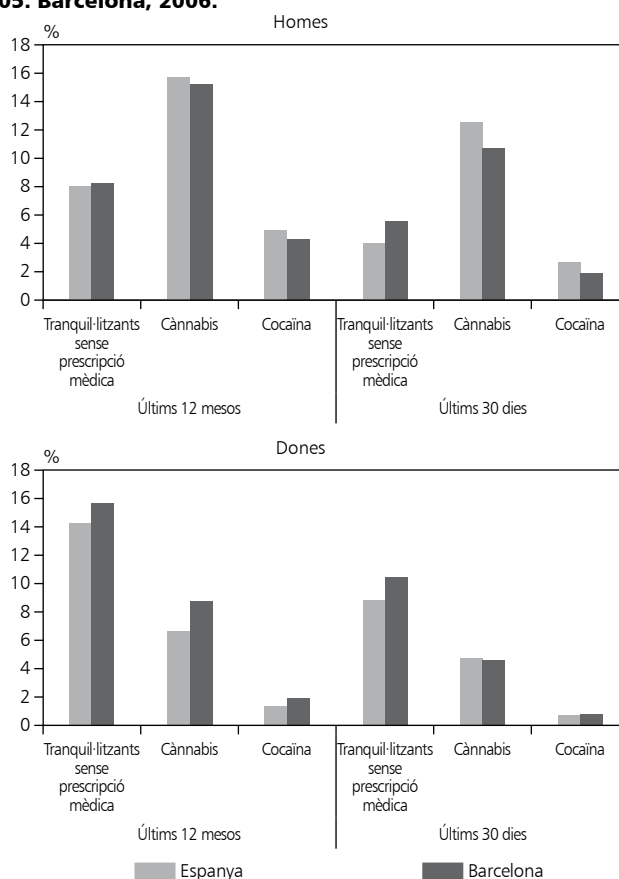
Pel que fa al **compliment de les normatives de consum de drogues legals**, després de l'avaluació de la normativa vigent sobre el consum de tabac amb resultats satisfactoris a tots els àmbits laborals, a excepció del sector de la restauració, caldria ampliar els supòsits de la Llei per a aquest sector. Pel que fa al consum de l'alcohol, continua representant un problema la venda ambulants i la venda a menors, per la qual cosa s'haurien de potenciar els controls per garantir el compliment de la normativa vigent.

Cal destacar les **diferències de gènere** en l'ús de drogues. L'extensió del consum de drogues, tant legals com il·legals, és superior entre els homes, i només hi ha l'excepció en el consum de tranquil·lizants sense prescripció mèdica, que és més elevada entre les dones. A la Figura 32

s'observa que la tercera substància més prevalent, després de l'alcohol i el tabac, és el cànnabis en els homes, i els tranquil·lizants en les dones. Així, un de cada deu homes barcelonins de 15 a 64 anys han consumit cànnabis en els darrers trenta dies, mentre que la mateixa proporció s'observa en les dones barcelonines de 15 a 64 anys que han fet ús de tranquil·lizants sense recepta mèdica durant el darrer mes. El consum de cocaïna en els darrers trenta dies dels residents a Barcelona és de l'1,9% en homes i el 0,8% en dones, mentre que en els darrers dotze mesos les xifres són del 4,3% en homes i l'1,9 en dones.

La **mortalitat per reacció aguda adversa a drogues** ha anat disminuït en els darrers anys, tal com es reflecteix a la Figura 33. El 1989 va ser l'any amb la xifra absoluta de morts a la ciutat més elevada, amb un total de 173 defuncions, i aquesta xifra ha anat disminuint fins a arribar als 66 morts per sobredosi de l'any 2007. Tot i això, si es comparen les taxes amb les d'altres ciutats espanyoles, Barcelona continua sent una de les ciutats espanyoles amb una mortalitat més elevada.

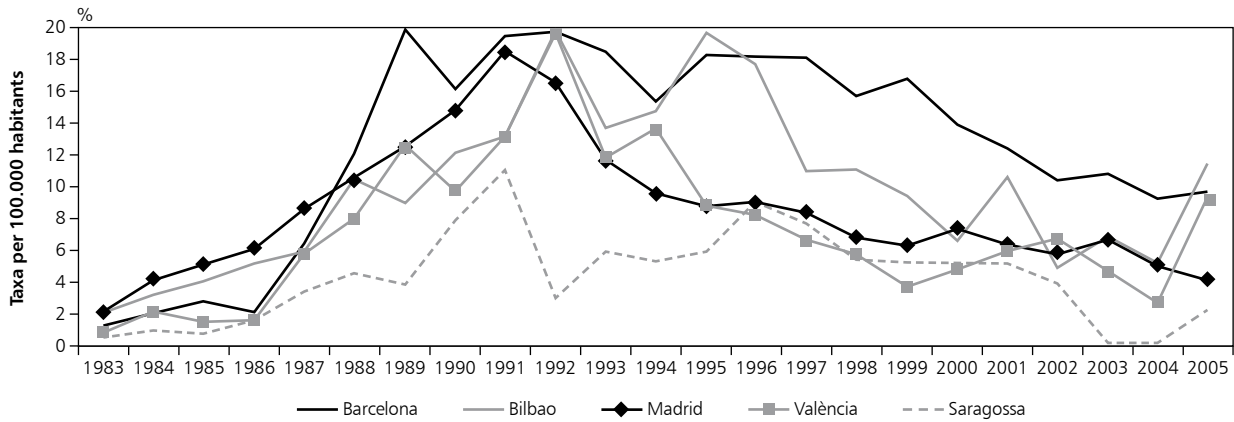
Figura 32. Prevalença de consum de substàncies psicoactives en la població de 15 a 64 anys, segons sexe. Espanya, 2005. Barcelona, 2006.



c. **Consum de risc d'alcohol** en homes és de ≥ 40 g d'alcohol pur al dia (280 o més g/setmana), i en dones, de ≥ 24 g d'alcohol pur al dia (170 o més g/setmana).

Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006 i Informe 2007 de l'Observatori Espanyol sobre Drogues.

Figura 33. Evolució de les taxes de mortalitat per reacció aguda adversa a drogues en cinc ciutats espanyoles en població de 15 a 49 anys. Espanya, 1983-2005.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

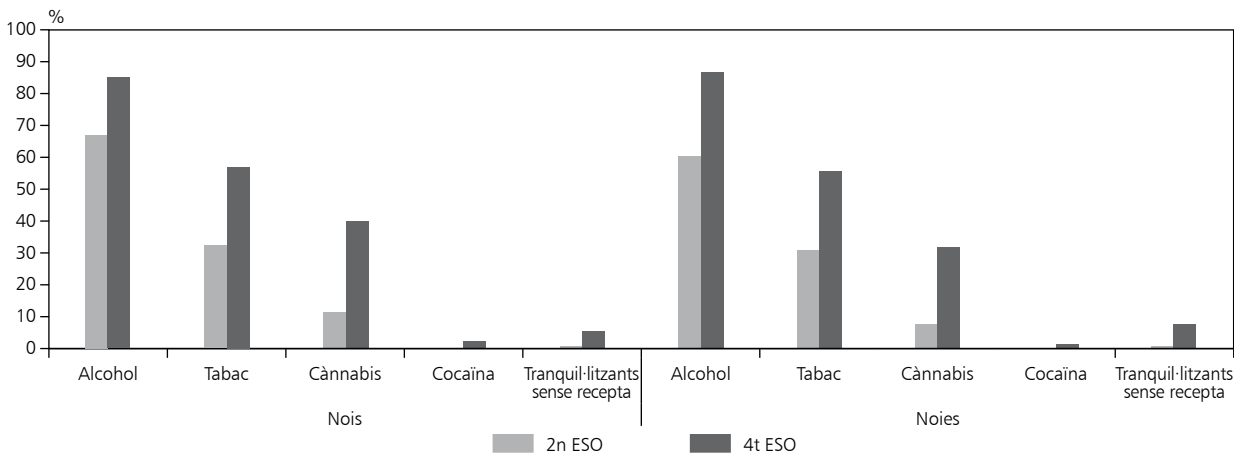
Un dels factors que cal destacar en els darrers anys és el fet que aquesta disminució de la xifra de morts per reacció adversa a drogues va acompanyada d'un canvi en el consum de substàncies. L'any 2000, la proporció de defuncions amb presència d'algun opiàci (heroïna, metadona, etc.) era del 94% del total de morts, mentre que l'any 2007 passa a ser del 65,2%. Contràriament, la presència de cocaïna sola ha passat d'un 3% el 2000 a un 22,7% el 2007.

alguna vegada a la vida, xifra que augmenta al 84,5 i el 86,7%, respectivament, en nois i noies de 4t d'ESO. Pel que fa al consum de **tabac**, no s'observen diferències de gènere. Prop del 30% dels adolescents de 2n d'ESO i del 55% de 4t declaren haver-ne consumit alguna vegada. Cal destacar l'alta proporció d'estudiants que han tastat el **cànnabis** a 4t d'ESO respecte als de 2n. Si l'11,5% dels nois i el 7,9% de les noies de 13 i 14 anys han tastat el cànnabis alguna vegada a la vida, aquesta xifra s'estén al 39,4% dels nois i al 31,6% de les noies de 15 i 16 anys. Un altra dada que cal tenir en compte és el nombre d'adolescents que prenen **tranquil·lizants** sense prescripció mèdica; si a 2n d'ESO escassament arriben a l'1%, la proporció augmenta al 5,8% dels nois i al 7,7% de les noies a 4t d'ESO. Pel que fa a la prevalença de la **cocaïna** alguna vegada a la vida, a 4t d'ESO se situa en el 2,3% en nois i l'1,4% en noies.

INFANTS I ADOLESCENTS

El 2008, les substàncies psicoactives més prevalents entre la població escolaritzada de 14 a 16 anys continuen sent l'alcohol, el tabac i el cànnabis (Figura 34). El 66,3% dels nois i el 60,5% de les noies de 2n d'ESO han pres **alcohol**

Figura 34. Prevalença de consumidors de substàncies psicoactives alguna vegada a la vida entre els nois i les noies de 2n i 4t d'ESO. Barcelona, 2008.



Font: Enquesta FRESC, 2008. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Estudis recents duts a terme amb escolars de Barcelona⁸ posen de manifest que els primers consums es donen al carrer i acompanyats d'amics (Figura 35). També mostren que:

- ✓ Hi ha una relació inversa entre el consum de cànnabis i el nivell acadèmic declarat.
- ✓ Hi ha una relació positiva del consum de cànnabis i la disponibilitat de diners.

Les raons principals per iniciar el consum de cànnabis són la curiositat, sentir noves sensacions i oblidar problemes. Mentre que els motius principals per continuar-ne consumint són sentir-se millor i oblidar problemes, divertir-se i relaxar-se.

El sistema nerviós central dels adolescents està encara en desenvolupament, fet que els fa més vulnerables i més sensibles que els adults als efectes de l'alcohol.⁹ El consum abusiu d'alcohol de caps de setmana pot ocasionar un deteriorament neurocognitiu i neuroconductual (lesions cerebrals persistents i alteracions anatòmiques),¹⁰ a més d'associar-se a un augment del risc de desenvolupar una dependència alcohòlica en l'edat adulta.¹¹ Davant del fet que el consum d'alcohol en menors és una realitat, caldrà reforçar tant les intervencions preventives en els àmbits familiar, educatiu o sanitari, com en la prevenció de l'oferta, i alhora també s'establirà en un futur immediat un proto-

col d'actuació dels cossos policials i l'Agència de Salut Pública de Barcelona per tal d'oferir un programa psicoeducatiu als adolescents sancionats per consum d'alcohol a la via pública, similar al que s'està duent a terme per a drogues il·legals al Servei d'Orientació sobre Drogues (taula 4).

Una eina preventiva emprada a l'àmbit escolar durant el darrer PADB han estat els **plans preventius de centre (PPCE)**. L'any 2005, es va engagar aquest projecte pilot a diversos centres d'ensenyament secundari de la ciutat, un projecte que tenia com a objectius construir un discurs intern i consensuat sobre la prevenció de les drogodependències amb la participació de tota la comunitat escolar, desenvolupar un clima escolar favorable a la salut, promoure un model d'intervenció per detectar alumnes amb conductes de risc vers el consum de drogues i afavorir la seva derivació a recursos especialitzats. L'avaluació realitzada d'aquest projecte ha suposat una reorientació en la metodologia i una ampliació de l'àmbit d'acció, de manera que deixa de ser exclusivament de prevenció de drogodependències i inclou altres conductes relacionades amb la salut, com ara les relacions afectivosexuals i l'alimentació.

Figura 35. Circumstàncies del primer consum de cànnabis en els escolars de 3r d'ESO, 2005.

Lloc del primer consum	Companyia
60,3% al parc o al carrer	88,5% amb amics/amigues
16,0% a casa d'amics	13,4% amb companys/es
6,3% d'excursió/campament	5,9% amb germans/es
4,7% al domicili	3,7% amb altres familiars
12,7% altres	

Font: E. Morales et al.⁸

Taula 4. Perfil d'usuaris del Servei d'Orientació de Drogues segons sexe. Barcelona, 2008.

	Nois (%)	Noies (%)		Nois (%)	Noies (%)
Sexe	77,8	22,2	Escolarització		
Edat			No escolaritzats per abandonament	18,8	24,1
15 anys	14,9	14,3	Faltes d'assistència a classe	29,1	27,6
16 anys	31,1	28,6	Dificultats a classe	58,5	44,8
17 anys	40,5	53,6	No fa activitats extraescolars	45,5	31,0
Altres	13,5	3,6	Droga		
Nacionalitat			Droga que motiva el tractament: cànnabis	98,0	90,9
Estrangera	15,2	9,5	Tractament previ per consum de drogues	6,1	10,0
Tipus de família			Drogues consumides els darrers 30 dies		
Nuclear/parella (pares + fills)	64,4	42,5	Cànnabis	97,1	93,1
Monoparental (1 membre + fills)	16,8	40,0	Alcohol	64,7	65,5
Posició socioeconòmica dels pares			Tabac	51,8	48,3
Pare amb estudis primaris o secundaris	70,4	71,5	Cocaïna	4,3	3,4
Mare amb estudis primaris o secundaris	71,4	67,9	Salut		
Pare o mare no treballa	20,7	10,6	Ha rebut tractament psiquiàtric	18,4	13,8
Situació de la parella			Salut regular, dolenta o molt dolenta	4,8	3,7
Convivència amb la parella	61,9	50,0	Pràctiques de risc		
Separats o divorciats	33,8	46,4	Bevedor de risc	4,0	2,3

Font: Sistema d'Informació sobre Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

JOVES I DONES

El consum de substàncies psicoactives és superior en homes que en dones, en qualsevol edat i tipus de drogues, excepte en el consum de **tranquil·litzats** sense prescripció mèdica, on hi ha una prevalença més alta entre les dones (Figura 36, Figura 37, Figura 38 i Figura 39).

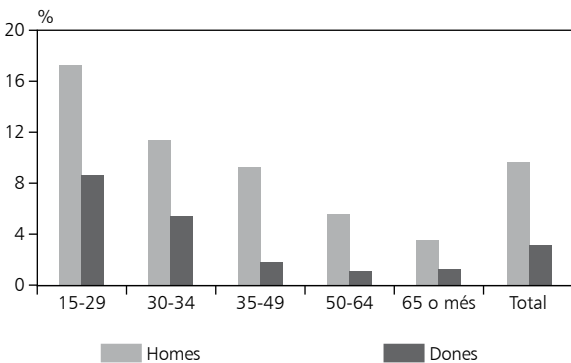
La prevalença de **bevedors de risc^d** en els joves de 15 a 29 anys és del 17,2% i disminueix a l'11,3% en els homes de 30 a 34 anys. Aquestes xifres són inferiors en les dones, on hi ha un 8,5% en la franja d'edat més jove i un 5,3% en dones de 30 a 34 anys (Figura 36).

Entre els joves són freqüents els episodis de consum excessiu d'alcohol (fartera de beure o *binge drinking*) i fins i tot els d'intoxicació etílica aguda (borratxeres), especialment els caps de setmana.

El **cànnabis** és la substància psicoactiva il·legal amb una prevalença de consum més alta. El 30,3% dels homes de 15 a 29 anys n'ha consumit en el darrer any, mentre que aquesta xifra disminueix al 21% en els homes de 30 a 34 anys. L'extensió del consum en les dones és inferior, amb el 21,1% en les dones de 15 a 29 anys i el 9,90% en les dones de 30 a 34 anys.

La **cocaïna** és, després del cànnabis, la droga il·legal més consumida. El 7,7% dels homes de 15 a 29 anys i de 30 a 34 anys n'han consumit en el darrer any. En les dones,

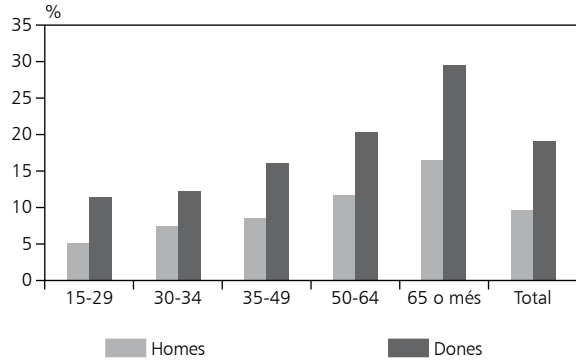
Figura 36. Prevalença de bevedors de risc en la població de 15 o més anys segons sexe i grup d'edat. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

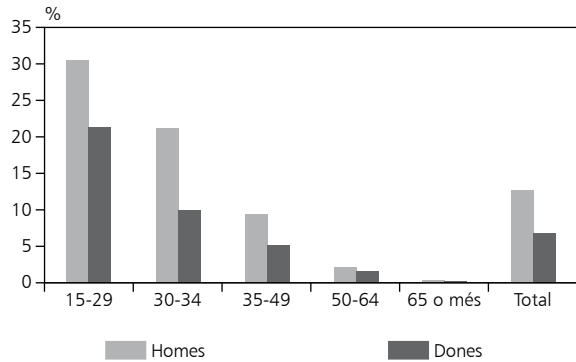
^d El consum de risc d'alcohol en homes és de $\geq 40g$ d'alcohol pur al dia (280 o més g/setmana), i en dones, de $\geq 24g$ d'alcohol pur al dia (170 o més g/setmana).

Figura 37. Prevalença de consum de tranquil·litzants en els últims dotze mesos en la població de 15 o més anys segons sexe i grup d'edat. Barcelona, 2006.



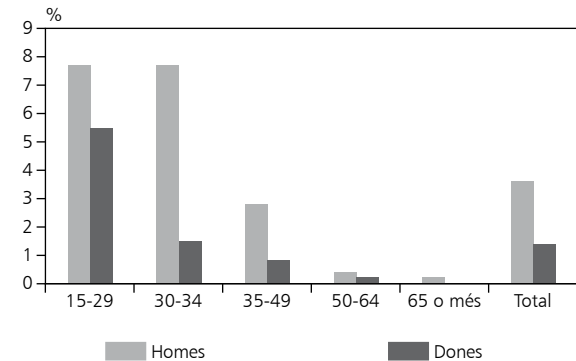
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 38. Prevalença de consum de cànnabis en els últims dotze mesos en la població de 15 o més anys segons sexe i grup d'edat. Barcelona, 2006.



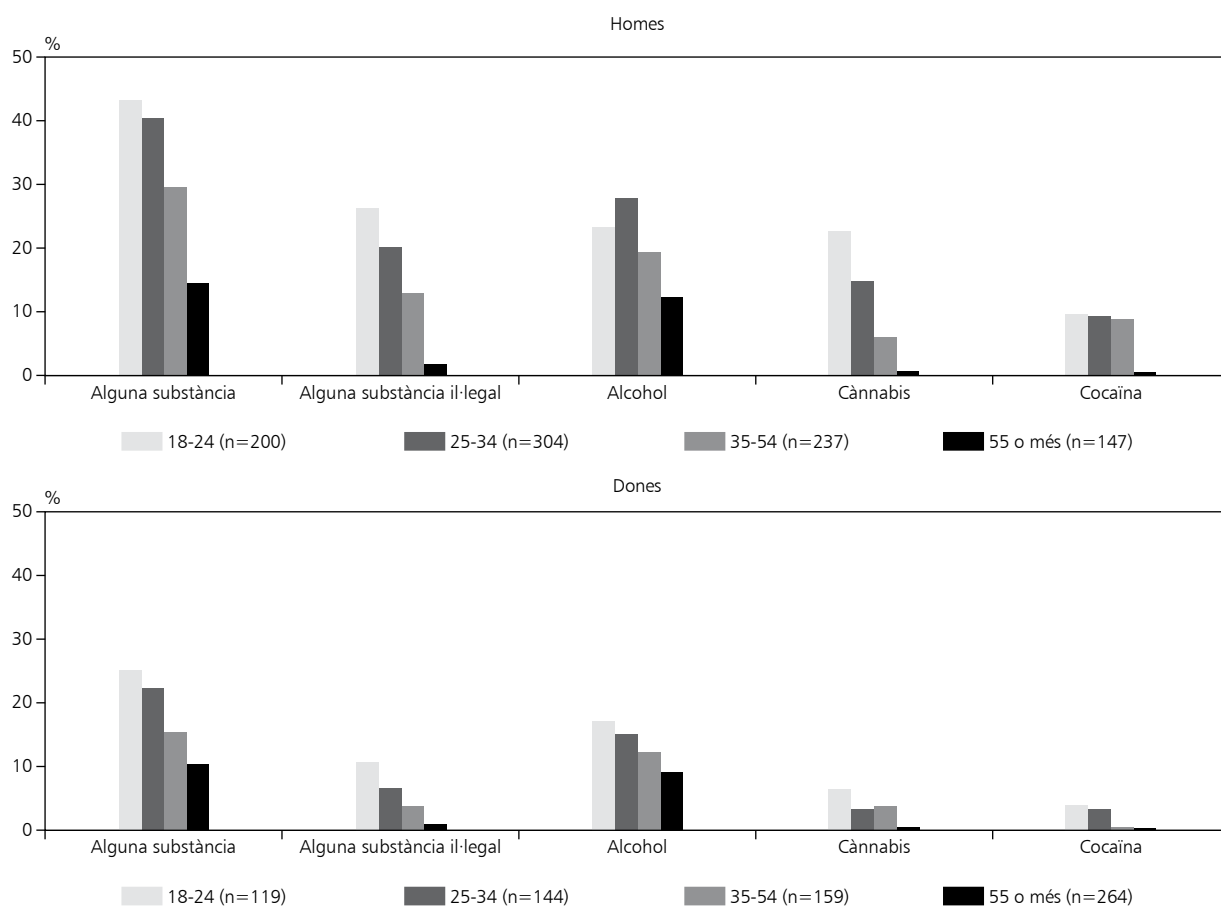
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 39. Prevalença de consum de cocaïna en els últims dotze mesos en la població de 15 o més anys segons sexe i grup d'edat. Barcelona, 2006.



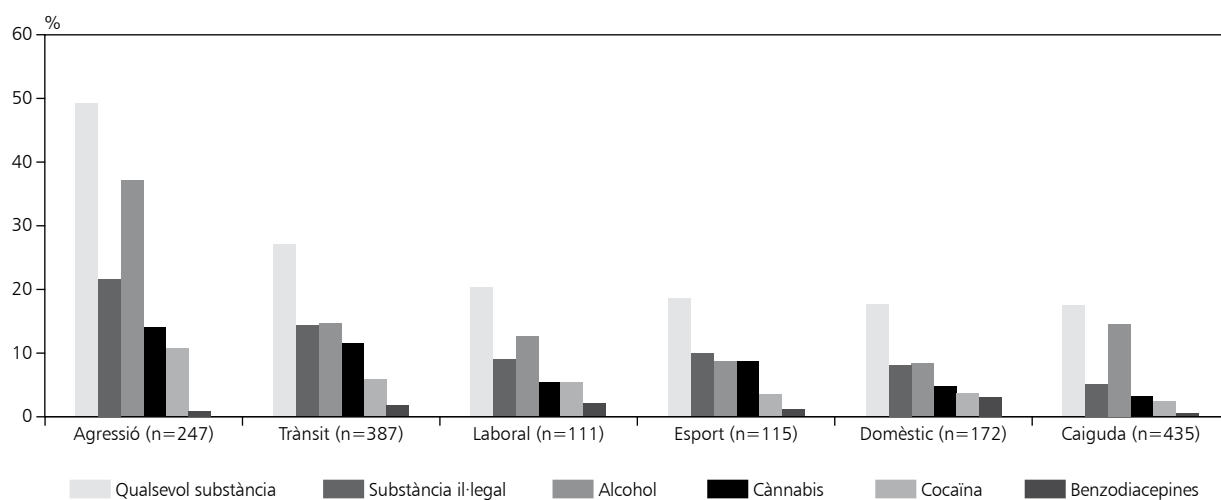
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 40. Percentatge d'ús recent de substàncies psicoactives en lesionats atesos als serveis d'urgències hospitalàries de Catalunya, segons sexe, grup d'edat i substància.



Font: Projecte MACIUS. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006.

Figura 41. Percentatge de consum recent de substàncies en lesionats atesos als serveis d'urgències hospitalàries de Catalunya, segons mecanisme de lesió i substància.



Font: Projecte MACIUS. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006.

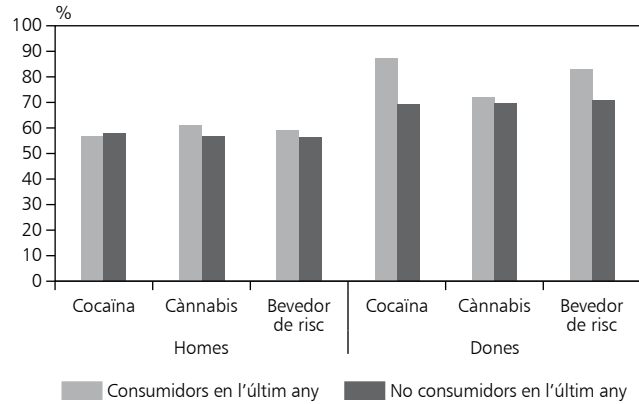
la prevalença de consum és inferior, tant en el grup d'edat de 15 a 29 anys amb el 5,5%, com en el grup de 30 a 34 anys amb el 1,5%.

Un estudi transversal fet pel grup de treball del projecte MACIUS sobre l'impacte del consum recent de substàncies psicoactives en lesionats atesos als serveis d'urgències dels hospitals de Barcelona indica que les prevalències en els grups d'edat més joves són les més altes, amb el 42,9% per als homes i el 25,4% per a les dones. Sí que s'observa, segons substància consumida en els homes, que aquest patró es manté per al cànnabis però no es compleix ni per al consum d'alcohol ni per al de la cocaïna (Figura 40).

Prop del 50% de les lesions ateses als serveis d'urgències han estat relacionades amb el consum de qualsevol substància psicoactiva, sent l'alcohol, amb el 37%, la substància més prevalent (Figura 41). Un de cada quatre lesionats per accident de trànsit, un de cada cinc lesionats en l'àmbit laboral, i prop d'un de cada sis lesionats en l'àmbit esportiu, en l'àmbit domèstic o relacionats amb una caiguda han tingut la implicació del consum de drogues.

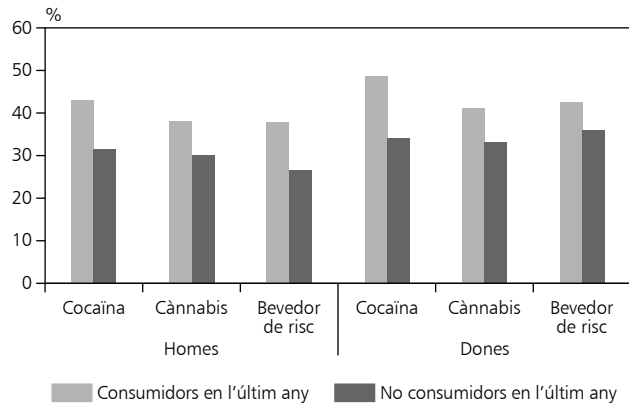
La **utilització dels serveis sanitaris** per part de la població (atenció primària, atenció especialitzada i serveis d'urgències) és de gran importància per a la planificació i l'avaluació dels recursos disponibles. L'Enquesta de salut de Barcelona indica que no hi han diferències en l'ús dels metges/esses de capçalera entre els homes de 15 a 34 anys que han consumit cocaïna, cànnabis o són bevedors de risc el darrer any respecte dels que no són consumidors. En canvi, el percentatge de dones joves de 15 a 34 anys que han consumit cocaïna, cànnabis o són bevedores de risc en els darrers dotze mesos és superior si el comparem amb les dones no consumidores (Figura 42). Pel que fa a l'ús dels serveis d'urgències, el nombre de persones de 15 a 34 anys que han consumit cocaïna, cànnabis o són bevedors/es de risc en l'últim any és més gran respecte als no consumidors, especialment entre les dones (Figura 43).

Figura 42. Percentatge de població que ha visitat el metge/essa de capçalera en els últims dotze mesos en la població de 15 a 34 anys, segons sexe i consum de drogues. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 43. Percentatge de persones que han estat ateses a urgències en els últims dotze mesos en la població de 15 a 34 anys, segons sexe i consum de drogues. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Agència de Salut Pública de Barcelona.

POBLACIÓ ADDICTA A SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Durant l'any 2008, es van atendre un total de 5.058 persones per addicció a diferents substàncies psicoactives, el 77% de les quals eren autòctones, i el 23%, estrangeres (Figura 44). Com es pot veure a la Figura 45, el 15% dels inicis van ser per heroïna, el 28% per cocaïna, el 50% per alcohol i el 6% per cànnabis.

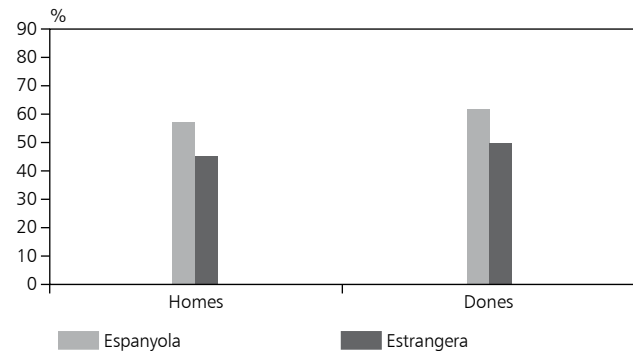
La prevalença dels trastorns psiquiàtrics és alta en aquesta població, principalment entre les dones consumidores (Figura 46). El trastorn més freqüent, tant en homes com en dones, és la depressió i els trastorns d'ansietat. La mobilitat psiquiàtrica és independent de la substància consumida, ja que els usuaris d'heroïna i els de cocaïna tenen prevalences similars.

Pel que fa a ús de serveis sanitaris, la població consumidora de drogues és una important usuària dels serveis d'urgències. A la Figura 47 podem veure la distribució d'urgències en els darrers anys, i es constata que les urgències per heroïna s'han estabilitzat en prop d'uns 2.000 episodis/any. Les urgències per cocaïna i cànnabis són les que han experimentat un increment més alt, ja que representen uns 3.000 episodis/any les urgències per cocaïna i 1.500 les urgències per cànnabis.

Els addictes de més risc i en situació d'exclusió social són els usuaris dels centres de reducció de danys de Barcelona (REDAN). Aquests centres van atendre, durant l'any 2008, 5.541 addictes actius a l'heroïna i/o la cocaïna. D'aquests, el 82% eren homes, el 42% tenien 30 anys o menys, el 40% eren espanyols, i el 26% vivien en una llar familiar.

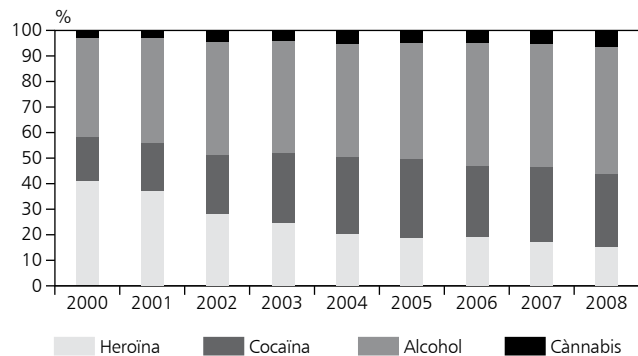
De tots els pacients atesos als centres de REDAN, 3.067 van fer ús de les sales de consum supervisat. L'heroïna, amb el 42%, va ser la substància que més punxions va ocasionar, seguida de la cocaïna, amb el 40%, i de l'*speed-ball* (barreja d'heroïna i cocaïna), amb el 18%. La mitjana de visites hora va ser de deu, i els horaris amb més afluència de consumidors van ser els de tarda, vespre, nit i primera hora de la matinada (Figura 48).

Figura 44. Inicis de tractament per alcohol i altres drogues, segons nacionalitat d'origen i sexe. Barcelona, 2008.



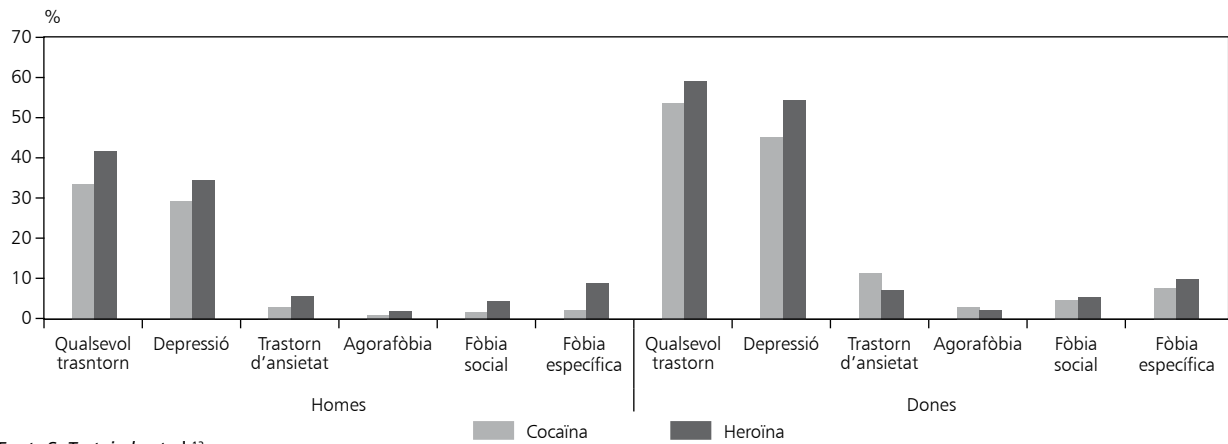
Font: Sistema d'Informació sobre Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 45. Inicis de tractament per alcohol i altres drogues, segons substància que provoca la demanda de tractament. Barcelona, 2008.



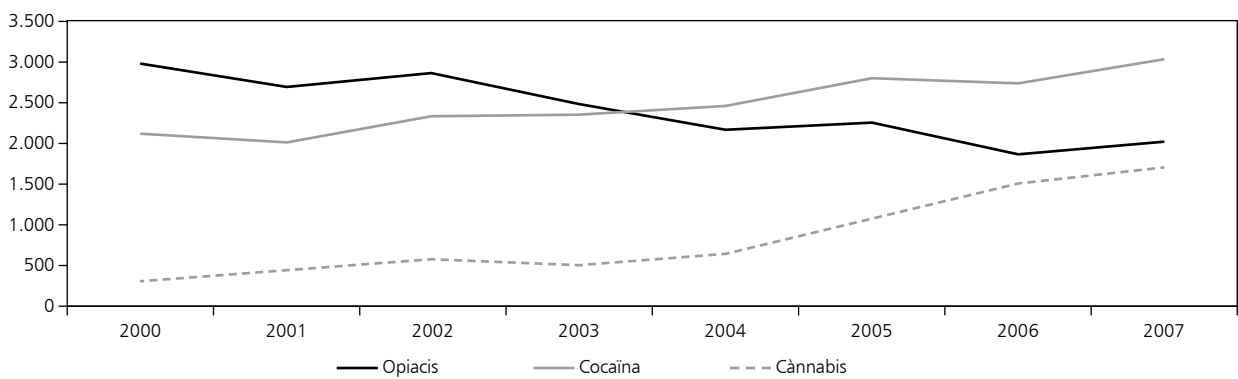
Font: Sistema d'Informació sobre Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 46. Prevalença de trastorns psiquiàtrics en una cohort de cocaïnòmans i heroïnòmans, segons sexe. Barcelona, 2006.



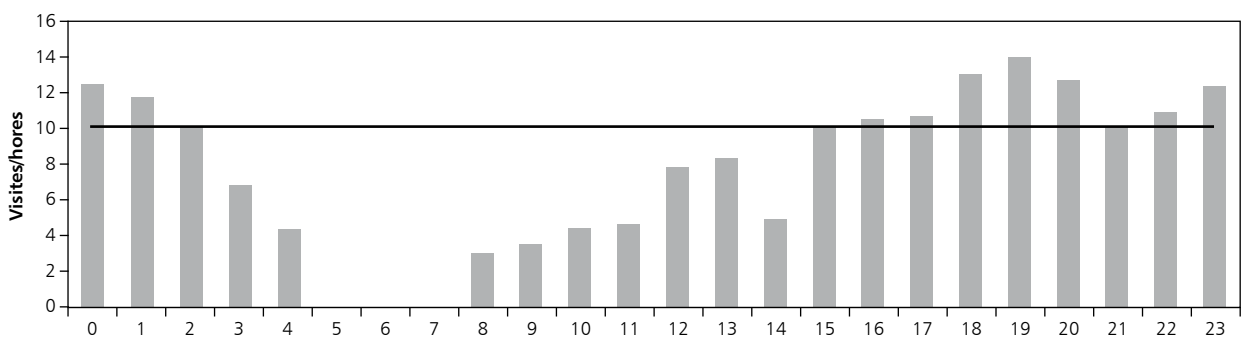
Font: S. Tortajada et al.¹²

Figura 47. Distribució de drogues consumides pels addictes a drogues il·legals atesos als serveis d'urgències. Barcelona, 2000-2007.



Font: Sistema d'Informació sobre Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 48. Mitjana de visites realitzades a les sales de consum supervisat, segons franja horària. Barcelona, 2008.



Font: Sistema d'Informació sobre Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

5. PLA D'ACCIÓ SOBRE DROGUES DE BARCELONA 2009-12

MARC CONCEPTUAL

A Barcelona, les polítiques sobre drogues s'han anat adaptant a les noves situacions, cercant el punt d'equilibri entre les necessitats de la població no consumidora, la dels consumidors amb un ús no problemàtic de les substàncies i les de la població que és drogodependent o que presenta un ús problemàtic. Cal trobar el punt apropiat, que sense provocar alarmismes faci visible que el consum de substàncies addictives comporta costos socials elevats, i que per tant no es pot banalitzar.

Les avaluacions científiques han demostrat arreu que les polítiques d'abordatge de les drogodependències per ser efectives han de ser integrals, amb una combinació equilibrada de mesures preventives, dissuasòries, d'intervenció i d'assistència sanitària, social i de reinserció laboral. També han de poder incorporar les noves intervencions d'eficàcia provada. El retard en l'aplicació de mesures com els programes de manteniment en metadona, els d'intercanvis de xeringues o les actuacions de prevenció selectiva poden determinar situacions de greu impacte en la salut pública, tant en les persones drogodependents com en el conjunt de la població.

Un abordatge pragmàtic de les polítiques de tractament de les drogodependències s'ha de basar en aquests factors. Està demostrat que amagar els problemes lligats al consum de drogues és un plantejament errat que no ha ajudat mai a resoldre aquesta problemàtica.

Altrament, l'evolució i els canvis de la població en el consum de substàncies, les dinàmiques pròpies del mercat de drogues i l'evolució dels determinants socials i culturals impliquen la necessitat que els plans i les polítiques de drogues s'adaptin a les noves realitats i cerquin les mesures de màxima efectivitat per donar-hi resposta.

En aquest sentit, els grans reptes que ens plantejem en aquest Pla se centren en els aspectes següents:

- ✓ El reforçament de les mesures de prevenció selectiva i indicada amb visió comunitària, encaminades a evitar el consum o disminuir els efectes del consum problemàtic d'alcohol i altres drogues per a les persones consumidores més vulnerables, atès que la prevenció universal i menys específica ja té uns nivells mínims assolits que han de mantenir-se i incrementar-se.
- ✓ La incorporació d'estratègies de multiculturalitat en totes les línies d'actuació en l'àmbit de les drogodependències, per respondre a les necessitats que planteja una societat menys homogenia.

- ✓ L'ampliació i consolidació dels programes i estratègies de reducció de danys per a les persones consumidores de drogues en situació de més cronificació, reforçant les accions per atreure persones en aquesta situació a programes de tractament.
- ✓ L'adaptació dels centres de tractament als nous reptes terapèutics vinculats al consum d'alcohol, cocaïna, cànnabis i altres substàncies psicoactives i a la diversitat cultural i idiomàtica, sense abandonar l'atenció als usuaris d'heroïna, que va ser un factor clau en l'origen de la xarxa actual.
- ✓ La més gran integració i acceptació dels serveis per a drogodependents en els recursos assistencials socials i de salut, i en el conjunt del teixit social de la ciutat.
- ✓ El reforç del treball de coordinació i col·laboració amb tots els actors, agents i institucions implicats en el treball vinculat a la prevenció del consum de les substàncies addictives, tant les d'ús institucional com el tabac i l'alcohol, o les que no ho són (heroïna, cocaïna, cànnabis, etc.).

D'aquestes prioritats es deriven les actuacions que s'inclouen en el pla d'acció següent.

MISSIÓ-ESTRATÈGIA

L'anàlisi del consum a la ciutat de Barcelona posa de manifest que l'ús de drogues, durant la transició de la infància a la maduresa, es dona amb certa freqüència. En moltes, aquest consum és abandonat en arribar a l'edat adulta, però en d'altres pot evolucionar i esdevenir un problema d'abús o de dependència.

Aquest risc afecta totes les capes socials, per bé que hi han factors personals i de l'entorn que hi tenen influència. És per això que plantejem sis grans opcions estratègiques en les quals basar el Pla: vetllar pels drets dels qui no volen consumir droga, prevenir-ne el consum, fomentar l'abstinència per al qui la vulgui abandonar, reduir els riscos i efectes adversos sanitaris i socials per a qui en fa un consum esporàdic o habitual, minimitzar els danys associats a l'addicció, i propiciar el canvi cap a l'abstinència per als qui ho sol·licitin.

La missió de Pla d'acció sobre Drogues de Barcelona és prevenir i reduir el consum de drogues psicoactives, tant les lícites –alcohol, psicòtrops i tabac– com les il·lícites, i les seves repercussions negatives en els àmbits individual, familiar i social, per tal de:

- ✓ Reduir la morbiditat i mortalitat associades al consum de drogues psicoactives;

- ✓ Prevenir situacions d'exclusió social de l'individu i del seu entorn;
- ✓ Evitar les vulneracions i l'incompliment de la legislació vigent.

Fent-ho d'acord amb un model de base comunitària i intersectorial en el qual participin els diversos agents de manera coordinada i en col·laboració.

FILOSOFIA I PRINCIPIS RECTORS

Aquest Pla incorpora els principis següents, presents en tots els àmbits i actuacions plantejades:

- **Equitat i disminució de les desigualtats socials.** Totes les accions i estratègies desenvolupades en aquest Pla tindran en compte les desigualtats socials presents en el consum de substàncies psicoactives i l'equitat en l'accés als serveis de tots els consumidors de drogues.
- **Contundència amb el tràfic de drogues i compromís amb les persones i l'espai públic.** Refermar el compromís municipal de contribuir a la lluita contra el mercat il·legal de drogues i la voluntat de treballar per minimitzar els efectes del consum d'aquestes sobre les persones i l'espai públic.
- **Perspectiva de gènere.** En les accions incloses dins d'aquest Pla, es considerarà sistemàticament la perspectiva de gènere (condicions de vida i de treball, socialització de gènere i necessitats diferents de les dones i dels homes).
- **Els consumidors de drogues són persones amb tots els drets** i, per tant, cal que no siguin objecte de discriminació, independentment de l'origen, l'ètnia, la cultura o la situació administrativa que tinguin.
- **Protecció del menor.** Seguint les directrius de l'ONU sobre els drets dels infants, aquest Pla vetllarà per la protecció del menor per tal que el seu desenvolupament físic, mental i social es doni de forma saludable i adequada. Així mateix, el Pla tindrà una estructuració per franges d'edat (infància, adolescència i joves)^e i per àrees i poblacions prioritàries (usuaris, poblacions en risc).

^e L'article 1 de la Convenció sobre els Drets de l'Infant de Nacions Unides del 1989 diu: "S'entén per infant tot ser humà menor de divuit anys, tret que en virtut de la llei que li sigui aplicable, hagi assolit la majoria d'edat." L'article 2, del capítol I de la Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents i de modificació de la Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desamparats i de l'adopció, ens indica que infant és tota persona menor de dotze anys, i adolescent, tota persona amb una edat compresa entre els dotze anys i la majoria d'edat establerta per llei.

- **Personalització i intervencions sanitàries i socials basades en l'excel·lència,** realitzada per professionals competents, tot prenent la persona com a centre de l'atenció i basant-se en l'ètica professional i l'evidència de la literatura científica.
- **Abordatge integral.** Les intervencions en drogodependències s'abordaran de manera global, tenint present el conjunt de problemes associats al fenomen social del consum de les drogues.
- **Accessibilitat als recursos.** L'atenció a les persones consumidores de drogues complirà amb els principis generals de l'atenció sanitària a Catalunya, serà gratuïta, equitativa, igualitària, universal i de qualitat.
- **Criteris de qualitat en totes les accions desenvolupades.** Introduir els criteris de qualitat seguint el model EFQM i d'avaluació externa en els programes de prevenció, assistència, coordinació i tractament que es desenvolupin en aquest Pla, per tal d'identificar oportunitats de millora i garantir un nivell bàsic de qualitat en els serveis d'atenció als ciutadans.
- **Transversalitat.** La concepció d'aquest Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona (PADB) és transversal, i va més enllà d'una perspectiva de salut. Tot i que les directrius i la gestió del PADB es porten a terme des de l'ASPB, es planteja un treball intersectorial que suposa la coordinació amb diversos plans, tant els municipals de caràcter transversal (PlajoveBCN, Pla municipal per a les dones, Pla municipal per a la inclusió social, etc.) com els autonòmics (Pla director de salut mental i addiccions,^{13,14} Llibre blanc de la prevenció a Catalunya,¹⁴ etc.), així com sectors diferents del sanitari, establint els criteris d'harmonització i seguiment corresponents.
- **Coresponsabilitat i coordinació.** Les institucions (Ajuntament de Barcelona, Generalitat de Catalunya, Consorci Sanitari de Barcelona, Consorci de Serveis Socials de Barcelona), dins del seu àmbit de competències, han de ser coresponsables en les actuacions en matèria de les drogodependències, així com reforçar els mecanismes de coordinació per garantir l'efectivitat de les intervencions.
- **Participació dels diferents actors implicats,** inclosos els usuaris, per tal d'implementar intervencions que possibilitin canvis de conductes relacionades amb la salut. Per tenir una perspectiva transformadora de la societat, és important la implicació de la societat, dels serveis, de les institucions, dels agents comunitaris, de les ONGs i dels mateixos usuaris.
- **Recerca, informació i coneixement.** Es facilitarà la informació necessària per a la gestió dels recursos i de les intervencions dutes a terme, i s'aprofundirà en la recerca i monitoratge del fenomen canviant de les drogues. Es garantirà les eines necessàries per

planificar i desenvolupar programes de prevenció, intervenció, assistencials i de reinserció basats en l'evidència científica.

- **Avaluació contínua.** Els plans de treball desenvolupats tindran objectius i indicadors que seran avaluats periòdicament.

PLANIFICACIÓ OPERATIVA

El Pla d'acció sobre drogues de Barcelona comprèn les grans directrius i objectius que cal portar a terme durant el període 2009-2012 en el territori de la ciutat. Les diferents línies i àmbits d'intervenció s'agrupen en tres grans apartats: model de ciutat, poblacions en risc i població usuària de drogues, partint de la necessitat de dissenyar una tàctica comuna per al conjunt de la ciutat, i que alhora tingui en compte les particularitats dels diferents col·lectius que la integren.

Durant els quatre anys de vigència del Pla, es posaran en pràctica les accions derivades dels objectius que han estat definits en aquest document. L'ASPB, com a responsable executiva d'aquest Pla, preveu comptar amb la col·laboració i la coresponsabilització de bona part dels actors que han participat en el procés d'elaboració.

1. Abordatge de ciutat

Objectiu 1.1.

Impulsar la reordenació dels espais de consum i evitar nuclis de marginació i concentració que fomentin l'exclusió social i facilitin el consum problemàtic de drogues.

Accions:

1.1.1. Distribuir de forma equilibrada equipaments, instal·lacions i recursos als diferents territoris de la ciutat, garantint que tots els districtes disposin com a mínim d'un equipament.

1.1.2. Analitzar, dissenyar i dur a terme accions destinades a la reordenació de barris i zones especialment deprimides per reduir els espais facilitadors de consum problemàtic.

1.1.3. Evitar nuclis d'oferta i mercadeig al voltant dels centres educatius i altres equipaments adreçats a adolescents i joves.

1.1.4. Implementar noves estratègies per tal d'eradicar, o si més no reduir, l'impacte del consum de drogues a la via pública.

1.1.5. Impulsar estratègies per reduir l'impacte del consum d'alcohol i altres drogues, posant una atenció

especial en les celebracions d'esdeveniments amb gran afluència de públic.

1.1.6. Possibilitar un model d'integració intercultural d'ús de l'espai públic.

1.1.7. Potenciar el paper dels agents de salut i entitats veïnals com a mediadors socials per sensibilitzar i afavorir l'adherència de les persones nouvingudes als recursos socials i sanitaris.

1.1.8. Mantenir com a prioritat el control dels conductors sota els efectes de l'alcohol i augmentar la prioritat de control dels conductors sota els efectes d'altres drogues.

Objectiu 1.2.

Reduir l'oferta de les drogues psicoactives i vetllar pel compliment efectiu de les normatives sobre promoció, publicitat, venda i consum d'alcohol.

Accions:

1.2.1. Coresponsabilitzar tots els actors de la ciutat en el control de l'oferta.

1.2.2. Fer complir les normatives que prohibeixen la venda d'alcohol als menors d'edat i que regulen altres aspectes de la venda i consum d'alcohol, reforçant la implicació i coordinació de tots els cossos de seguretat i inspecció.

1.2.3. Adequar la prescripció dels psicofàrmacs en els serveis de salut i afavorir-ne el control efectiu en les oficines de farmàcies.

1.2.4. Eliminar el patrocini per part d'indústries i marques de begudes alcohòliques de les festes populars promogudes per l'Ajuntament i altres activitats municipals, per tal d'evitar que l'Ajuntament pugui quedar associat a la promoció del consum d'alcohol.

1.2.5. Vetllar pel compliment de la normativa relativa a la publicitat d'alcohol i limitar la publicitat i promocions encobertes de consum d'alcohol.

1.2.6. Desenvolupar i aplicar un codi ètic en totes les campanyes publicitàries que faci l'Ajuntament de Barcelona, que pugui influir sobre les conductes relacionades amb el consum de drogues.

1.2.7. Implicar i sensibilitzar els empresaris vinculats al món de la nit i comerciants, per tal d'evitar la venda d'alcohol a menors, la venda ambulat d'alcohol i altres situacions irregulars.

1.2.8. Incloure a les ordenances municipals de mesures per fomentar i garantir la convivència ciutadana i les d'establiments públics de lliure concurrència, els supòsits de l'article 5 de la Llei 10/1991, de 10 de maig, del Parlament de Catalunya, per tal de regular millor el consum indegut de begudes alcohòliques.

Objectiu 1.3.

Garantir una coordinació intersectorial eficaç entre els diferents nivells de l'administració local i autonòmica, i altres entitats.

Accions:

1.3.1. Millorar les polítiques de prevenció, intervenció, assistència i inserció mitjançant una coordinació efectiva entre les institucions, amb una atenció especial en els departaments de Salut i de Justícia de la Generalitat i l'Ajuntament de Barcelona.

1.3.2. Potenciar un sistema de gestió integrada en el territori dels serveis de salut mental, de les addiccions i dels serveis socio-sanitaris per tal de garantir la continuïtat assistencial.

1.3.3. Treballar conjuntament amb sectors municipals que poden tenir un paper rellevant en la prevenció (Institut Barcelona Esports, Consorci d'Educació de Barcelona, Joventut, etc.).

1.3.4. Facilitar els espais de reflexió, participació i coordinació entre professionals dels diferents àmbits sanitari, social, educatiu, judicial, de seguretat i de l'oci, per tal de potenciar les intervencions i cercar una coherència més gran.

1.3.5. Intensificar la col·laboració amb el Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i l'Agència de Salut Pública de Barcelona per dur a terme programes de prevenció i reducció de danys.

1.3.6. Fomentar taules de participació i coordinació entre l'administració i els empresaris del món de la nit per tal de desenvolupar programes de disminució de riscos associats a l'oci nocturn (dispensació responsable de begudes alcohòliques, disposar de punts d'aigua, protocols d'emergència, zones de descans, etc.) i fer complir la normativa vigent.

Objectiu 1.4.

Implicar els ciutadans com a veritables agents socials de salut, impulsant decididament accions de prevenció i promoció de salut, polítiques de vida quotidiana i afavoridores d'estils de vida saludables.

Accions:

1.4.1. Impulsar polítiques afavoridores d'estils de vida saludables i facilitar espais de participació ciutadana que potenciïn el teixit social i les organitzacions no governamentals.

1.4.2. Establir mecanismes de col·laboració amb els mitjans de comunicació, adequant els missatges que transmeten als ciutadans, per tal que aquests siguin promotors d'estils de vida saludables i millorin la informació sobre drogues.

1.4.3. Iniciar a tots els barris afectats per la Llei de barri el Programa "Salut als barris", sense oblidar les zones que no estan afectades per aquesta Llei i que pateixen o poden patir problemes relacionats amb el consum de drogues.

1.4.4. Promoure la solidaritat dels ciutadans per tal que assumeixin la necessitat d'ubicar infraestructures i recursos per a persones amb problemes de drogodependències.

1.4.5. Promoure intervencions comunitàries dirigides a modificar la pauta social de banalització del consum de drogues, especialment pel que fa al consum d'alcohol i de cànnabis en els adolescents i joves.

1.4.6. Reforçar el paper de la família com a institució i nucli de convivència en el qual es promouen valors, així com afavorir un espai de solidaritat i d'ajuda mútua.

2. Infants i adolescents

Objectiu 2.1.

Evitar el consum de drogues entre els menors de divuit anys, o si més no endarrerir l'edat d'inici d'aquest consum, reforçant els factors de protecció i la promoció d'actituds i hàbits saludables mitjançant activitats preventives de caràcter universal en diferents àmbits.

Accions:

2.1.1. Àmbit comunitari:

2.1.1.1. Impulsar programes de formació per als professionals que treballen amb població adolescent i joves dels diferents àmbits d'intervenció que els permeti prevenir i detectar precoçment les addiccions i els trastorns mentals.

2.1.1.2. Elaborar estratègies de prevenció de les addiccions i dels trastorns mentals adreçades a la població adolescent en els diferents àmbits (sanitari, social, educatiu, etc.).

2.1.1.3. Potenciar la col·laboració amb el PlajoveBCN per tal de cercar estratègies preventives conjuntes en l'àmbit de la salut dels adolescents i joves.

2.1.1.4. Elaborar i difondre material informatiu per sensibilitzar els més joves dels riscos del consum de substàncies psicoactives (alcohol, cànnabis, tabac, etc.).

2.1.2. Àmbit del lleure:

2.1.2.1. Promoure activitats d'oci saludable per a infants i adolescents i estimular la creació d'una oferta atractiva d'esport, especialment per a nenes i noies a partir dels dotze anys, per tal de fomentar estils de vida saludables.

2.1.2.2. Sensibilitzar els diferents agents socials de la potencialitat del lleure no formal i informal com a àmbit d'actuació preventiva.

2.1.2.3. Impulsar la formació d'educadors/es del lleure i dotar-los de les eines necessàries perquè puguin desenvolupar accions preventives en els espais no formals i informals.

2.1.2.4. Promoure festes alternatives per a adolescents on no hi hagi consum d'alcohol, i potenciar-les perquè puguin arribar a ser una alternativa real.

2.1.3. Àmbit escolar:

2.1.3.1. Facilitar i promoure els programes de prevenció universal amb eficàcia^f provada d'alcohol, cànnabis i altres drogues als centres escolars públics, concertats i privats.

2.1.3.2. Promoure programes específics de prevenció de les addiccions i altres conductes de risc (violència, assetjament o *bullying*, videojocs, etc.).

2.1.3.3. Afavorir un model d'escola més participativa, amb la implicació de famílies, alumnat i professorat en les intervencions de promoció de la salut.

2.1.3.4. Potenciar el coneixement dels programes de prevenció del consum de drogues desenvolupats per l'ASPB entre les associacions de mares i pares d'alumnes dels centres educatius de la ciutat, per tal de reforçar la seva aplicació.

2.1.3.5. Afavorir l'avaluació de les estratègies d'intervenció emprades.

2.1.3.6. Consolidar mòduls de formació per al professorat en la prevenció de les addiccions, acordats amb les institucions educatives.

2.1.3.7. Garantir que els punts "Jove, Informa't i Participa" (PUNJIP) dels centres d'educació secundària tinguin informació relacionada amb el consum de drogues i altres temes de salut.

2.1.3.8. Afavorir que el Programa "Salut i escola" assoleixi altes cobertures en els centres d'educació secundària de la ciutat i que la consulta oberta sigui un espai d'informació, cribratge i derivació a serveis sanitaris especialitzats.

2.1.3.9. Afavorir que els centres escolars on estigui implantat el Programa "Salut i escola" incorporin intervencions preventives grupals amb eficàcia provada.

2.1.3.10. Disposar d'un catàleg o "banc d'experiències" per tal de difondre el conjunt de projectes preventius en l'àmbit educatiu que es fan a la ciutat.

2.1.4. Àmbit familiar:

2.1.4.1. Impulsar intervencions de sensibilització, informació, formació i assessorament a mares i pares, tant personals com a través de les noves tecnologies, per millorar i enfortir la seva implicació en la tasca educativa, sobretot pel que fa a la prevenció de les addiccions.

2.1.4.2. Estimular la participació i la implicació de les famílies en el desenvolupament dels programes de prevenció del consum de drogues i els problemes associats, especialment en els centres escolars.

2.1.5. Àmbit individual:

2.1.5.1. Sensibilitzar i formar els professionals dels equips d'atenció primària de la salut de les àrees bàsiques de salut (ABS), per tal de promoure el cribratge i el consell sobre el consum de drogues dins del Programa "Nen sa".

Objectiu 2.2.

Potenciar l'acompanyament educatiu dels infants i adolescents de col·lectius més vulnerables per tal de disminuir la prevalença del consum de drogues i problemes associats mitjançant activitats preventives selectives i indicades en diferents àmbits.

Accions:

2.2.1. Àmbit comunitari:

2.2.1.1. Promoure i potenciar les intervencions de sensibilització, informació, formació i assessorament de les entitats que treballen amb infants i adolescents, especialment de les activitats dirigides a grups d'adolescents de més risc.

2.2.1.2. Elaborar i promoure programes de prevenció específics per a adolescents en risc aplicables a diferents àmbits d'actuació (social, judicial, sanitari, educatiu, de lleure, etc.).

2.2.1.3. Promoure i fomentar espais de coordinació interinstitucional –sanitària, social, educativa i/o judicial– per tal d'impulsar programes de detecció precoç i intervenció dirigits a menors en risc o amb problemes de consum de drogues.

2.2.1.4. Impulsar un protocol d'actuació per oferir un programa de mesures alternatives a menors denunciats per consum d'alcohol a la via pública.

2.2.1.5. Consolidar el programa psicoeducatiu de mesures alternatives per a menors sancionats per tinença i/o consum de drogues il·legals a la via pública.

2.2.2. Àmbit del lleure:

2.2.2.1. Col·laborar amb el PlaJoveBCN per promoure estratègies d'intervenció orientades a reduir els riscos associats a l'ús problemàtic en menors.

f. S'entén per programes de prevenció universal d'eficàcia provada el que en diu la literatura científica, que hi inclou els que contenen l'educació crítica per a la presa de decisions i l'entrenament d'habilitats per identificar la pressió social per consumir substàncies addictives, així com de resistència i assertivitat per rebutjar aquest consum.

2.2.2.2. Potenciar el control de l'oferta, de caràcter preventiu, a la via pública, els espais de socialització juvenil i les diferents festes que acullen adolescents i joves.

2.2.2.3. Potenciar el lleure no formal i informal com a àmbit d'actuació preventiva per als adolescents en situacions de risc.

2.2.3. Àmbit escolar:

2.2.3.1. Desenvolupar i impulsar programes de prevenció selectiva i indicada dirigits a grups vulnerables (programes de garantia social, centres de justícia juvenil).

2.2.3.2. Consolidar la formació continuada en la prevenció de drogodependències dels professionals que intervenen en l'àmbit educatiu.

2.2.3.3. Afavorir circuits de derivació entre la comunitat educativa i els recursos específics per a adolescents i joves (SOD) per a l'alumnat amb consum de risc d'alcohol i altres drogues.

2.2.3.4. Explorar esquemes d'intervenció als entorns de les escoles secundàries per afavorir la prevenció del consum, tot implicant els centres educatius, els educadors i les forces policials, i valorant experiències com la de l'agent tutor i altres similars.

2.2.4. Àmbit familiar:

2.2.4.1. Promoure la detecció precoç de les famílies que es troben en situació de més vulnerabilitat.

2.2.4.2. Impulsar intervencions selectives amb famílies en risc vinculades a programes i recursos sanitaris, socials o educatius.

2.2.4.3. Fomentar programes específics per a fills i filles de drogodependents que es troben en tractament.

2.2.4.4. Potenciar la utilització de les noves tecnologies per facilitar informació i assessorament sobre drogues a les famílies amb adolescents.

2.2.5. Àmbit individual:

2.2.5.1. Consolidar i garantir el Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD) com un servei d'atenció i orientació per a adolescents i joves que n'han iniciat el consum i per a les seves famílies a partir del model d'intervenció breu motivacional.

2.2.5.2. Consolidar els recursos socials, educatius i judicials com a centres derivadors del Servei d'Orientació sobre Drogues.

2.2.5.3. Impulsar la derivació al SOD des dels serveis d'urgències hospitalàries, en els casos d'intoxicacions per consum de drogues.

2.2.5.4. Garantir l'atenció dels adolescents que ja han desenvolupat un consum problemàtic de drogues, i les seves famílies, adequant la cartera de serveis en els centres especialitzats.

3. Joves

Objectiu 3.1.

Potenciar els factors de protecció enfront dels consums de drogues i fomentar actituds i hàbits saludables mitjançant activitats preventives de caràcter universal en els diferents àmbits.

Accions:

3.1.1. Àmbit comunitari:

3.1.1.1. Impulsar espais de debat que afavoreixin el coneixement de les problemàtiques de salut de la gent jove, que estiguin orientats cap a conductes i estils de vida saludables i que enforteixin la participació social dels joves.

3.1.1.2. Promoure la mobilització i la participació activa de la comunitat en estratègies eficaces per a la reducció de les conseqüències negatives del consum de drogues.

3.1.1.3. Fomentar la transculturalitat en les estratègies preventives adreçades a joves nous i d'altres cultures.

3.1.1.4. Elaborar material informatiu per sensibilitzar els joves dels riscos del consum de substàncies psicoactives.

3.1.1.5. Dissenyar accions preventives per tal d'evitar les lesions associades als accidents (trànsit, laboral, esportiu, etc.) relacionats amb el consum d'alcohol i altres substàncies psicoactives.

3.1.1.6. Assegurar que els punts d'informació juvenils (PIJ) tinguin informació i donin resposta a qüestions relacionades amb el consum de drogues i de l'àmbit de la salut. Alhora que es garantirà l'orientació individualitzada per als casos que ho requereixin.

3.1.2. Àmbit laboral:

3.1.2.1. Incloure en els plans de prevenció de riscos laborals un mòdul de formació sobre el consum de drogues i els riscos i conseqüències legals que comporta.

3.1.2.2. Impulsar estratègies preventives basades en la reducció de l'oferta i de la demanda encaminades a afavorir hàbits saludables i a modificar actituds individuals, comportaments nocius i situacions de consum d'alcohol i altres drogues amb la finalitat de millorar el nivell de salut dels treballadors/es.

3.1.3. Àmbit del lleure:

3.1.3.1. Promoure iniciatives de lleure juvenil participatiu i saludable, destinant-hi els recursos suficients, amb la finalitat de fomentar la llibertat d'elecció i la capacitat crítica dels joves.

3.1.3.2. Promoure festes alternatives per a joves on no hi hagi consum d'alcohol, i potenciar-les perquè puguin arribar a ser una alternativa real.

3.1.3.3. Afavorir iniciatives que millorin la participació dels joves i de les entitats que els representen en l'engegada d'accions encaminades a reduir el consum de drogues.

3.1.3.4. Sensibilitzar i formar els monitors i educadors de lleure perquè s'impliquin en el foment d'hàbits saludables i en la resolució de situacions de conflicte.

3.1.3.5. Divulgar, informar i fer complir les ordenances municipals pel que fa a l'ús de l'espai públic.

3.1.4. Àmbit individual:

3.1.4.1. Sensibilitzar i formar els professionals dels equips d'atenció primària de la salut per tal de promoure hàbits i estils de vida saludables.

3.1.4.2. Promoure l'ús de les noves tecnologies per tal donar informació sobre els riscos associats al consum d'alcohol i altres drogues.

Objectiu 3.2.

Potenciar l'acompanyament educatiu dels joves per tal de prevenir els problemes associats al consum de drogues mitjançant activitats preventives selectives i indicades als diferents àmbits.

Accions:

3.2.1. Àmbit comunitari:

3.2.1.1. Fomentar l'ús de les noves tecnologies com a font de difusió de missatges de disminució de riscos per tal de minimitzar els consums problemàtics de drogues.

3.2.1.2. Promoure grups de discussió de joves orientats cap a la reducció del consum de drogues i els seus problemes associats, enfortint la seva participació social i les xarxes relacionals.

3.2.1.3. Promoure i fomentar espais de coordinació interinstitucional –sanitària, social, educativa i/o judicial– per tal d'impulsar programes de detecció i intervenció dirigits a joves en risc o amb problemes de consum de drogues.

3.2.2. Àmbit del lleure:

3.2.2.1. Desenvolupar i promoure estratègies de disminució de riscos en espais d'oci per a joves, especialment adreçats a les substàncies associades a aquests entorns, tot mesurant-ne l'eficàcia.

3.2.2.2. Afavorir la formació dels treballadors/es que desenvolupen la seva activitat en ambients nocturns d'oci (p. ex. primers auxilis, etc.).

3.2.3. Àmbit laboral:

3.2.3.1. Impulsar programes de prevenció específics per a col·lectius de més risc de consum de drogues i per als col·lectius de risc a tercers, promovent l'eliminació o la reducció de les condicions de treball que s'associen a un risc més

elevat de consum d'alcohol i drogues il·legals com a estratègies d'afrontament i afavorint la no-discriminació laboral.

3.2.3.2. Oferir a les empreses programes de prevenció dels efectes del tabac sobre la salut.

3.2.3.3. Impulsar les intervencions breus motivacionals per alcohol i altres drogues en els plans preventius de les grans empreses.

3.2.4. Àmbit formatiu:

3.2.4.1. Impulsar programes de prevenció selectiva i indicada als centres docents (universitat, cicles formatius superiors).

3.2.4.2. Promoure i avaluar en l'àmbit universitari un mòdul de prevenció indicada per a la deshabituació del consum de tabac i cànnabis.

3.2.5. Àmbit individual:

3.2.5.1. Promoure estratègies de disminució de riscos associades al consum en el marc de la prevenció indicada.

3.2.5.2. Consolidar i garantir el servei d'atenció i orientació per a joves fins a vint-i-un anys que han iniciat consum, i a les seves famílies.

3.2.5.3. Sensibilitzar i formar els professionals dels equips d'atenció primària de l'àrea de salut i de serveis socials, per tal promoure el cribratge, detecció i derivació als serveis especialitzats dels usuaris problemàtics de drogues.

3.2.5.4. Promoure l'ús de noves tecnologies per tal d'informar, assessorar i donar consell personalitzat sobre el consum d'alcohol i altres drogues.

4. Població addicta a substàncies psicoactives

Objectiu 4.1.

Potenciar les actuacions que afavoreixin el canvi d'hàbits i comportaments de risc de la població addicta a l'alcohol i altres drogues.

Accions:

4.1.1. Àmbit comunitari:

4.1.1.1. Potenciar mesures alternatives a les sentències penals i treballs per a la comunitat en les infraccions administratives per consum de drogues psicoactives, i afavorir que s'incentivin les entitats que hi col·laboren.

4.1.1.2. Incloure la identificació del consum de risc i la dependència a substàncies psicoactives en totes les persones que estan en mesures penals alternatives per conducció temerària o violència de gènere i, si escau, fer la derivació a centres especialitzats, d'acord amb les competències municipals i coordinats amb els departaments de Salut i de Justícia de la Generalitat de Catalunya.

4.1.1.3. Promoure les intervencions per a la no-discriminació dels consumidors de drogues en l'ús d'instal·lacions d'utilitat pública, complint i fent complir les ordenances municipals i la resta de l'ordenament jurídic.

4.1.1.4. Potenciar la participació de les oficines de farmàcia en programes de prevenció i reducció de danys.

4.1.2. Àmbit del lleure:

4.1.2.1. Desenvolupar i promoure estratègies de disminució de riscos en espais d'oci per a població consumidora.

4.1.2.2. Impulsar i promoure programes de dispensació responsable de begudes alcohòliques per reduir els episodis d'intoxicació i violència en els locals i els seus entorns.

4.1.2.3. Engegar intervencions específiques amb mediadors culturals per a estrangers per tal d'afavorir consums de menys risc i que tinguin coneixement de la normativa legal vigent.

4.1.3. Àmbit laboral:

4.1.3.1. Promoure la creació de plans de drogues d'empresa, especialment a l'Ajuntament de Barcelona, que com a entitat pública amb forta vocació social i com a agent d'integració sociolaboral disposi d'un programa de prevenció de l'alcoholisme i altres drogodependències dirigit als treballadors municipals.

4.1.4. Àmbit familiar:

4.1.4.1. Estimular la participació de la família en l'acompanyament de l'usuari de drogues cap al canvi d'hàbits i comportaments de risc.

4.1.5. Àmbit individual:

4.1.5.1. Millorar la capacitat d'intervenció de l'atenció primària de salut en problemàtiques de salut mental i addiccions, mitjançant l'increment del suport per part de l'atenció especialitzada per tal de disposar d'una cartera de serveis específica en salut mental i addiccions a l'atenció primària.

4.1.5.2. Reforçar la detecció, consell, intervenció breu i derivació als CAS des de l'atenció primària de salut davant de consums crònics d'alcohol i altres drogues psicoactives.

4.1.5.3. Impulsar la detecció, consell, intervenció breu i derivació als CAS des dels serveis hospitalaris (urgències, hospitalitzacions, consultes externes, etc.) davant de consums crònics i intoxicacions agudes per alcohol i altres drogues psicoactives.

Objectiu 4.2.

Donar el suport necessari perquè les persones que volen abandonar el consum d'alcohol i altres drogues ho aconseguixin.

Accions:

4.2.1. Àmbit laboral:

4.2.1.1. Promoure mesures d'integració i no-discriminació en el lloc de treball del les persones addictes a l'alcohol i altres drogues.

4.2.2. Àmbit familiar:

4.2.2.1. Facilitar l'atenció, consell i tractament a les unitats familiars en què algun dels membres tingui una problemàtica de drogues.

4.2.2.2. Aconseguir que la cartera de serveis d'addiccions estigui realment orientada a les persones usuàries i les seves famílies, tot potenciant un model d'intervenció més actiu i comunitari.

4.2.3. Àmbit individual:

4.2.3.1. Assegurar el tractament orientat a l'abstinència per a la dependència de substàncies psicoactives per a les persones que així ho desitgin.

4.2.3.2. Garantir l'accés a l'atenció especialitzada i de qualitat, de manera directa i amb un circuit especial per atendre les situacions de crisi de forma immediata, treballant per reduir el temps d'espera de manera homogènia entre centres.

4.2.3.3. Dispensar assistència sanitària i social, ambulatoria, hospitalària o residencial a les persones afectades d'abús o dependència a les drogues psicoactives.

4.2.3.4. Incrementar la capacitat d'acció dels CAS, dotant els professionals autoritzats per la legislació sanitària vigent de talonaris de receptes del CatSalut i d'accés a les anàlisis clíniques i al circuit de derivació i d'exploracions complementàries, evitant circuits afegits en l'accés dels seus pacients a tractaments i recursos.

4.2.3.5. Respondre els consums emergents amb noves modalitats terapèutiques i recursos assistencials adequats.

4.2.3.6. Fomentar la creació de grups d'ajuda mútua d'afectats i familiars per tal d'aconseguir i mantenir l'abstinència.

4.2.3.7. Promoure la coresponsabilitat i coparticipació de l'usuari en tractament, sota supervisió terapèutica.

Objectiu 4.3.

Promoure recursos i programes d'eficàcia provada i disminuir els efectes negatius que el consum d'alcohol i altres drogues comporta en la salut i en l'entorn social.

Accions:

4.3.1. Àmbit comunitari:

4.3.1.1. Propiciar sistemes d'acompanyament i tutela per a persones drogodependents amb alta exclusió social.

4.3.1.2. Potenciar nous programes de tractament basats en l'evidència científica, després de rebre l'autorització de l'autoritat sanitària.

4.3.1.3. Fomentar la recerca aplicada i les avaluacions de les intervencions dutes a terme.

4.3.1.4. Crear recursos socials (albergs, pisos de reinserció, pisos d'acollida per a dones, etc.) que afavoreixin la integració i socialització de les persones drogodependents que ho necessitin.

4.3.1.5. Fomentar la creació d'unitats de llarga estada i centres de dia per a persones drogodependents amb trastorns de la personalitat, del comportament i altres trastorns psiquiàtrics.

4.3.1.6. Promoure la reorganització de les unitats hospitalàries de desintoxicació per tal d'incorporar en la seva cartera de serveis la intervenció en crisi.

4.3.1.7. Impulsar la creació de centres sociosanitaris d'internament per a malalts crònics amb dependència física o en situació terminal amb consum actiu de drogues.

4.3.2. Àmbit laboral:

4.3.2.1. Fomentar tallers ocupacionals i espais de cerca laboral en els centres de tractament especialitzats.

4.3.2.2. Potenciar xarxes socials complementàries als tractaments amb funcions d'inserció laboral, social, ocupació del temps lliure i creació de xarxa relacional.

4.3.2.3. Impulsar l'organització de grups i associacions d'usuaris de drogues psicoactives per tal de garantir els seus drets i deures i facilitar la seva integració social.

4.3.3. Àmbit del lleure:

4.3.3.1. Afavorir l'accés a programes esportius i de lleure per a usuaris de drogues.

4.3.4. Àmbit individual:

4.3.4.1. Facilitar l'accés i millorar l'adherència als recursos socials i sanitaris de totes les persones amb problemes de drogodependències.

4.3.4.2. Consolidar i millorar la qualitat dels programes de tractament farmacològics i psicoterapèutics.

4.3.4.3. Potenciar els programes terapèutics i les intervencions de reducció de danys per tal de millorar la qualitat i esperança de vida de la població drogodependent.

4.3.4.4. Adequar la utilització dels serveis disponibles en els CAS en funció de les necessitats individuals del pacient segons un model de gestió de casos (joves, dones, immigrants, etc.) i reorganitzar els serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.

4.3.4.5. Promoure i facilitar programes de prevenció indicada, realitzada per iguals per tal d'evitar les sobredosis, fomentar el consum higiènic i impulsar el sexe segur.

4.3.4.6. Garantir l'assistència sanitària global de les persones drogodependents, consolidant els tractaments

directament observats de les malalties infeccioses tractables (tuberculosi, VIH), així com assegurar el tractament de les comorbiditats psiquiàtriques.

4.3.4.7. Ampliar la farmacopea disponible (dispensació d'acetilmorfina, bupremorfina per al tractament dels heroïnòmans que han fracassat reiteradament amb els tractaments estàndard, amb la finalitat de possibilitar una millora en la seva qualitat de vida), aprofitant les opcions de tractament que permetin la participació en assajos clínics degudament autoritzats o les opcions existents de dispensació compassiva.

4.3.4.8. Aconseguir que la cartera de serveis d'addiccions i salut mental estigui realment orientada als usuaris i les seves famílies, tot potenciant un model d'intervenció més actiu i comunitari.

4.3.4.9. Promoure un sistema d'atenció i uns serveis respectuosos amb l'autonomia dels usuaris, responsables amb relació a les seves necessitats, i curosos amb els seus drets i obligacions.

Objectiu 4.4.

Impulsar polítiques i programes específics que facilitin la rehabilitació i integració social de les persones amb problemes d'alcoholisme i altres drogodependències.

Accions:

4.4.1. Promoure programes de rehabilitació i de reinserció per a persones que pateixin addicció a drogues i que estiguin en situació de risc social.

4.4.2. Promoure estratègies per facilitar el procés d'integració social i l'acceptació en les xarxes socials i sanitàries normalitzades.

4.4.3. Fomentar la creació d'empreses o cooperatives d'usuaris de drogues que puguin establir convenis amb altres empreses per fer treballs de baixa exigència amb benefici social.

4.4.4. Promoure la coordinació amb les associacions de persones afectades, associacions de familiars i amics, per tal de fomentar activitats d'integració social i de canvi d'imatge social de les persones drogodependents.

Objectiu 4.5.

Disminuir la problemàtica de salut associada al consum d'alcohol i altres drogues en col·lectius de dones especialment vulnerables

Accions:

4.5.1. Promoure el cribratge, la detecció i el consell sobre el consum de drogues, tant des de l'atenció primària, social i sanitària, com des de l'atenció especialit-

zada, especialment per a les dones que es troben en una situació de més vulnerabilitat a causa de factors de risc personals, familiars i/o socials.

4.5.2. Minimitzar els factors de risc que situen la dona en una situació de més vulnerabilitat davant del consum (parelles o amics consumidors, treballadores del sexe, etc.).

4.5.3. Impulsar programes de salut sexual i reproductiva i de cribratge de malalties de transmissió sexual per a usuaris drogodependents.

4.5.4. Fomentar programes d'educació sexual i reproductiva per disminuir el risc associat al consum de drogues durant la gestació i la lactància.

Objectiu 4.6.

Incorporar la perspectiva de gènere als programes assistencials socio-sanitaris i de disminució de riscos i de danys, que tinguin en compte les diferents necessitats dels homes i les dones.

Accions:

4.6.1. Afavorir el treball en xarxa amb la coordinació dels diferents nivells d'intervenció sanitària, social, educativa i comunitària, donant importància a la detecció precoç dels factors de risc associats al consum problemàtic de drogues per part de les dones.

4.6.2. Desenvolupar i promoure xarxes de suport social complementàries a la xarxa de recursos assistencial per tal de fomentar la participació de les dones en la detecció i canalització del consum problemàtic de drogues.

4.6.3. Promoure la formació dels professionals sanitaris de l'atenció primària per a la detecció de problemes de consum d'alcohol i de drogues entre les dones.

4.6.4. Establir mecanismes de coordinació de les oficines de farmàcia, atenció primària de salut i centres de salut mental per afavorir millores en la prescripció de fàrmacs psicoactius.

4.6.5. Facilitar l'accés als recursos de tractament a les dones que es troben en una situació d'alt risc (adequant horaris, establint espais per atendre els fills, etc.).

4.6.6. Possibilitar l'accés i adequar els centres d'acollida per a dones maltractades, tenint en compte la problemàtica específica del consum de drogues.

4.6.7. Fomentar intervencions específiques per a famílies monoparentals amb fills/es consumidors.

4.6.8. Facilitar l'accés a les ajudes econòmiques, formatives i laborals basant-se en una discriminació positiva, per contribuir als itineraris d'incorporació social.

Objectiu 4.7.

Aconseguir la implicació i satisfacció dels professionals de la xarxa d'atenció a les drogodependències i dels recursos de reducció de danys.

Accions:

4.7.1. Garantir la presència en els plecs de condicions de prestació dels centres d'atenció i seguiment i de reducció de danys, de diverses mesures que facin viable la cura i el reciclatge dels professionals mitjançant la formació continuada, la supervisió grupal i individual, i períodes d'excedència pactats.

4.7.2. Incrementar la satisfacció dels professionals mitjançant estratègies de participació i implicació, de desenvolupament professional i de formació apropiades.

Objectiu 4.8.

Estimular la coordinació i col·laboració de les diferents institucions públiques i entitats no governamentals.

Accions:

4.8.1. Propiciar la coordinació i la coherència entre les diferents xarxes públiques o privades que atenen persones drogodependents, per tal de millorar la intervenció i la derivació.

4.8.2. Millorar la planificació, disseny, gestió i avaluació de les intervencions que es facin en matèria de drogues.

4.8.3. Potenciar un sistema de gestió integrada en el territori dels serveis de salut mental, addiccions i reducció de danys que garanteixi la continuïtat assistencial.

4.8.4. Avançar en l'ús o l'aplicació de sistemes d'informació que siguin efectius en la integració de dades d'usuaris que comparteixen recursos o serveis de la xarxa sanitària i social.

4.8.5. Impulsar la transversalitat en la definició i disseny de nous recursos que integrin els vessants socials, sanitaris i laborals o necessitats de les persones amb problemàtica de consum d'alcohol i altres drogodependències.

Objectiu 4.9.

Promoure la formació, la recerca aplicada i el desenvolupament de sistemes d'informació en el camp de les drogodependències.

Accions:

4.9.1. Potenciar la creació d'un programa de formació continuada dels professionals de serveis especialitzats de la xarxa social, sanitària, judicial, educativa, etc., que atenen persones amb problemàtica de drogodependències.

4.9.2. Consolidar i perfeccionar el sistema d'informació de drogues de Barcelona (SIDB) com a eina epidemiològica útil per monitoritzar el fenomen social i sanitari de les drogues.

4.9.3. Incloure en l'indicador d'urgències hospitalàries del SIDB el consum abusiu d'alcohol.

4.9.4. Afavorir la investigació epidemiològica i aplicada en el camp de les drogues.

4.9.5. Impulsar la recerca de les diferències de gènere en l'ús de substàncies psicoactives i en les conductes addictives.

4.9.6. Potenciar la cultura de l'avaluació com a estratègia per a la millora de la qualitat a les organitzacions i als professionals.

6. CARTERA DE SERVEIS I PLA D'EQUIPAMENTS

CRITERIS DEL PLA D'EQUIPAMENTS

El Pla tindrà en compte el model d'atenció i organització del Pla director de salut mental i addiccions i els criteris de planificació establerts en el mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, i intentarà donar resposta a aquests criteris:

- **Accessibilitat.** Els equipaments d'atenció a les addiccions s'acostaran als llocs de residència de les persones ateses i estaran especialment ben comunicats amb transport públic. Per definir el nombre d'equipaments que necessita la ciutat i els districtes on s'ubiquen, es tindrà en compte l'índex de consum problemàtic de drogues (ICPD) (Taula 2 i Taula 3).
- **Magnitud del problema.** La necessitat de serveis es calcularà de manera objectiva segons l'ICPD a cada districte, indicador de validesa coneguda.⁷ Aquest índex es construirà amb la suma de la puntuació jeràrquica de l'ordre de les taxes dels indicadors següents: mortalitat per reacció aguda adversa a drogues, urgències en consumidors de drogues, i inicis de tractament per drogues (sense comptar-hi els inicis per addicció al tabac). Així, el districte amb puntuació més alta és el de problemàtica més gran, i els altres se situen successivament.
- **Continuïtat en el procés terapèutic.** Els centres de tractament de drogodependències tendiran a oferir tot el ventall d'opcions terapèutiques que requereixi l'evolució de la malaltia. És a dir, a disposar d'espais de baixa exigència per a tractaments pal·liatius orientats a la reducció de danys (sala de consum supervisat, PIX, PMM de baix llinyar, intervencions breus motivacionals, etc.) i espais de mitjana i alta exigència orientats a l'abstinència (programes lliures de drogues, programes de reinserció laboral etc.), de manera que un centre que ofereixi tota la cartera de serveis marcada en aquest Pla es pugui considerar un centre d'atenció i seguiment integral.
- **Integració en la xarxa sanitària.** Els equipaments de tractament de les drogodependències tendiran a una creixent integració dins la xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya, especialment amb els serveis de salut mental o hospitals generals, i oferiran de manera general accessos independents a aquests equipaments.

- **Relacions funcionals dels centres de salut mental i addiccions.** Seguint els criteris del Pla director de salut mental i addiccions,^{13,14} s'afavorirà la creació d'unitats funcionals de salut mental i addiccions. Aquestes tindran com a característiques: la proximitat física dels equipaments i dels professionals; la creació d'espais territorials de cooperació entre centres de salut mental infantojuvenils (CSMIJ), centres d'atenció i seguiment (CAS) de la xarxa d'atenció a les drogues, i centres de salut mental d'adults (CSMA); l'adaptació del pla de serveis individualitzat (PSI) als malalts amb problemes d'addicció, i la gestió de casos compartits entre els dispositius de salut mental i els d'addiccions, tal com s'indica a les Figura 49 i Figura 50.

Figura 49. Model de coordinació i circuit dels centres d'addiccions (CAS) i els centres de salut mental infantojuvenil (CSMIJ).

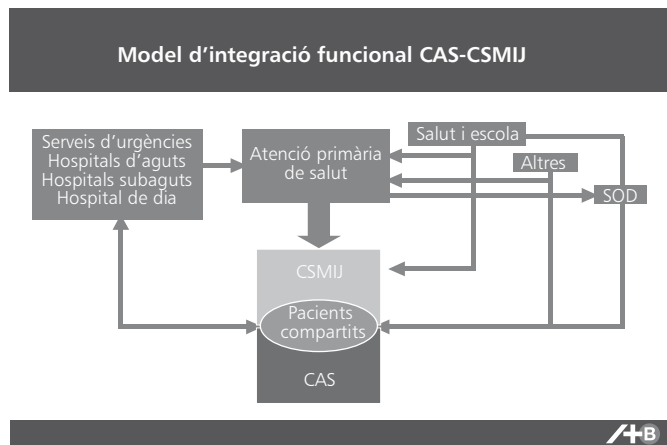
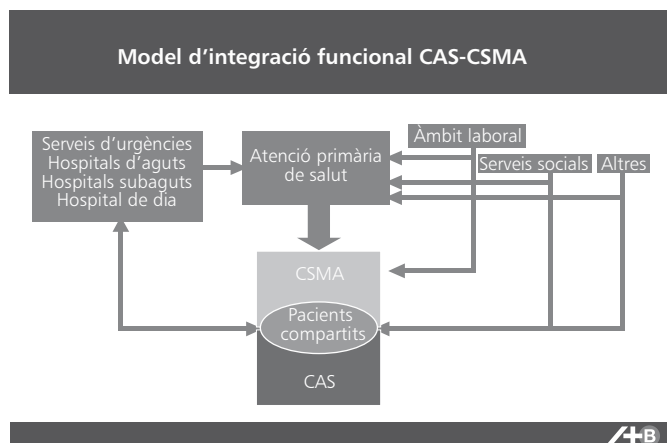


Figura 50. Model de coordinació i circuit dels centres d'addiccions (CAS) i els centres de salut mental d'adults (CSMA).



- **Transparència.** La ubicació de cadascun dels equipaments es farà amb el diàleg entre els diferents interlocutors polítics, socials i econòmics, amb l'objectiu de buscar el màxim consens.
- **Equitat territorial i solidaritat.** La distribució territorial dels equipaments per al tractament de les persones drogodependents es farà respectant l'equilibri territorial, amb l'elaboració d'un mapa de necessitats i amb una distribució equitativa a tots els districtes de la ciutat, establint les prioritats segons les necessitats sanitàries mesurades objectivament. Les propostes raonades tècnicament haurien de tenir el suport polític de tots els grups. La creació de nous equipaments estarà vinculada a la necessitat detectada en el territori, tenint en compte les àrees petites amb una problemàtica especial, així com l'existència o no de recursos específics de drogues (Figura 28).
- **Qualitat.** Els equipaments per a persones amb drogodependències tindran les condicions, les dimensions i la comoditat que garanteixin que els tractaments que ofereixen, des del punt de vista de la mateixa estructura física de l'equipament, compleixen les condicions de qualitat marcades pel Decret d'autorització administrativa i pels estàndards de qualitat marcats per la Direcció General de Recursos Sanitaris.
- **Bon veïnatge.** L'Ajuntament de Barcelona garantirà que els mitjans humans, materials i econòmics dedicats al manteniment, vigilància, seguretat i garantia de qualitat de l'entorn faran d'aquests equipaments uns bons veïns. Per tal de garantir això, l'Ajuntament quantificarà i proveirà aquests recursos específics.
- **Control i seguiment.** Als territoris on s'ubiquin els equipaments de drogodependències es crearan mecanismes permanents de diàleg amb els actors implicats. En aquest sentit, a cada territori es constituïran:
 - a. Una mesa de coordinació amb els diferents actors implicats i afectats: gestors, tècnics, veïns, policia, les mateixes persones addictes (si és possible).
 - b. Una mesa tècnica de planificació i gestió: gestors i tècnics.

CARTERA DE SERVEIS DELS RECURSOS

Aquest apartat descriu les activitats que cal desenvolupar en els recursos d'atenció a les persones amb conductes addictives. Ens limitarem a ressenyar la cartera de serveis que cal desenvolupar, sense entrar en detalls en la forma d'implementació.

S'ha dividit la cartera de serveis en tres grans àmbits: educatiu, sanitari i social.

Àmbit educatiu

- Informació, educació i comunicació (IEC) per a pacients, familiars i amics.
- Difusió de materials d'informació, educació i comunicació (IEC) (gràfic o audiovisual).
- Programes d'educació sanitària per a usuaris de drogues (tallers de venopunció, de prevenció de sobredosi, de pràctiques de risc per a malalties infeccioses, de sexe segur, etc.).

Àmbit sanitari

- Valoració inicial del client i pla d'actuació individual (d'acord amb protocols) amb assignació de professional referent:
 - Avaluació clínica.
 - Diagnòstics orgànic, psiquiàtric, social i educatiu.
- Tractaments psicofarmacològics, psicoterapèutics grupals i individuals, en funció de la substància i necessitats del pacient:
 - Programa d'alcoholisme.
 - Programa orientat a l'abstinència per a opiacis.
 - Programa de manteniment en metadona.
 - Programa orientat a l'abstinència per a altres drogues diferents a opiacis i alcohol.
 - Programa de comorbiditat psiquiàtrica.
 - Tractaments de desintoxicació ambulatoria o hospitalària (UHD).
 - Tractament al trastorn addictiu sever.
- Atenció en crisi.
- Atenció a les famílies.
- Derivació, coordinació i seguiment a recursos externs:
 - Programa de derivació i coordinació a recursos sanitaris (CAP/ABS, CSMA/CSMIJ, UDH, UPD, d'altres especialitats).
 - Programa de derivació i coordinació a recursos de contenció (comunitats terapèutiques, pisos tutelats, unitats de crisi, etc.).
 - Programes de coordinació i seguiment a centres de reducció de danys.
 - Programes de derivació i coordinació a altres recursos comunitaris.
- Reducció de danys:
 - Provisió de material estèril
 - Provisió de preservatius masculins i femenins
 - Recollida de material usat, especialment xeringues
 - Màquina d'intercanvi de xeringues i preservatius.

– Sala de consum supervisat (venopunció assistida, inhalació supervisada).

- Qualitat de l'atenció:

– Valoració de satisfacció de l'usuari.
– Informació bàsica per a l'usuari sobre el servei.

Àmbit social

- Reinserció i formació sociolaboral.
- Atenció a les necessitats bàsiques:

– Allotjament.
– Alimentació.
– Higiene i rober.

- Atenció a la diversitat lingüística i cultural.
- Promoció de l'associacionisme de consumidors.
- Foment del temps d'oci.
- Derivació, coordinació i seguiment de recursos externs:

– Programa de derivació i coordinació a serveis socials (CSS, EAD, EAIA, etc.).
– Programa de derivació i coordinació a recursos penals-judicials (centres penitenciaris, servei d'atenció a la víctima, servei de mesures alternatives, etc.).

PROPOSTES ESPECÍFIQUES D'EQUIPAMENTS

Centres d'atenció i seguiment a persones drogodependents (CAS) i altres serveis ambulatoris

- Els nous equipaments oferiran un ventall integral de tractament (cobrint de la baixa a l'alta exigència).
- Els equipaments ja existents tendiran progressivament a l'adopció d'aquest model de tractament integral.
- Per tal de complir amb l'equitat territorial, tots els districtes disposaran d'una oferta de serveis similar dins del seu territori.
- Es buscarà la integració de l'atenció a les persones amb addicció a les drogues en altres recursos sanitaris existents.
- Habilitació d'un espai de consulta per atendre pacients amb problemàtica de consum de drogues a alguns centres d'atenció primària, atès per professionals especialitzats en addiccions. En aquest projecte pilot, la periodicitat de la consulta serà com a mínim d'un cop a la setmana, però es podrà ampliar en funció de la necessitat.

Propostes operatives concretes per a nous equipaments:

- Oferta d'un ventall integral de serveis al districte de Sant Martí, prioritzat segons ICPD i sense recursos dins del territori.
- Reubicació del CAS de Via Favència (Nou Barris) a un nou espai sanitari, adequant-lo al nou model integral de CAS.
- Incorporació de serveis específics d'atenció a les drogues a l'Hospital Clínic.
- Incorporació de serveis específics d'atenció a les drogues al districte de Gràcia, prioritzat segons ICPD i sense recursos dins del territori.
- Extensió de l'activitat de la Sala Baluard, incorporant-hi opcions de tractament de baixa exigència.
- Transformació d'un CAS i un espai de reducció de danys ja existents i ara fragmentats en un nou CAS integral a Ciutat Vella, segons ICPD.
- Inici de la consulta d'addiccions en dues àrees bàsiques de salut en barris de més gran necessitat.

Creació de nous recursos socials per a persones amb problemes d'addiccions

- Centre d'atenció integral dins la ciutat adaptat per a persones malaltes drogodependents en situació d'exclusió.
- Places en pisos terapèutics de reinserció sociolaboral per a persones amb problemes de drogues que han avançat en el seu procés terapèutic.
- Pis refugi per a dones maltractades que pugui acollir les qui necessitin refugi tot i voler mantenir un consum actiu de drogues.
- Creació d'una comunitat terapèutica per a adolescents amb problemàtica de consum de drogues (aquest equipament residencial de naturalesa social podria tenir un abast de regió metropolitana).

Creació de nous recursos sanitaris no ambulatoris

- Garantir la desintoxicació (UHD) per a qualsevol substància psicoactiva a l'Hospital Clínic.
- Garantir l'atenció hospitalària a la patologia dual a la ciutat.
- Garantir la disponibilitat de llits per a adolescents amb problemàtica de consum de drogues.
- Garantir la disponibilitat de llits per a pacients en situació de crisi per a les quatre àrees funcionals.
- Garantir la disponibilitat d'hospitalització de subaguts tant per patologia dual com per a malalts convalescents d'altres patologies orgàniques i que siguin persones drogodependents.

Programes comunitaris

- Programes d'intercanvi de xeringues (PIX). Actuació directa amb educadors de carrer als llocs on hi hagi

una alta concentració de consumidors per via parenteral amb un impacte especial a la via pública.

- Contenció en el territori. Actuació indirecta a la resta d'espais menys problemàtics per tal d'evitar el desplaçament i la concentració de malalts en determinades zones.
- Unitat mòbil. Com a complement de les dues estratègies anteriors, es mantindrà una unitat mòbil dedicada a programes de consum supervisat (PCS) i PIX per tal de reforçar els punts que en un moment determinat ho necessitin, o per donar-los assistència.
- Farmàcies. Incrementar el nombre de farmàcies al PIX i al PMM.

COSTOS I CALENDARI DEL DESPLEGAMENT DELS NOUS EQUIPAMENTS

La gestió del desplegament dels nous recursos està subjecta a condicionaments diversos. D'una banda, pressupostaris; de l'altra, de localització d'espais apropiats, i finalment, de requisits previs de diàleg i treball comunitari. A més, les accions d'inversió i obres tenen cicles temporals que fan que les decisions no es puguin traduir immediatament en presència operativa de serveis. D'altra banda, la lògica de normalització d'aquests serveis fa que el protagonisme dels responsables del gros dels serveis sanitaris i socials a la ciutat (CatSalut, Consorci Sanitari de Barcelona, Àmbit d'Acció Social i Ciutadania de l'Ajuntament i Consorci de Serveis Socials de Barcelona) hi sigui creixent. En el context econòmic de l'any 2009, la disponibilitat d'inversió de les administracions públiques s'ha vist afectada per la conjuntura econòmica. Tot i això, s'ha fet un intent de previsió de despesa per part de l'ASPB i l'Ajuntament i una previsió de calendari (Taula 5), però cal donar-hi un caire indicatiu. Això no vol pas dir que no hi

hagin expectatives raonables de la seva factibilitat, atès que la formulació del Pla s'ha fet d'acord amb aquests actors, i amb la seva implicació i compromís.

COMISSIONS I MESES DE CONTROL DEL PADB

Comissió Coordinadora d'Equipaments del PAD

Per facilitar el desplegament d'aquest equipaments, es constituirà aquesta Comissió, coordinada per l'ASPB i integrada per les institucions següents: la Direcció General de Salut Pública de la Generalitat, la Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària, la Gerència del Consorci Sanitari de Barcelona, la Gerència de l'Àmbit d'Acció Social i Ciutadania de l'Ajuntament, la Gerència del Consorci de Serveis Socials de Barcelona, i la Gerència de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Aquesta Comissió s'encarregarà de fer propostes d'ubicació dels equipaments a partir dels criteris definits en aquest Pla. A aquesta Comissió s'hi afegirà en cada territori la gerència del districte corresponent. Les propostes que formuli seran presentades al Grup Polític de Drogues de l'Ajuntament perquè l'aprovi, previ acord dels districtes implicats i després del corresponent procés de diàleg territorial.

Mesa Tècnica Municipal de Drogues

Per fer el seguiment de la problemàtica que les drogues plantegen als espais públics, l'Ajuntament constituirà una Mesa Tècnica de Drogues coordinada per la Gerència Municipal en la que participaran els responsables dels serveis de seguretat, neteja, acció social, i la gerència dels districtes més implicats, així com altres gestors la presència dels quals es consideri oportuna, a més dels directius de l'Agència de Salut Pública, que té encomanada la gestió, seguiment i avaluació d'aquest Pla.

Taula 5. Aproximació als costos i calendari de desplegament dels nous equipaments del PADB

Centre	2009	2010	2011	2012	Costos estimats
Nou recurs al districte de Sant Martí					625.000€
Ampliació recurs al districte de Nou Barris					225.000€
Nou recurs al districte de Gràcia					600.000€
Reordenació de tres CAS per a espai de reducció de danys					718.217€
Reordenació de la Sala Baluard per espai tractament					112.000€
Centre d'atenció integral a persones en situació d'exclusió					1.523.000€
SOD Alcohol					150.000€
Total					3.953.217€

7. DISPONIBILITAT DE RECURSOS SEGONS EL DISTRICTE

Districte I CIUTAT VELLA	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS										Observacions i dades 2008		
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius	C. dia	R. residencial urbà	PIX			
Habitants ⁹ : 111.518	CAS Barceloneta H. del Mar Ciutat Vella*	IMAS	IMAS-IAPs	Sí	X	X	X	X								X	CAS: 406 persones ateses
	CAS Creu Roja	Creu Roja	Creu Roja	Conveni	X	X	X	X	X							X	CAS: 785 persones ateses
	CAS SPOTT	Diputació de Barcelona	Diputació Barcelona		X	X	X	X	X	X	X	X				X	
	CAS CECAS	Centre Català de Solidaritat (CECAS) Fundació privada	CECAS		X	X	X	X				X	X	X			CAS: 536 persones ateses
	C. Terapèutica Can Puig	Consorti de Serveis Socials BCN	CECAS									X	X				CT Van Puig: 311 persones U. d'acollida: 263 persones Pisos reinserció: 56 persones
	Unitat de Desintoxicació Hospitalària (UHD) Hospital del Mar	IMAS	IMAS-IAPs										X	X			UHD: 128 persones ateses
	Unitat Patologia Dual Hospital del Mar	IMAS	IMAS-IAPs										X	X			UPD: 178 persones ateses
	SAPS	Creu Roja Barcelona	Creu Roja	Conveni							X	X		X	X		1.481 persones ateses al recurs 706 persones ateses a la sala de venopunció assistida
	Agents de salut al carrer	ASPB	Àmbit Prevenció/ ABD	Contracte												X	Educació a usuari Contacte comunitat
	P. recollida de xeringues	Ajuntament Barcelona	BCNeta														
	Farmàcies	Privat				2										2	2 farmàcies amb programa de dispensació de metadona
	PADS	C. Roja Barcelona	C. Roja			X											P. d'atenció domiciliària a drogodependents sida
Centre Dispensador de Metadona de la Generalitat de Catalunya	Generalitat	Departament de Salut/ICS			X											153 persones ateses	

□

Districte I CIUTAT VELLA	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS							Observacions i dades 2008		
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius		C. dia	R. residencial urbà
	Centre Robadors	ASPB	Àmbit Prevenició	Contracte						X	X		X	1.480 persones ateses
	Sala Baluard	ASPB	ABD	Contracte		X				X	X		X	2.825 persones ateses al recurs 2.304 persones ateses a la sala de venopunció assistida
	Fundació Mercè Fontanilles	Fundació Mercè Fontanilles	Fundació Mercè Fontanilles									X		Seu social <i>pisos d'inserció social</i>

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.

* Sectorització.

Districte II EIXAMPLE	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS							Observacions i dades 2008		
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius		C. dia	R. residencial urbà
	Unitat de Desintoxicació Hospitalària (UHD) H. Clínic de Barcelona	Corporació Sanitària Clínic	Corporació Sanitària Clínic								X	X		Desintoxicació d'alcohol
Habitants: 262.469	Farmàcies	Privat				7							15	7 farmàcies amb programa de dispensació de metadona
	Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD)	ASPB	I. Genus	Contracte										498 adolescents i famílies ateses Programa d'atenció individual per a adolescents i familiars
	Obra d'Integració Social (OBINSO)	Ass. Obra d'Integració Social (OBINSO)	Obra d'Integració Social (OBINSO)									X		Seu social Pis d'inserció laboral Comunitat terapèutica fora de Barcelona

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.

Districte III SANTS- MONTJUÏC	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS										Observacions i dades 2008	
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius	C. dia	R. residencial urbà	PIX		
Habitants ⁹ : 178.482	CAS Sants <i>Eixample, Sants- Montjuïc i les Corts*</i>	ASPB	ABD	Contracte	X	X	X	X			X		X	X	CAS: 1.398 persones ateses	
	Agents de salut al carrer	ASPB	ABD	Contracte										X	Educació usuari Contacte comunitat	
	Programa per a OH sense sostre	Associació Rauxa	Associació Rauxa	Subvenció						X					40 persones ateses Furgoneta de contacte per a la captació d'alcohòlics	
	Farmàcies	Privat				3									4	3 farmàcies amb programa de dispensació de metadona
	Unitat mòbil Zona Franca	ASPB	ABD	Contracte							X				X	526 persones ateses al recurs 427 persones ateses a la sala de consum supervisat
	Unitat Mòbil de Dispensació de Metadona	ASPB	Institut Genus	Contracte		X										67 persones ateses
	Fundació Salut i Comunitat	Fundació Salut i Comunitat	Fundació Salut i Comunitat										X			Seu social Taller sociolaboral per a alcohòlics Pis d'inserció laboral Comunitat terapèutica fora de Barcelona

Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.

* Sectorització.

Districte IV LES CORTS	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS										Observacions i dades 2008	
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius	C. dia	R. residencial urbà	PIX		
Habitants ⁹ : 81.628	Farmàcies	Privat				4									4	4 farmàcies amb programa de dispensació de metadona
	Unitat Mòbil de dispensació de Metadona	ASPB	Institut Genus	Contracte		X										48 persones ateses
	CAS Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat Hospital Clínic de Barcelona	Corporació Sanitària Clínic	Corporació Sanitària Clínic				X				X	X				

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.

Districte V SARRIÀ- SANT GERVASI	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS							Observacions i dades 2008		
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius		C. dia	R. residencial urbà
Habitants: 141.091	CAS Sarrià Sarrià, Sant Gervasi i Gràcia*	ASPB	ABD	Contracte	X	X	X	X			X		X	CAS: 770 persones ateses
	Programa esportiu de reinserció social	Fundació Privada Mensalus	Fundació Privada Mensalus	Subvenció							X			394 persones ateses
	Farmàcies	Privat				1							6	1 farmàcia amb programa de dispensació de metadona

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.

* Sectorització.

Districte VI GRÀCIA	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS							Observacions i dades 2008		
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius		C. dia	R. residencial urbà
Habitants: 120.177	Associació Rauxa	Associació Rauxa	Associació Rauxa				X				X	X	X	Seu social Comunitat terapèutica urbana (36 persones ateses). Pisos terapèutics (44 persones)
	Associació per al Tractament de les Addiccions (ATRA)	ATRA	ATRA											Seu social Comunitat terapèutica Pisos d'inserció (fora de Barcelona)
	Farmàcies	Privat				4							8	4 farmàcies amb programa de dispensació de metadona
	Línia Verda	Generalitat	Institut Promoció Social i Salut											1.375 trucades rebudes de Barcelona (49 persones ateses) Telèfon Informació sobre Drogues de Catalunya
	P. Disminució Risc Joves Energy Control	ABD	ABD	Subvenció										P. de treball preventiu en joves en l'àmbit de l'oci
Ass. d'Ajuda al Toxicòman (AAT)	Associació d'Ajuda al Toxicòman	Associació d'Ajuda al Toxicòman												Seu social Comunitat terapèutica i pisos (fora de Barcelona)

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.

Districte VII HORTA- GUINARDÓ	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS										Observacions i dades 2008	
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius	C. dia	R. residencial urbà	PIX		
Habitants ⁹ : 168.541	CAS Horta-Guinardó <i>Tot Barcelona*</i>	ASPB	INPROSS	Contracte	X		X	X	X		X					CAS: 1.340 persones ateses Programa d'atenció adolescents amb criteri d'abús o dependència
	CAS Unitat de Toxicomanies P. Sant Pau-Citran	Fundació de la Gestió Sanitària H. Sant Pau	Fundació de la Gestió Sanitària H. Sant Pau		X	X	X	X	X		X	X				CAS: 450 persones ateses
	Unitat de Desintoxicació Hospitalària (UHD) H. Sant Pau	Fundació de la Gestió Sanitària H. Sant Pau	Fundació de la Gestió Sanitària H. Sant Pau								X	X				
	Unitat de Desintoxicació Hospitalària (UHD) H. de la Vall d'Hebron	ICS	ICS								X	X				
	CAS Vall d'Hebron Barris fronterers Hospital Vall d'Hebron*	ICS	ICS	Contracte	X	X	X	X		X					X	CAS: 491 persones ateses 153 persones ateses al recurs 61 persones ateses a la sala de venopunció assistida
	Programa esportiu	ASPB	Esportistes Solidaris	Subvenció							X					Exercici físic i esport. Suport procés de rehabilitació de toxicòmans (CT Can Puig)
	Farmàcies	Privat				3									7	3 farmàcies amb programa de dispensació de metadona
	Unitat Mòbil de Dispensació de Metadona	ASPB	Institut Genus	Contracte		X										46 persones ateses

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.

* Sectorització.

Districte VIII NOU BARRIS	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS							Observacions i dades 2008		
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius		C. dia	R. residencial urbà
Habitants ⁹ : 164.982	CAS NOU BARRIS Nou Barris*	ASPB	Institut Genus	Contracte	X	X	X	X			X	X	X	CAS: 912 persones ateses
	Unitat Mòbil de Dispensació de Metadona	ASPB	Institut Genus	Contracte		X								16 persones ateses
	Farmàcies	Privat				5							10	5 farmàcies amb programa de dispensació de metadona

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.
* Sectorització.

Districte IX SANT ANDREU	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS							Observacions i dades 2008		
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius		C. dia	R. residencial urbà
Habitants ⁹ : 143.148	CAS Garbivent Sant Andreu Sant Martí*	ASPB	INPROSS	Contracte	X	X	X	X			X		X	CAS: 1.710 persones ateses
	Unitat de Drogodependències Casa Bloc	Generalitat	ICS		X			X			X			Taller de reinserció "Ass. Retorn"
	CAS Unitat d'Alcoholisme de Barcelona	Generalitat	ICS				X							348 primeres visites No disponibles les dades usuaris actius
	Farmàcies	Privat				4							15	4 farmàcies amb programa de dispensació de metadona
	Agents de salut al carrer	ASPB	Àmbit prevenció	Contracte									X	Educació a usuaris Contacte comunitat

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.
* Sectorització.

Districte X SANT MARTÍ	RECURS	Titularitat	Proveïdor	Adscripció ASPB	CAS										Observacions i dades 2008		
					P. lliure D	Metadona	P. alcohol	P. altres drogues	P. tabac	P. de contacte socio-sanitari	Tallers socioeducatius	C. dia	R. residencial urbà	PIX			
Habitants ⁹ : 223.074	Farmàcies	Privat				1										12	1 farmàcia amb programa de dispensació de metadona
	Unitat Mòbil de Dispensació de Metadona	PADB	Institut Genus	Contracte		X											67 persones ateses
	Agents de salut al carrer	ASPB	ABD	Contracte											X		Educació usuari Contacte comunitat
	Ass. Social Forma 21	Ass. Social Forma 21	Ass. Social Forma 21												X		Seu social Programa d'inserció laboral Pis de reinserció

⁹ Padró municipal 2007. Total d'habitants de Barcelona: 1.595.110.

* Sectorització.

8. BIBLIOGRAFIA

1. WHO European Centre for Health Policy. *Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
2. MARTÍNEZ ORÓ, D.P.; PALLARÉS, J.; ESPLUGA, J.; BARRUTI, M.; CANALES, G. *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2008*. Barcelona: Fundació Igenus, 2009.
3. NEBOT, M.; LOPEZ, M.J.; TOMAS, Z.; ARIZA, C.; BORRELL, C.; VILLALBI, J.R. "Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: A population based survey". *Tob. Control* (2004), 13: 95.
4. BRAVO, M.J.; ROYUELA, L.; DE LA FUENTE, L.; BRUGAL, M.T.; BARRIO, G.; DOMINGO-SALVANY, A. "Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors". *Addiction* (2009), 104: 614-619.
5. HARO, J.M.; PALACIN, C.; VILAGUT, G.; MARTINEZ, M.; BERNAL, M.; LUQUE, I. *et al.* "Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESE-MeD-Spain study". *Med. Clin. (Barc.)* (2006), 126: 445-451.
6. NORDT, C. *Heroin use incidence estimation: comparison of two methods in five European Cities*. Lisboa: EMCDDA, 2009.
7. PERSON, P.; RETKA, R.; WOODWARD, A. *Toward a heroin problem index: an analytical model for drug abuse indicators*. Rockville MD: National Institute on Drug Abuse, 1978.
8. MORALES, E.; ARIZA, C.; NEBOT, M.; PEREZ, A.; SANCHEZ, F. "Cannabis consumption among secondary school pupils of Barcelona (Spain): Initial use, reported effects and expectancies". *Gac. Sanit.* (2008), 22: 321-329.
9. PASCUAL, M.; BOIX, J.; FELIPO, V.; GUERRI, C. "Repeated alcohol administration during adolescence causes changes in the mesolimbic dopaminergic and glutamatergic systems and promotes alcohol intake in the adult rat". *J. Neurochem.* (2009), 108: 920-931.
10. GARCIA-MORENO, L.M.; EXPOSITO, J.; SANHUEZA, C.; ANGULO, M.T. "Prefrontal activity and weekend alcoholism in the young". *Adicciones* (2008), 20: 271-279.
11. ZEIGLER, D.W.; WANG, C.C.; YOAST, R.A.; DICKINSON, B.D.; MCCAFFREE, M.A.; ROBINOWITZ, C.B. *et al.* The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Prev.Med.* 2005;40:23-32.
12. TORTAJADA, S.; MOLIST, G.; HERRERO, M.J.; DOMINGO-SALVANY, A.; SILVA, T.C.; BARRIO, G.; DE LA FUENTE, L.; BRUGAL, M.T. "Psychiatric morbidity among cocaine and heroin users in the community". *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2009.
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya*. Barcelona, 2006.
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: Consum de drogues i problemes associats*. Barcelona, 2008.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**