

CONSEJERÍA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

DECRETO 60/2005, de 21 de julio, por el que se aprueba el V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.

El uso y abuso de drogas es un problema de etiología multicausal, en evolución constante y con múltiples repercusiones personales, familiares y sociales.

Ante un problema de esta naturaleza la respuesta de los poderes públicos debe ser planificada y a largo plazo, contando para ello con la activa implicación de la sociedad y de las instituciones y organizaciones que la conforman y la vertebran.

La Constitución Española en su Título I, artículo 43 consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los Poderes Públicos como garantía fundamental de este derecho. Asimismo, en el Capítulo III de este mismo Título se recogen los principios rectores de la política social, al señalar las prestaciones a que están obligados los Poderes Públicos en materia de servicios sociales y asistencia social.

El Estatuto de Autonomía de Castilla y León, aprobado por Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, y modificado por Ley Orgánica 4/1999, de 9 de enero, dispone en su artículo 32.1.19.º que la Comunidad de Castilla y León tiene competencia exclusiva en materia de asistencia social, servicios sociales y desarrollo comunitario. Por su parte, el Art. 34.1.1 atribuye a la Comunidad de Castilla y León competencias de desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación del Estado en materia de sanidad e higiene. Promoción, prevención y restauración de la salud.

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, establece que el Plan Regional sobre Drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma, disponiendo, asimismo, que dicho Plan será aprobado por la Junta de Castilla y León a propuesta de la Consejería competente.

El Decreto 78/2003, de 17 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, atribuye las competencias de promoción, planificación y coordinación de la política autonómica de intervención de drogodependencias a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, y por tanto, la responsabilidad de elaborar la propuesta del Plan Regional sobre Drogas. Asimismo, adscribe a la citada Consejería el Comisionado Regional para la Droga como órgano de coordinación y de gestión de los recursos destinados específicamente a la intervención en drogodependencias por la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

En la elaboración del V Plan Regional sobre Drogas se ha tenido en cuenta la evidencia científica y los resultados de la evaluación del Plan precedente, así como el diagnóstico de la situación de partida que caracteriza el momento presente y que se afronta con el futuro Plan. Igualmente, se han tomado como referencia los principales Planes y Estrategias de carácter nacional e internacional vigentes en la materia: Estrategia Nacional sobre Drogas, Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la Droga, Plan Europeo de actuación sobre el alcohol, Convenio Marco de la OMS para el control del tabaquismo, suscrito en enero de 2005 por el Gobierno Español, Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo y Estrategia de Salud para todos en el Siglo XXI de la OMS.

Asimismo, en la redacción del Plan se han tomado en consideración las propuestas y aportaciones de los diferentes Departamentos de la Administración Autonómica, del Consejo Asesor en materia de drogodependencias, del Consejo Rector de la Red de Planes sobre Drogas y de todas las instituciones y organizaciones más directamente implicadas en su desarrollo.

La aplicación de cuatro Planes Regionales sobre Drogas y la experiencia y los avances conseguidos a través de ellos, permiten contar con una buena base sobre la que diseñar una planificación de actuaciones para la prevención del consumo de drogas y para la asistencia e integración social de las personas afectadas por problemas de drogodependencias durante los próximos cuatro años.

El futuro Plan Regional sobre Drogas persigue realizar una política integral que incida de forma congruente sobre los principales determinantes y consecuencias que delimitan el problema del abuso de drogas y de las drogodependencias en Castilla y León. Una parte importante de los esfuerzos previstos en el Plan se dirigen al mantenimiento de un planteamiento y de una serie de actuaciones que se han demostrado útiles y eficaces en el pasado. No obstante, varios son los retos con los que se enfrenta el V Plan Regional sobre Drogas y ante los que se plantean nuevas actuaciones.

En materia de prevención, el principal reto se centra en contener la expansión del consumo de drogas en los adolescentes de la Comunidad Autónoma, aplicando para ello programas preventivos de calidad y reforzando las actuaciones a nivel local en los principales ámbitos de socialización durante la infancia y la adolescencia. En este ámbito, es preciso también adaptar la legislación vigente a las necesidades y exigencias actuales, garantizando su aceptación social y un alto grado de cumplimiento.

En el terreno de la reducción de los daños es necesario dirigir las actuaciones no sólo a los consumidores de drogas, sino también a terceras personas y al conjunto de la sociedad. Problemas como el consumo múltiple de drogas, la incidencia de enfermedades infecciosas como la hepatitis C y la tuberculosis, la exposición involuntaria al humo del tabaco en lugares cerrados y los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, están muy presentes en las actuaciones previstas en el V Plan.

La asistencia e integración social del drogodependiente no está exenta de desafíos. El desarrollo de programas eficaces de tratamiento para menores infractores y reclusos drogodependientes; la atención a drogodependientes con dificultades especiales: inmigrantes, prostitutas, enfermos con patología dual o toxicómanos socialmente excluidos; la ampliación de la oferta asistencial para el tratamiento del alcoholismo y del tabaquismo y la integración social y laboral del drogodependiente, son algunos de los principales retos que debe afrontar el Plan durante los próximos cuatro años.

En materia de formación, investigación y sistemas de información, el desafío se encuentra en disponer con agilidad de datos de calidad sobre los determinantes y consecuencias del abuso de drogas, de la evolución de los distintos patrones de consumo y de la eficacia de los programas y servicios que forman parte del Plan.

Un último reto, y una cuestión clave para el éxito del Plan, es mantener un alto grado de consenso, coordinación y cooperación institucional entre las distintas entidades públicas y privadas comprometidas en su desarrollo.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 3/1994, el Plan se estructura del siguiente modo:

En el Capítulo I se hace un completo análisis de la situación de partida a la que se ha de enfrentar el futuro Plan, presentando la información disponible por drogas de abuso, género y edad de los consumidores.

Por otra parte, en el Capítulo II se realiza una pormenorizada evaluación del IV Plan como condición indispensable para orientar las actuaciones futuras.

Los objetivos del Plan se definen en el Capítulo III. Su formulación se ha realizado de una forma jerarquizada e interrelacionada, de modo que una serie de objetivos generales, con sus correspondientes objetivos específicos, contribuyen a alcanzar el objetivo estratégico del Plan.

En el Capítulo IV se enumeran diez principios estratégicos y veintitrés criterios de actuación, marcando así las directrices a seguir en la prevención del consumo de drogas, la reducción de los daños asociados al mismo y la asistencia e integración social de los drogodependientes.

Las actuaciones clave del Plan se describen en el Capítulo V agrupadas en seis grandes líneas estratégicas: prevención; regulación y control; reducción de los daños; asistencia e integración social; formación, investigación y sistemas de información; y participación social, coordinación y cooperación institucional. Asimismo, en este capítulo se realiza el alineamiento estratégico de objetivos y acciones clave por medio del Plan operativo, incluyendo además de los dos aspectos antes citados, las metas operativas que se persiguen, el plazo previsto para la realización de cada una de las acciones clave y los responsables de su ejecución.

El Capítulo VI se dedica a describir el Sistema de asistencia e integración social del drogodependiente, el cual se articula en tres niveles de intervención y en una red para la incorporación social de las personas que abusan de las drogas.

El Capítulo VII se reserva a la evaluación del Plan, enumerando los indicadores y las fuentes de información previstas para el seguimiento y valoración del grado de consecución de los objetivos planteados.

Por último, el Capítulo VIII se dedica a especificar los mecanismos de financiación previstos para garantizar el mantenimiento de los programas y servicios ya existentes y para el sostenimiento de las nuevas actuaciones que se plantean en el Plan.

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta de la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 21 de julio de 2005

DISPONE:

Artículo 1.º Aprobación del Plan.

Se aprueba el V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León, cuyo contenido, conforme a lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, se desarrolla como Anexo al presente Decreto.

Artículo 2.º Vigencia del Plan.

El V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León estará en vigor en el período comprendido entre los años 2005 y 2008, siendo vinculante para todas las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas en la Comunidad Autónoma.

Artículo 3.º Actualización del Plan.

Los objetivos, actuaciones y demás contenidos del V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León serán actualizados, con las modificaciones o ampliaciones que en su caso proceda, de acuerdo con las necesidades detectadas y con los resultados obtenidos en su seguimiento y evaluación.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.º Desarrollo de los Planes.

Se faculta al titular de la Consejería competente en materia de drogodependencias, para dictar las normas y adoptar las resoluciones y medidas que fueran necesarias para la ejecución del presente Decreto.

Segunda.º Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

Valladolid, 21 de julio de 2005.

*El Presidente de la Junta
de Castilla y León,*

Fdo.: JUAN VICENTE HERRERA CAMPO

*La Consejera de Familia e Igualdad
de Oportunidades,*

Fdo.: ROSA VALDEÓN SANTIAGO

V PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN (2005-2008)

CAPÍTULO I

Análisis de la situación

El consumo de drogas de comercio legal no ha tenido una evolución positiva en los últimos cuatro años, aunque existe una importante sensibilidad social respecto al tabaco que puede facilitar las intervenciones en el futuro.

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta principalmente en los rangos de edad inferiores, detectándose una reducción de su uso en la población general, debido principalmente a la disminución del consumo en las mujeres. Por otra parte, persiste una gran tolerancia social hacia el consumo de alcohol, al tiempo que parece estar aumentando la percepción del riesgo asociada a los consumos importantes.

Por lo que respecta al tabaco, ha aumentado su consumo tanto en población general como en la de adolescentes, aunque es en esta última donde más aumento se registra, manteniéndose estable el consumo en las mujeres.

El consumo de drogas ilegales en la población general se mantiene en niveles bajos, salvo el consumo de cánnabis, que es la sustancia ilegal más consumida y donde mayor aumento se ha producido, detectándose una percepción del riesgo y una tolerancia social que se aproxima a la observada para

las drogas legales. También se aprecia un pequeño incremento en el consumo de cocaína en jóvenes y una estabilización en el consumo de éxtasis.

En general, los consumos de drogas de comercio legal e ilegal son mayores en edades jóvenes, salvo el consumo diario de bebidas alcohólicas que aumenta con la edad y el consumo de tabaco donde las mayores prevalencias se detectan en edades intermedias (30-49 años). Es importante destacar que el aumento en el consumo juvenil de bebidas alcohólicas, tabaco y cánnabis, que en la adolescencia se sitúa por encima de los promedios nacionales, está determinando la evolución negativa detectada en la actualidad para el consumo de estas drogas.

Las diferencias en el consumo de drogas por género aumentan con la edad, siendo mayor la equiparación en los rangos de edad inferior. El consumo es más elevado en los hombres que en las mujeres, salvo en el caso del hábito de fumar en la adolescencia en el que el predominio es femenino. La percepción del riesgo es mayor en las mujeres, existiendo diferencias significativas en el caso del alcohol, tabaco y cánnabis, y en menor medida en el resto de las drogas de comercio ilegal.

Actualmente, el consumo de drogas en edades jóvenes tiene una connotación fundamentalmente recreativa, asociado a la ocupación del tiempo libre y a las salidas nocturnas, que dista mucho de los consumos de hace veinticinco o treinta años, que respondían más a una posición contracultural o ideológica.

El análisis de la situación actual se estructura en siete apartados. Los cuatro primeros se centran en el consumo de las principales drogas de abuso: alcohol, tabaco, cánnabis y otras drogas ilegales. Dentro de cada uno de estos cuatro apartados se especifican los datos más importantes teniendo en cuenta los factores que son relevantes para comprender la evolución de los consumos y para la planificación de las actuaciones. En estos apartados se analizan los siguientes aspectos:

- Percepción del riesgo y tolerancia social hacia el consumo de las distintas drogas.
- Demanda directa de bebidas alcohólicas y tabaco.
- Prevalencia y magnitud del consumo.
- Consecuencias negativas relacionadas con el consumo de las distintas drogas.
- Motivos para consumir y no consumir las drogas analizadas.
- Disponibilidad percibida de alcohol, cánnabis y drogas ilegales.
- Conclusiones.

Los tres últimos apartados se dedican a analizar otros temas de interés: policonsumo de drogas, características de los drogodependientes en tratamiento, patrones de ocio de la población adolescente y valoración por parte de la población general de las posibles actuaciones para hacer frente al problema del abuso de drogas.

Las principales fuentes de información que se han utilizado para realizar el análisis de la situación han sido las encuestas periódicas sobre consumo de drogas a la población general (14-70 años) y escolar (14-18 años) de Castilla y León; el Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación; la información proporcionada por el Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Economía y Hacienda; los datos suministrados por el SAITCyL (Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías) y la información procedente del Sistema de Seguimiento del Plan Regional sobre Drogas, que incluye la Memoria anual y el Informe sobre tratamientos con sustitutivos opiáceos realizados en Castilla y León.

1.º BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

1.1. *Percepción del riesgo y tolerancia social.*

El alcohol es la droga cuyo consumo presenta una menor percepción del riesgo y una mayor tolerancia social como consecuencia de una profunda y consolidada raigambre cultural.

En el año 2004, el 62% de población general considera bastante o muy arriesgado tomar 5 ó 6 consumiciones de alcohol los fines de semana, detectándose una evolución muy positiva en este indicador al haberse elevado esta cifra en 17 puntos porcentuales en los últimos 4 años. Hay que precisar, no obstante, que este aumento se produce sólo en las edades adultas. Por otra parte, la percepción del riesgo asociada al consumo diario y elevado de alcohol se mantiene en unos niveles muy altos (94%).

En la población de estudiantes de 14 a 18 años, sólo un 35% de los encuestados en 2002 refiere que el consumo de 5 ó 6 consumiciones los

fin de semana es bastante o muy arriesgado, observándose un descenso en la percepción del riesgo de 4 puntos porcentuales respecto al año 2000.

Por género, la percepción del riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres, tanto en la población general como en la de estudiantes.

Por lo que respecta a la tolerancia social, menos de la mitad de la población general (47,4%) rechaza el consumo ajeno de bebidas alcohólicas. En el caso de los estudiantes, el rechazo al consumo de alcohol se mantiene estable en el 21,1% para el consumo de 5 ó 6 consumiciones los fines de semana y en el 34,3% para el consumo de 1 ó 2 consumiciones al día. Un aspecto a destacar es que el rechazo de los estudiantes al consumo de varias copas los fines de semana ha disminuido en las mujeres mientras que ha aumentado en los hombres, de forma que las chicas rechazan ya en menor medida que los chicos el consumo de alcohol los fines de semana.

Otro dato indicativo de la tolerancia social ante el consumo de alcohol, es que tan sólo un 16,3% de los estudiantes de 14 a 18 años de la Comunidad Autónoma percibe que sus padres le prohíben tajantemente consumir bebidas alcohólicas, habiendo descendido esta cifra respecto al año 2000.

1.2. *Demanda directa de bebidas alcohólicas.*

Una forma directa de valorar el consumo de bebidas alcohólicas en la Comunidad Autónoma es acudir a los datos del Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Según esta fuente de información, el consumo per cápita de vinos de mesa en Castilla y León se reduce ligeramente, mientras que aumenta de forma importante el consumo de los vinos de denominación de origen (5 puntos) y de cerveza (4 puntos), y ligeramente el de las bebidas de alta graduación.

Estos datos son congruentes con los proporcionados por las encuestas poblacionales, ya que el aumento detectado por éstas en el consumo juvenil se relaciona principalmente con un incremento en las ventas de cerveza, que es además el tipo de bebida alcohólica más consumida por toda la población. Por otro lado, el aumento en el consumo de los vinos de denominación de origen, que no va acompañado de un crecimiento en el consumo general, puede indicar que el consumo de este tipo de vinos se produce de forma ocasional.

En términos generales, el consumo per cápita pasa de 51,95 litros en 2000 a 59,36 litros en 2003. El consumo se eleva en establecimientos de hostelería y restauración, que representan el 60,8% del consumo total, y se reduce ligeramente en el hogar. En relación con el gasto destinado a la compra de bebidas alcohólicas, éste ha pasado de 432.749.730 € en 2000 a 533.258.000 € en 2004, influido por el aumento en las ventas y también por la elevación de precios.

1.3. *Prevalencia y magnitud del consumo de alcohol.*

1.3.1. *Consumidores habituales.*

En la población general, el 51,8% de los encuestados en 2004 admite que consume semanalmente bebidas alcohólicas, lo que supone un descenso del 4% respecto al año 2000. Este descenso se produce principalmente en las mujeres, rompiendo así la tendencia ascendente que parecía haberse iniciado en el año 2000. La prevalencia de bebedores diarios se mantiene estable, detectándose los mayores porcentajes de consumidores en edades medias y avanzadas de la vida, lo que contrasta con la población adolescente y joven en la que se registran las mayores prevalencias de consumo semanal de bebidas alcohólicas.

Los datos de la población de estudiantes corroboran e intensifican las tendencias detectadas en la población general. El consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de Castilla y León supera claramente los promedios nacionales, aumentando de un modo muy importante con la edad, tanto en frecuencia como en intensidad.

Un 70,3% de los estudiantes de 14 a 18 años de la Comunidad Autónoma reconoce que consume bebidas alcohólicas semanalmente, continuando así la tendencia ascendente iniciada en 1996, mientras que un 37,1% admite que lo hace todos los fines de semana. Por el contrario, el consumo diario de bebidas alcohólicas disminuye de forma importante, representando la mitad del detectado en el año 2000.

La continuidad en el consumo de bebidas alcohólicas es muy elevada en los estudiantes de 14 a 18 años. Así, un 99,8% de los encuestados que declaraban en 2002 haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida reconocían que continuaban consumiéndolas en el último año y el 84,3% en el último mes. Cuando el análisis se realiza a partir del consumo en el último año, se observa que el 84,5% de los estudiantes también continúan consumiendo alcohol en el último mes.

1.3.2. *Consumidores de riesgo.*

Tomando como referencia la tipología de la OMS (28 UBE/semana en hombres y 17 UBE/semana en mujeres), se observa un descenso de 10 puntos porcentuales respecto al año 2000 en la proporción de los bebedores de riesgo en la población general. La prevalencia actual se sitúa en el 12,2%, con una cifra similar para ambos sexos, aunque con un descenso mucho más acusado en las mujeres que en los hombres en los últimos cuatro años.

En los estudiantes, por el contrario, aumenta la prevalencia de los bebedores de riesgo, pasando en los chicos del 11% en 2000 al 14,4% en 2002 y en las chicas del 12,9% al 13,1%. Un dato altamente significativo es que estos porcentajes duplican los promedios nacionales.

1.3.3. *Consumidores abusivos.*

Otro indicador relevante es la proporción de consumidores abusivos de alcohol según la definición del Ministerio de Sanidad y Consumo que utiliza el Observatorio Español sobre Drogas (> 60 UBE/semana en los hombres y > 40 UBE/semana en las mujeres). La prevalencia de este tipo de consumidores es del 5,2% en el conjunto de la población de Castilla y León y prácticamente idéntica en ambos sexos (5,1% en hombres y 5,4% en mujeres), descendiendo eso sí más en las mujeres que en los hombres entre 2000 y 2004. Por lo que respecta a la edad, es significativo que los grupos con una mayor prevalencia de consumo abusivo de alcohol son los de 20-29 años (6,3%), 30-39 años (5,5%) y 14-19 años (5,4%), habiendo descendido de forma considerable el porcentaje en todos ellos en relación con los datos del año 2000.

En la población de estudiantes, la prevalencia de consumidores abusivos de alcohol alcanza el 6,8% en los chicos y el 4,7% en las chicas, aumentando de forma significativa respecto al año 2000 (4% en varones; 1,9% en mujeres).

1.3.4. *Intoxicaciones étlicas.*

El 20% de la población general admite haberse emborrachado en los últimos 6 meses, manteniéndose estable esta proporción desde el año 2000. Los episodios de embriaguez aumentan en los varones, que han pasado del 22,6% en 2000 al 25,3% en 2004, mientras que descienden en las mujeres, que pasan del 19,2% en 2000 al 14,5% en 2004. Por edad, la mayor proporción de borracheras se produce en el rango de 14-19 años (47,3%) y de 20-29 años (37,7%), descendiendo a partir de aquí progresivamente con la edad.

Las intoxicaciones étlicas en los últimos 30 días en los estudiantes han aumentado en 2,5 puntos porcentuales entre 2000 y 2002, situándose este último año en el 28,4%. Este aumento se produce de forma similar en hombres y en mujeres.

1.3.5. *Abstemios.*

La proporción de abstemios se sitúa en el 11,3% del conjunto de la población, descendiendo progresivamente desde el año 1992 como consecuencia del desplazamiento de éstos hacia el consumo ocasional de bebidas alcohólicas. En este indicador las diferencias por género son importantes (hombres 8,3%, mujeres 14,5%), apreciándose un aumento progresivo con la edad a partir de los 29 años.

En los estudiantes, la prevalencia de abstemios se mantiene estable en el 20,8%: aumentando en los hombres (22,9% en 2002; 20,6% en 2000) y descendiendo notablemente en las mujeres (18,3% en 2002; 24,7% en 2000), lo que indica una mayor penetración del consumo de alcohol en las mujeres adolescentes que está consolidando la equiparación sexual en este segmento de edad.

1.3.6. *Edad de inicio.*

Las edades de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de Castilla y León se encuentran estabilizadas en los 13 años y medio para los primeros contactos con el alcohol y en los 15 años para el inicio en el consumo semanal. El período crítico para generalización del consumo de bebidas alcohólicas se sitúa entre los 15 y 16 años: los 15 años para experimentar con el alcohol, los 15 y 16 años para consumirlo habitualmente y para tener las primeras borracheras y los 16 años para emborracharse habitualmente.

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta de un modo muy importante con la edad. La mitad de los estudiantes de 14 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; porcentaje que alcanza el 96% a los 18 años. Un 6% de los estudiantes de 14 años consume todos los fines de semana, cifra que alcanza el 61% a los 18 años.

1.4. Consecuencias negativas del consumo de alcohol.

El binomio alcohol - conducción es una combinación muy peligrosa para la seguridad vial. En la población general parece haber disminuido el porcentaje total de personas que refieren haber conducido bajo los efectos del alcohol en el último año, siendo los adolescentes y jóvenes varones los que incurrir en este comportamiento de riesgo mayor número de veces (4 veces) o en el de viajar como pasajero en un vehículo cuyo conductor estaba bajo los efectos del alcohol (6 veces). Hay que significar que las diferencias por género de ambas conductas de riesgo son acusadas, manteniéndose los hombres por encima de las mujeres. Un 2,1% de la población general reconoce haber tenido a lo largo de su vida algún accidente de tráfico que precisó de atención médica como consecuencia del alcohol.

En la población de estudiantes, el 1,9% de los encuestados en 2002 admite haber tenido accidentes de circulación estando bajo los efectos del alcohol. Esta proporción se reduce a la mitad desde el año 2000, siendo mucho mayor en los chicos (3%) que en las chicas (0,7%). Declaran haber conducido bajo los efectos de las bebidas alcohólicas o haber sido pasajeros de un vehículo conducido por alguien bajo sus efectos el 16,7% de los estudiantes, lo que supone una reducción respecto a los datos de 2000 y una proporción inferior al promedio nacional.

Otro tipo de problemas debidos al consumo de bebidas alcohólicas en la población general son, por orden de frecuencia: riñas, peleas o agresiones (4,3%); faltar al trabajo o al colegio (2,3%) y detención por la policía o fuerzas de orden público (1,3%). En el caso de los estudiantes, una proporción importante (46,3%) declara haber tenido problemas por el consumo de alcohol alguna vez en su vida. Por tipo de problemas, los más significativos son: riñas, peleas o agresiones (20,3%); problemas de salud (16,2%); problemas económicos (15,3%); conflictos familiares (13,7%) y problemas escolares (9,9%).

Un indicador de interés para valorar las consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas es analizar la evolución de las admisiones a tratamiento por esta causa. Según los datos del SAITCyL, la proporción de admisiones a tratamiento por abuso de alcohol ha aumentado de forma progresiva en los últimos cuatro años, pasando de un 21,1% en 2000 a un 33% en 2003. El perfil de las personas atendidas se mantiene a lo largo del tiempo y se caracteriza por los siguientes rasgos: hombre (83%), con estudios primarios (62%), de una edad media de 42 años y con una antigüedad de consumo problemático de alcohol de 20 años.

En la evaluación del IV Plan Regional sobre Drogas se analiza la evolución y la prevalencia de otro tipo de problemas que son de interés para caracterizar las consecuencias negativas del abuso de alcohol, como son los episodios de urgencias hospitalarias y la presencia de alcohol en conductores que son víctimas de accidentes de tráfico.

1.5. Motivaciones para consumir y no consumir bebidas alcohólicas.

La población de estudiantes refiere como principales motivos para consumir alcohol: «porque le gusta su sabor» (73,8%) y «por placer y para divertirse» (59,4%). Entre los motivos para no consumir bebidas alcohólicas señalan: «porque es malo para la salud» (57,8%), «porque la gente que consume alcohol pierde el control y es desagradable (46,4%), «por sus efectos negativos: resaca, mareos y vómitos» (35,4%) y «porque provoca accidentes graves» (33,1%).

Por lo que respecta a las razones de la población general para abandonar el consumo de bebidas alcohólicas, las principales son las relacionadas con la salud y la recomendación médica, seguidas por el consejo de familiares.

1.6. Disponibilidad percibida.

El alcohol es la droga a la que los adolescentes y jóvenes de Castilla y León declaran tener una mayor accesibilidad. El 90,5% de los estudiantes de 14 a 18 años considera que es fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas, siendo significativo que la disponibilidad percibida en la Comunidad Autónoma sea superior a la media nacional y que esta percepción se ha incrementado en 6 puntos porcentuales en relación con los datos del año 2000.

1.7. Conclusiones.

Los datos más significativos del consumo de bebidas alcohólicas en Castilla y León se pueden resumir del siguiente modo:

- La percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol los fines de semana aumenta considerablemente en la población general, lo que no ocurre en la población escolar donde se ha producido un descenso. Hay diferencias importantes por género en la percepción del ries-

go, siendo mayor en las mujeres que en los hombres, aunque en la población más joven estas diferencias son menos acusadas.

- En la población general, los niveles de consumo experimentan una tendencia ligeramente descendente, fundamentalmente debido a la reducción en las mujeres. Esta tendencia no se reproduce en la población de estudiantes, donde la evolución es negativa. Existen diferencias significativas en función del género, salvo en los consumos abusivos donde se aprecia una equiparación sexual y en los rangos de edad inferiores donde las diferencias son menores. Es significativo el descenso que se observa en el número de mujeres adolescentes que se declaran abstemias.
- El consumo de fin de semana es el patrón predominante, tanto en frecuencia como en intensidad, especialmente en adolescentes y jóvenes (14-39 años), que es el segmento de edad donde se producen las mayores prevalencias de este tipo de consumo. En sentido opuesto, los consumos bajos y moderados son más frecuentes entre semana, manteniéndose la tendencia de sustitución del patrón de consumo mediterráneo por el característico del centro y norte de Europa.
- Las motivaciones para el consumo en la población de estudiantes se relacionan con el placer y la diversión. Asimismo, los motivos para no consumir alcohol o para dejar de hacerlo tienen que ver con la aparición de problemas de salud y con la recomendación médica.
- La accesibilidad percibida de los estudiantes al alcohol tiene una evolución negativa, situándose en la actualidad por encima del 90%.

2.- TABACO.

2.1. Percepción del riesgo y tolerancia al consumo.

La situación actual respecto a la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco en la población general es positiva. Se mantiene en unos niveles muy elevados el porcentaje de población que considera bastante o muy arriesgado fumar regularmente (85,7%) y se detecta un importante incremento de la percepción del riesgo asociada al consumo ocasional (45,8% en 2004; 27,1% en 2000). Es interesante señalar que la percepción del riesgo es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres y, como ocurre con el resto de la drogas, que aumenta progresivamente con la edad.

En relación con la tolerancia social, la opinión negativa hacia el consumo ajeno de tabaco es del 42,2% y hacia el consumo propio del 64,6%, elevándose 6 y 11 puntos porcentuales, respectivamente, con respecto al año 2000. Por otra parte, el rechazo a que se fume en los centros de trabajo (45,8%) y en lugares públicos cerrados (58,9%) ha disminuido, debido, principalmente, a un aumento de la población que no se posiciona en estos temas.

En la población de estudiantes, el 76% cree que fumar un paquete diario genera bastantes o muchos problemas para la salud, siendo estos datos muy similares a los del año 2000 y ligeramente superiores a la media nacional. Hay que destacar que la percepción del riesgo ha evolucionado de modo dispar en función del género: ha aumentado en las chicas y ha disminuido en los chicos.

El grado de rechazo del tabaco por parte de los estudiantes es bajo (29,5%), con una tendencia decreciente en relación con los datos del año 2000 y con una mayor tolerancia que la detectada a nivel nacional. Esta tolerancia social hacia el consumo de tabaco se manifiesta también en la actitud de los padres, destacando que sólo un 24,7% de los estudiantes considera que sus padres le prohíben tajantemente fumar.

2.2. Demanda directa de tabaco.

Los datos proporcionados por el Comisionado para el mercado de tabacos del Ministerio de Economía, muestran que en Castilla y León se ha producido un descenso en las ventas de los diferentes tipos de labores del tabaco, que en el caso de las cajetillas de cigarrillos (72% del total de las ventas) se ha reducido en 4.323.000 unidades vendidas desde el año 2000. Analizando las ventas anuales por habitante de 15 a 65 años se mantiene el descenso, aunque de forma menos acusada: las ventas per cápita de cajetillas de cigarrillos han pasado de 149,3 en 2000 a un 146,3 en 2003 y las de cigarrillos, de 59,3 a 57,1 en ese mismo período de tiempo. También hay que destacar que se ha producido un aumento del 19% del gasto destinado a tabaco entre los años 2000 y 2003, debido a la subida de precios que han experimentado estos productos en ese período de tiempo.

2.3. Prevalencia y magnitud del consumo de tabaco.

La situación actual del consumo de tabaco en Castilla y León ha roto la tendencia descendente que se venía detectando en años anteriores. Este

aspecto se analiza con más detenimiento en la evaluación del IV Plan Regional sobre Drogas, destacándose a continuación los datos de mayor interés.

En la población general se ha producido un ligero incremento en la proporción de fumadores diarios, que en 2004 se sitúa en el 36%. Este repunte se debe al aumento del consumo masculino, ya que el consumo en las mujeres se mantiene estable.

Los grandes fumadores (20 cigarrillos o más al día) representan el 14,5% de la población general, habiendo aumentado este porcentaje respecto al año 2000 como consecuencia de la expansión en los varones.

En la población más joven los datos sobre consumo habitual de tabaco también tienen una evolución negativa respecto al año 2000 y a los promedios nacionales. En 2002, la prevalencia de fumadores diarios en la población de estudiantes de 14 a 18 años se sitúa en el 22%, siendo sensiblemente superior el consumo en las chicas que en los chicos. En este grupo, la edad de primer contacto con el tabaco se sitúa en los 13 años y la del hábito de fumar a diario en los 14 años y medio. El hábito de fumar aumenta con la edad de los estudiantes: a los 14 años un 35% ya ha probado el tabaco, mientras que a los 18 años lo ha hecho el 78%. El período crítico para que los adolescentes fumen a diario se sitúa en el rango de edad que va desde los 15 a los 18 años.

Como aspecto positivo hay que destacar que un 36,9% de la población general refiere no haber fumado nunca, siendo la primera vez que este grupo supera a los fumadores diarios. El número de los que nunca han fumado aumenta en las mujeres, pasando de un 38,9% en 2000 a un 42,9% en 2004, mientras que se mantiene estable en el caso de los varones. Por lo que respecta a la edad, el rango donde menor representación tiene el colectivo de personas que no han fumado nunca es el de 40-49 años.

El número medio de cigarrillos/día consumidos por los fumadores diarios es de 15,27 cigarrillos en la población general, cifra muy similar a la registrada en el año 2000 (14,32). El consumo medio de cigarrillos aumenta con la edad hasta los 30 años, manteniéndose estable hasta los 60 años, y descendiendo a partir de esa edad. Por lo que respecta al género, el consumo es mayor en los hombres que en las mujeres, existiendo diferencias significativas en función del sexo. Como ocurría en encuestas anteriores, los fumadores habituales de tabaco negro fuman una media diaria mayor de cigarrillos (18,13) que los que fuman tabaco rubio (14,85).

En la población de estudiantes, el consumo medio de cigarrillos/día entre los fumadores diarios es sensiblemente inferior al del conjunto de la población (8,7), siendo, al igual que en la población general, mayor el número de cigarrillos consumidos por los hombres que por las mujeres.

2.4. Ex fumadores.

Considerando la población en su conjunto, se observa un descenso importante (5,6 puntos porcentuales) en la proporción de ex fumadores (18,6%); descenso que es apreciable y homogéneo tanto en la población masculina como en la femenina. En relación con la edad, la proporción de ex fumadores aumenta considerablemente en el rango de 40-49 años, incrementándose a partir de aquí progresivamente con la edad.

Un dato positivo es que en los estudiantes de Castilla y León el porcentaje de ex fumadores (7,7%) ha aumentado algo más de dos puntos porcentuales respecto a los datos de 2000, lo que sitúa esta cifra por encima de la media nacional.

2.5. Motivos para consumir y no consumir tabaco.

La población de estudiantes refiere como principales motivos para fumar: «porque les gusta» (70,9%) y «porque les relaja» (51,5%), sin existir diferencias por género. Es significativo que un 16,4% manifieste «que no sabe porque fuma, pero que no puede dejar de hacerlo», lo que pone de manifiesto la importante capacidad adictiva del tabaco.

Los principales motivos identificados en la población general para la cesación en el hábito de fumar son: «porque sienta mal a la salud» (48,8%), «por consejo familiar» (9,3%) y «por recomendación médica» (11,4%). Hay que señalar que el peso de esta última opción ha disminuido en relación con los datos obtenidos en encuestas anteriores.

Respecto a las razones de la población de estudiantes para no fumar, los principales motivos son los siguientes: «porque es malo para la salud» (49,2%), «porque a sus padres les molestaría mucho que fumara» (10,4%) y «porque el tabaco ha provocado la muerte o enfermedades graves en personas conocidas» (9,1%). Los datos anteriores ponen de manifiesto la importancia de la familia y de las experiencias cercanas negativas para que los adolescentes no fumen.

Un dato muy positivo y de gran interés para la planificación de actuaciones de cesación tabáquica, es que el número de fumadores habituales que se plantea o que intenta dejar de fumar ha aumentado progresivamente desde 1997. En la población general, el 44,4% refiere haberse planteado seriamente en los últimos 6 meses dejar de fumar, habiéndose elevado esta proporción en un 5% respecto al año 2000; es de destacar que el aumento es más importante en las mujeres que en los hombres, lo que determina una equiparación por género. Por otro lado, el porcentaje de fumadores que lo ha intentado en los últimos 6 meses también mantiene la tendencia ascendente y se eleva más en el grupo de las mujeres.

En la población de estudiantes los datos también son alentadores: un 86,3% refiere tener intención de dejar de fumar y un 44,4% que lo ha intentado, siendo estos porcentajes superiores a los nacionales y mejores que los observados en el año 2000 en intención de dejar de fumar.

2.6. Conclusiones:

- A pesar de que la percepción del riesgo asociada al hábito de fumar es alta, tanto en la población general como en la población de estudiantes, la aceptación social del consumo de tabaco también es elevada, evolucionando negativamente el rechazo a fumar en el trabajo y en lugares cerrados.
- Aumenta la prevalencia de fumadores habituales por la expansión en los varones y en la población de estudiantes de 14 a 18 años. De igual modo, aumenta la proporción de grandes fumadores en la población general por su evolución negativa en los hombres.
- En el lado positivo, disminuyen las ventas de productos del tabaco y el consumo per cápita de cigarrillos, al tiempo que aumenta la proporción de personas que no han fumado nunca y el número de fumadores que se plantean y que intentan seriamente dejar de fumar tanto en la población general como en los estudiantes. Todos estos datos son alentadores e indican que los esfuerzos de concienciación social están calando en amplios sectores de la población. No obstante, la evolución negativa de la tasa de ex fumadores parece indicar que el éxito de los intentos está siendo menor que en años anteriores.
- Las motivaciones para el consumo de tabaco entre los estudiantes son el placer y la relajación, mientras que para no fumar son los problemas de salud, la opinión negativa de los padres y la aparición de consecuencias negativas importantes en su entorno como consecuencia del hábito de fumar.

3.- CÁNNABIS.

El importante papel que el consumo de cannabis está adquiriendo en los últimos años en la sociedad le está otorgando el estatus de droga intermedia a caballo entre las drogas legales y las ilegales. El cannabis, a pesar de ser una sustancia ilegal, por su prevalencia, formas de consumo, percepción del riesgo y tolerancia social, está cada vez más cerca de las drogas de comercio legal.

3.1. Percepción del riesgo y tolerancia social.

Desde 1992 se detecta un descenso progresivo de la población general que considera bastante o muy arriesgado para la salud consumir cannabis. Este descenso es de 11 puntos porcentuales para el consumo alguna vez en la vida (68,9% en 1992; 58,0% en 2004) y de 9 puntos porcentuales para el consumo habitual (94,5% en 1992; 85,7% en 2004). En ambos casos existen diferencias significativas por género, siendo, como en el resto de las drogas analizadas, mayor la percepción del riesgo en las mujeres que en los hombres. Asimismo, existe una correlación positiva con la edad, aumentando la percepción del riesgo a medida que ésta aumenta.

En la población de estudiantes el descenso en la percepción del riesgo es aún mayor. El consumo ocasional es considerado problemático por el 35,8% de los encuestados. Este indicador desciende progresivamente desde hace 10 años, siendo el descenso de seis puntos porcentuales desde el año 2000. El consumo habitual es considerado problemático por el 74,4% de los estudiantes, 3 puntos porcentuales menos que en el año 2000. Como en la población general, se observan diferencias en relación al género, siendo menor la percepción del riesgo en los chicos que en las chicas, especialmente la referida al consumo habitual.

Respecto a la aceptación social del consumo de cannabis, al 51,9% de la población general le parece mal el consumo ajeno, al 69,6% el consumo propio y a un significativo 34,4% le da igual. Estas cifras dibujan un panorama en el que la tolerancia social existente hacia el consumo de cannabis es cada vez más parecida a la observada para las bebidas alcohólicas y el tabaco.

En el caso de la población de estudiantes, el 74,6% declara que sus padres les prohíben de forma absoluta consumir cannabis. Esta proporción ha descendido tres puntos porcentuales desde el año 2000, lo que puede estar apuntando hacia una mayor permisividad del consumo por parte de los progenitores.

3.2. Prevalencia y magnitud del consumo de cannabis.

Un 34,6% de la población general manifiesta que ha consumido cannabis alguna vez en la vida, lo que representa 6 puntos porcentuales más que en el año 2000. También aumenta el consumo en los últimos 12 meses (12,4% en 2000; 15,7% en 2004), en el último mes (6,3% en 2000; 8,2% en 2004), y de un modo muy especial, el consumo habitual (dos o más veces por semana), que ha pasado del 1,8% en 2000 al 3,2% en 2004. Todos estos datos ponen de manifiesto que el consumo de cannabis se encuentra en una importante fase expansiva.

Del análisis de los datos en función del género, se desprende que los hombres consumen cannabis en mayor medida que las mujeres, siendo las diferencias más acusadas cuanto más frecuentes son los consumos. En relación con la edad, el consumo de cannabis es más frecuente entre los más jóvenes (14-29 años), disminuyendo progresivamente al hacerlo el rango de edad.

En la población de estudiantes también se constata un aumento progresivo y relevante desde 1994. En el año 2002, refieren haber consumido cannabis alguna vez en la vida el 39,2%, en el último año el 35,1% y en el último mes el 23,2%. Es significativo que todas estas prevalencias de consumo sean superiores a la media nacional.

En concordancia con los datos de la población general, el consumo de cannabis es superior en los chicos que en las chicas, siendo mayor la expansión de su uso entre 2000 y 2002 en los varones que en las mujeres. También hay que destacar que el consumo aumenta de forma notable a partir de los 16 años. Por lo que respecta a la edad de inicio en adolescentes, se ha estabilizado en los 15 años, sin existir diferencias por género y siendo este dato ligeramente mejor que el promedio nacional.

La continuidad en el consumo de cannabis es importante, tanto en la población general como en la población de estudiantes, lo que indica que los consumos experimentales están relacionados con consumos posteriores más frecuentes. Cuando se toma como referencia el consumo alguna vez en la vida, se observa que el 45,3% de la población general continúa consumiendo en el último año y el 23,6% en el último mes. En los estudiantes estos porcentajes son todavía más altos, alcanzando el 89,6% en el último año y el 59,2% en el último mes. Si el análisis se hace tomando como referencia a los que han consumido en el último año, el 51,3% de la población general y el 66% de los estudiantes refieren también haber consumido en el último mes.

Otro dato relevante a tener en cuenta es que el número de pacientes admitidos a tratamiento por consumo de cannabis en la Red de asistencia al drogodependiente de Castilla y León se ha duplicado en dos años, pasando de representar el 2% en 2000 al 4,7% en 2002.

3.3. Consecuencias negativas del consumo de cannabis.

Un 13,5% de la población general que ha consumido cannabis en el último año reconoce haber experimentado problemas por su causa. Los problemas más frecuentes por orden de importancia son: riñas y peleas (10,9%), accidentes de tráfico que precisaron atención médica (4,8%), detención por la policía o por las fuerzas de orden público (3,3%) y faltar al trabajo o a clase un día entero o más (3,1%).

El 42,9% de los adolescentes de 14 a 18 años de Castilla y León refieren haber tenido problemas asociados al consumo de cannabis, siendo este porcentaje ligeramente inferior a la media nacional, que alcanza el 45%. Los principales problemas que manifiestan haber experimentado son: pérdidas de memoria (19,9%); tristeza, ganas de no hacer nada y depresión (16%); problemas económicos (13,6%); y dificultades para estudiar o trabajar (10,3%).

3.4. Cannabis y seguridad vial.

Por lo que respecta al consumo de cannabis y su impacto en la seguridad vial en la población general, es significativo que entre aquellos que han consumido en el último año, el 9,7% reconoce haber conducido bajo los efectos de esta droga en los 12 últimos meses. Este tipo de conducta no presenta diferencias significativas por género y aparece con más frecuencia en el rango de edad de 20-29 años. También es digno de mención que un 19,8% de los consumidores en el último año admite haber sido pasajero de un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del cannabis.

3.5. Motivos para consumir.

La población de estudiantes refiere el deseo de relajarse (27,2%) y la búsqueda de nuevas sensaciones (26%) como los dos principales motivos para consumir cannabis, no existiendo diferencias en función del género.

3.6. Disponibilidad percibida.

La disponibilidad percibida a esta droga ha aumentado tanto en la población general como en la de estudiantes.

El 62,3% de los adolescentes de 14-18 años declaran que les resultaría fácil o muy fácil disponer de cannabis, habiendo aumentado esta proporción en 16 puntos porcentuales respecto al año 2000 y encontrándose por encima de la media nacional. En la población general, el 88,3% considera que el cannabis es una droga fácilmente accesible, sin existir diferencias significativas en función del género.

Estos datos muestran como el mercado de cannabis ha proliferado en los últimos años de una forma muy importante, ya que aunque el aumento en la accesibilidad se viene constatando desde 1994, ha sido recientemente cuando la disponibilidad percibida, principalmente en los adolescentes, se ha disparado.

3.7. Conclusiones:

- Se está produciendo un aumento importante en la tolerancia social hacia el consumo de cannabis y una disminución en la percepción del riesgo, principalmente en la población más joven, acercándose a la situación de las drogas legales.
- Se constata un aumento progresivo en los últimos 10 años del consumo, tanto en la población general como en la población de estudiantes. La edad de inicio se mantiene en los 15 años y el consumo aumenta progresivamente con la edad hasta los 40 años.
- La aparición de conductas de riesgo y de problemas relacionados con el consumo son importantes. En estudiantes los problemas afectan de forma significativa a la situación académica de los consumidores.
- La accesibilidad y disponibilidad percibida del cannabis es cada vez mayor.

4.- OTRAS DROGAS ILEGALES.

En este apartado se hace un análisis de los indicadores seleccionados y comentados en epígrafes anteriores referidos al consumo del resto de las drogas ilegales, esto es: cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis, tranquilizantes, opiáceos, alucinógenos e inhalables.

4.1. Percepción del riesgo y tolerancia social.

La percepción del riesgo asociada al consumo de drogas de síntesis, anfetaminas, cocaína y heroína en la población general se mantiene en unas cifras muy elevadas. Más del 90% de los encuestados considera que consumir experimentalmente estas drogas tiene un alto riesgo para la salud, aumentando los porcentajes hasta el 98% cuando se trata del consumo habitual. Otro dato positivo es el aumento de tres puntos porcentuales que se ha producido entre 2000 y 2004 en la percepción del riesgo asociada al consumo experimental de drogas de síntesis y de dos puntos porcentuales para el consumo experimental de anfetaminas. No ocurre lo mismo con el riesgo percibido por el consumo habitual de drogas de síntesis, que en los últimos cuatro años ha descendido en cuatro puntos porcentuales.

Los estudiantes de Castilla y León tienen, en general, una menor percepción del riesgo que en 1994. Las drogas que se perciben más peligrosas son la cocaína y la heroína: alrededor de un 65% considera peligroso el consumo experimental de estas drogas y el 87% el consumo habitual. Los tranquilizantes son las drogas que presentan una menor percepción del riesgo. Por otro lado, y al igual que ocurre en la población general, los estudiantes que consideran de alto riesgo el consumo experimental de drogas de síntesis han aumentado en más de dos puntos porcentuales entre los años 2000 y 2002.

Por género, la percepción del riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres, tanto en la población general como en la de estudiantes. Sin embargo, en el conjunto de la población estas diferencias desaparecen cuando se trata de los consumos habituales.

En lo relativo a la tolerancia social hacia el consumo, hay que destacar que el rechazo entre los estudiantes apenas ha cambiado en el período comprendido entre 1994 y 2002. El mayor rechazo se observa para la heroína y la cocaína, con unos porcentajes en torno al 76% para el consumo ocasional y al 88% para el consumo habitual. Por el contrario, el menor rechazo se

produce para el consumo de tranquilizantes: el 37% de los encuestados rechaza el consumo ocasional y el 72% el consumo habitual. Con la única excepción de los tranquilizantes, la tolerancia social aumenta ligeramente con la edad.

Por otro lado, el porcentaje de estudiantes que refieren que sus padres les prohíben absolutamente consumir las drogas ilegales estudiadas en este apartado es muy elevado (87,3%), aunque ligeramente inferior al registrado en el año de 2000.

4.2. Prevalencia y magnitud del consumo.

4.2.1. Consumo alguna vez en la vida.

En el conjunto de la población de Castilla y León se detecta una ligera tendencia ascendente en el consumo experimental de drogas ilegales, al igual que ocurre en la población general española. Significativo es el aumento de tres puntos porcentuales en el consumo de cocaína respecto a los datos de 2000 y de 1,5 puntos porcentuales en el consumo de alucinógenos. Por el contrario, se detecta una reducción en el consumo experimental de drogas de síntesis, descendiendo incluso por debajo de los niveles de consumo de 1997. Esta evolución determina que las drogas más consumidas alguna vez en la vida sean la cocaína (7%), seguida por las drogas de síntesis (4,3%), las anfetaminas (4,2%), los alucinógenos (3,3%) y los tranquilizantes (2,1%). La prevalencia del consumo de opiáceos e inhalables es inferior al 1%. Comparando estas cifras con los datos nacionales, se aprecia que Castilla y León se sitúa por encima del consumo medio nacional en el caso de la cocaína y de las anfetaminas y por debajo de la media nacional en las otras cinco drogas ilegales analizadas.

En relación con la edad, los mayores consumos varían de una droga a otra. Así, en el caso de las drogas de síntesis y de los alucinógenos, el mayor consumo experimental se produce entre los más jóvenes (14-19 años), descendiendo posteriormente a partir de ahí. El consumo de anfetaminas y cocaína se eleva progresivamente hasta los 20-29 años para descender luego con la edad. Las drogas que se consumen en mayor medida en edades adultas (30-39 años) son los tranquilizantes. En relación al género, es importante destacar que el consumo alguna vez en la vida es significativamente superior en los hombres que en las mujeres. En ambos casos el consumo experimental ha aumentado respecto al año 2000, aunque en el caso de las mujeres es la única frecuencia de consumo en la que se ha detectado un incremento.

Entre los estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León, al igual que ocurre en el resto de España, los consumos experimentales han aumentado, principalmente en el caso de la cocaína, speed-anfetaminas y los alucinógenos. El 6,8% de los adolescentes admite que ha consumido alguna vez en la vida cocaína, triplicándose la prevalencia de consumo respecto al año 1994. En el caso de las anfetaminas y de los alucinógenos, el aumento ha sido de tres puntos porcentuales respecto a los datos de 2000, situándose los consumos en un 7,2% y 4,9% respectivamente y rompiendo la estabilización detectada en los últimos años. En las drogas de síntesis el aumento ha sido mucho más discreto, situándose la prevalencia en el 4,7%, mientras que para los tranquilizantes el consumo experimental se ha estabilizado en el 5,3%.

Los consumos experimentales de drogas ilegales en adolescentes aumentan progresivamente con la edad, situándose el rango crítico en los 15-16 años, período a partir del cual el aumento de la prevalencia es muy importante. La edad media de inicio en el consumo en adolescentes se sitúa alrededor de los 16 años, manteniéndose estable respecto a los datos de 2000 y ligeramente por debajo de la media nacional.

La situación en función del género se caracteriza porque los chicos comienzan a experimentar con las drogas ilegales antes y en mayor proporción que las chicas, siendo a ellos a los que cabe atribuir fundamentalmente el importante aumento de las prevalencias de consumo detectadas entre los años 2000 y 2002.

4.2.2. Consumo en el último año y en el último mes.

Los consumos recientes de drogas ilegales, entendiendo por tales los producidos en el último año y en el último mes, tienen una presencia muy baja en la población general de Castilla y León. La prevalencia más alta se registra para el consumo de cocaína, con un 2,9% en el último año y un 1,1% en el último mes. Las tendencias se mantienen relativamente estables, destacando el aumento del consumo de cocaína en el último año, que se ha elevado un punto porcentual respecto a 2000; el descenso en el consumo de drogas de síntesis en el último año, que ha pasado del 3,9% en 2000 al 2,1% en 2004; y el descenso en el consumo de opiáceos, que mantiene una curva decreciente desde 1989, tanto en el consumo en el último año como en el último mes.

En relación con la edad, los consumos en el último año y en el último mes se producen más frecuentemente en las edades más jóvenes: 14-19 años para las drogas de síntesis, alucinógenos y anfetaminas; y 20-29 años para la cocaína y los tranquilizantes. Con respecto al género, existe un predominio masculino en estas frecuencias de consumo, si bien es cierto que las diferencias han disminuido para la mayor parte de las drogas, salvo para el consumo de cocaína donde se mantienen unas diferencias significativas.

Respecto a la continuidad en el consumo de las diferentes drogas ilegales en la población general, hay que señalar que entre un 50% (drogas de síntesis, cocaína y tranquilizantes) y un 20% (alucinógenos y anfetaminas) de aquellos que refieren haberlas consumido alguna vez en la vida siguen consumiéndolas en el último año, y entre un 23% y un 9% en el último mes. Por tanto, las drogas ilegales (cánnabis excluido) que presentan una mayor continuidad en los consumos en la población general son los tranquilizantes, las drogas de síntesis y la cocaína.

Cuando el análisis de la continuidad en el consumo se realiza en la población de estudiantes, los porcentajes son todavía mayores. Entre los consumidores alguna vez en la vida de cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis, continúan consumiéndolas en el último año el 81%, el 72% y el 67%, respectivamente, mientras que en el último mes persisten en su consumo el 42%, 29% y 28,5%.

La evolución en el consumo de alucinógenos y drogas psicoestimulantes en los estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León es mala, mientras que el consumo de tranquilizantes, heroína y sustancias volátiles ha descendido tanto desde 1994 como en los dos últimos años. El consumo de cocaína es el que más ha aumentado: el 4,7% de los estudiantes reconoce haberla consumido en el último año y en el 2,7% en el último mes, aunque ambos porcentajes siguen siendo inferiores a la media nacional. De forma similar, pero con menor intensidad, se ha producido un aumento en el consumo de speed-anfetaminas y alucinógenos, lo que ha ocasionado que las prevalencias de la Comunidad superen los promedios nacionales. Así, el 5,9% de los estudiantes ha consumido speed-anfetaminas en el último año y el 3,3% en el último mes, mientras que han consumido alucinógenos en el último año el 4% de los encuestados y el 1,8% en el último mes. Un aumento significativo, aunque más moderado, también se detecta en el consumo de drogas de síntesis: las han consumido en el último año el 3,3% de los estudiantes y el 1,8% en el último mes.

Los consumos de drogas ilegales entre los adolescentes, como ocurre con las bebidas alcohólicas, el tabaco y el cánnabis, aumentan de forma significativa con la edad, y en mayor medida cuanto más frecuentes son los consumos. De la misma forma, el consumo es mayor en los chicos que en las chicas, aumentando las diferencias a medida que los consumos son más habituales.

4.3. Disponibilidad percibida.

En la población general se produce un ligero descenso en la accesibilidad percibida de los opiáceos, drogas de síntesis y los alucinógenos, existiendo diferencias significativas por género, de forma que la disponibilidad percibida es mayor en los hombres que en las mujeres. En el caso de la cocaína se produce un aumento importante de doce puntos porcentuales respecto a los datos del año 2000, siendo el porcentaje de población que refiere que es fácil o relativamente fácil conseguirla del 63,7%, no apreciándose para esta droga diferencias significativas por género.

En la población de estudiantes los datos de disponibilidad percibida son peores y evolucionan peor que en el conjunto de la población. Entre un 45% (sustancias volátiles) y un 25% (opiáceos) de los adolescentes consideran que acceder a las drogas ilegales es fácil o muy fácil. Es importante destacar que la disponibilidad percibida ha aumentado considerablemente entre los años 2000 y 2002, especialmente la referida a las drogas psicoestimulantes (drogas de síntesis, anfetaminas y cocaína).

4.4. Consecuencias negativas del consumo.

Dentro de las consecuencias negativas asociadas al consumo de drogas ilegales se pueden distinguir, por un lado, las derivadas de los consumos experimentales u ocasionales y, por otro, las derivadas de la dependencia. Estas últimas se desarrollan de forma específica en la evaluación del IV Plan Regional sobre Drogas.

Un indicador sensible a las consecuencias negativas ocasionadas por el consumo de drogas son las urgencias hospitalarias. En este aspecto, se detecta una ligera tendencia ascendente en el número de urgencias relacionadas con el consumo de drogas ilegales según los datos de SAITCyL. En relación con el género, alrededor del 70% de las urgencias se producen en hombres y el 30% restante en las mujeres. La droga que sigue originando más con-

sultas a los servicios de urgencias es la heroína, seguida por los hipnóticos y sedantes y, en tercer lugar, por la cocaína.

Otros de los problemas asociados al abuso de drogas son los accidentes de tráfico. En 2003 se tiene constancia de que en un 9,3% de los accidentes mortales de circulación producidos en Castilla y León los conductores habían consumido drogas ilegales y en un 3,9% fármacos.

En la población de estudiantes, la droga ilegal que ocasiona más problemas reconocidos es el éxtasis, hasta el punto de que el 62% admite haberlos experimentado a lo largo de la vida como consecuencia de su consumo. Las consecuencias negativas más importantes son: problemas para dormir (30%), riñas o peleas (23,2%), irritabilidad (20,9%), problemas económicos (16,1%) y problemas de carácter académico (13,3%).

En el caso de la cocaína, el 36% de los estudiantes consumidores refiere haber tenido problemas alguna vez en su vida. La principal dificultad son los problemas para dormir (22,6%), en mayor medida en las mujeres (34,7%) que en los hombres (18,1%). En las chicas otro problema de cierta importancia es la irritabilidad, a la que se refieren el 12,6% de las consumidoras encuestadas. Otros problemas señalados por menos del 4% de los consumidores encuestados son: riñas y discusiones, problemas académicos y problemas con las fuerzas de seguridad.

En ambas drogas las mujeres presentan, por lo general, unas cifras superiores a las de sus compañeros varones en la mayoría de los problemas reconocidos.

4.5. *Motivos para consumir y no consumir cocaína y drogas de síntesis.*

En la población de estudiantes los principales motivos para consumir cocaína y drogas de síntesis son similares para ambos sexos y fundamentalmente son tres: «para buscar nuevas sensaciones» (50,5% de los consumidores de cocaína y 28,1% de los consumidores de drogas de síntesis), «para divertirse» (36,1% de los consumidores de cocaína y 38,7% de los consumidores de drogas de síntesis), y «para bailar» (38,7% de los consumidores de drogas de síntesis y 21,7% de los consumidores de cocaína).

Por el contrario, los motivos que llevan a los adolescentes a no consumir drogas ilegales son fundamentalmente de dos tipos. En primer lugar, por sus consecuencias: «por los perjuicios que ocasionan a la salud física y mental» (56,3%) y «por los problemas personales, familiares, laborales o escolares que se derivan de su consumo» (18,6%) y, en segundo lugar, porque los estudiantes se sienten bien y no les hace falta consumirlas (49,4%). Con un peso relativo menor, se citan otros dos motivos: «por tener un ocio distinto y alternativo al consumo de drogas» (25,8%) y «por convicciones de orden moral» (19,0%). Destaca la poca importancia que conceden los estudiantes para no consumir drogas ilegales al rechazo de los padres y de otros familiares (7,8%).

4.6. *Conclusiones:*

- La percepción del riesgo asociada al consumo de drogas ilegales es alta, aunque ha disminuido en la población de estudiantes. Un dato positivo es el aumento registrado en la percepción del riesgo asociada al consumo ocasional de drogas de síntesis.
- Salvo en el caso de los opiáceos, los niveles consumo del resto de las drogas ilegales son notablemente más altos en la población de estudiantes que en población general, además, en los estudiantes, la evolución del consumo de drogas psicoestimulantes y de alucinógenos ha sido peor que en la población general.
- En ambos grupos de población suben los consumos de cocaína y alucinógenos, bajan los consumos de opiáceos y se mantienen estables los consumos de sustancias volátiles. La evolución de los consumos es dispar en el caso de las anfetaminas y de las drogas de síntesis, que suben en los estudiantes y bajan en la población general; y en el caso de los tranquilizantes, que suben en la población general y bajan en la población de estudiantes.
- Las edades de inicio en el consumo de los adolescentes se mantienen en torno a los 16 años.
- La disponibilidad percibida es más alta y evoluciona peor en la población de estudiantes que en la población general. En ambos grupos de población ha aumentado la proporción de encuestados que considera que acceder a la cocaína es fácil o muy fácil, a lo que hay que añadir que este indicador también ha empeorado en los estudiantes para los otros dos grupos de drogas psicoestimulantes (éxtasis y speed/anfetaminas).

- Más de un tercio de los adolescentes que han consumido drogas ilegales admite haber experimentado a lo largo de la vida algún tipo de problema por dicho consumo.
- El consumo de drogas ilegales en los adolescentes se relaciona principalmente con motivaciones como la diversión y la búsqueda de nuevas sensaciones.

5.- POLICONSUMO.

Un fenómeno creciente y de importantes repercusiones sobre los usuarios de drogas, tanto drogodependientes como de la población general y de estudiantes de 14 a 18 años, es el policonsumo de sustancias psicoactivas.

En la población general, considerando los consumidores diarios de tabaco, los bebedores semanales de alcohol y los consumidores de drogas ilegales en el último mes, son policonsumidores de drogas el 25,3% de los encuestados. Entre los consumidores de múltiples drogas, la asociación más frecuente es la constituida por el tabaco, las bebidas alcohólicas y el cannabis. La mayor proporción de policonsumidores se da entre los usuarios habituales de drogas psicoestimulantes, seguida de los consumidores habituales de cannabis, de los fumadores diarios y de los consumidores semanales de alcohol, que es el subgrupo de población en el que aparecen menos consumos asociados de otras drogas.

Entre los estudiantes de Castilla y León que consumen drogas en el último mes, un 23,5% admite que es policonsumidor de drogas. En este grupo, el consumo múltiple está directamente relacionado con la frecuencia de uso, cuanto más habitual es mucho mayor es la proporción de policonsumidores. En los estudiantes también se constatan dos fenómenos observados en la población general. El primero es que la asociación más frecuente es el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis. El segundo es que el impacto del consumo habitual de unas drogas es mayor que el de otras sobre el policonsumo, mostrándose en ambos grupos de población el mismo patrón de influencia. Así, en la población de estudiantes el impacto del tabaco es mayor que el de las bebidas alcohólicas, el del cannabis es mayor que el de las drogas legales y el de las drogas psicoestimulantes (cocaína, éxtasis y anfetaminas) es mucho mayor que el de todas las anteriores. Resultado de este impacto diferencial es que las cifras más altas de consumo asociado y habitual de drogas se dan entre los estudiantes que refieren consumir drogas de síntesis o cocaína en el último año.

6.- CARACTERÍSTICAS DE LOS DROGODEPENDIENTES EN TRATAMIENTO.

Para analizar el problema del consumo de drogas ilegales otro aspecto fundamental es valorar la situación, los perfiles y las pautas de consumo entre los drogodependientes en tratamiento. Parte de la información disponible se describe aquí y otra parte en la evaluación del IV Plan, por lo que para tener una visión completa de las características de los drogodependientes hay que realizar una lectura conjunta de este punto y del capítulo siguiente.

Como datos más significativos se pueden señalar los siguientes:

1. La población drogodependiente que se encuentra en tratamiento ha envejecido progresivamente debido a la cronificación de su dependencia. La edad media de los pacientes admitidos a tratamiento ambulatorio ha pasado de 30,5 años en 1998 a 31,9 años en 2003 y la antigüedad media de consumo de 9,5 años a 12,2 años en ese mismo período de tiempo. Este fenómeno también se constata en otro tipo de recursos asistenciales no ambulatorios como es el caso de las unidades de desintoxicación hospitalaria y de las comunidades terapéuticas.
2. El peso de la heroína desciende paulatinamente como droga principal en las admisiones a tratamiento, pasando de representar el 89,4% en 1998 al 56,1% en 2003. De forma paralela se está produciendo un progresivo aumento en el número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína, hasta el punto de que su peso se ha multiplicado por cuatro entre los años 1998 y 2003, representando en este último año el 28,5% del total de las admisiones.
3. Se mantiene el importante predominio masculino en la población drogodependiente, tanto en los pacientes admitidos a tratamiento como en los consumidores de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona; en ambos casos la relación hombre - mujer es de 5 a 1.
4. Un número considerable de drogodependientes que se encuentra en tratamiento tiene causas pendientes con la Justicia. En 2003, esta proporción oscila entre el 20,9% en los centros de día y el 31,9% en las comunidades terapéuticas. Un dato significativo es que cada año un número aproximado de 600 drogodependientes se beneficia de medidas alternativas a la privación de libertad. Entre estas medidas, las más utilizadas son la suspensión de la

pena, especialmente en centros específicos de tratamiento ambulatorio; la sustitución de la pena, fundamentalmente en comunidades terapéuticas; y el tercer grado penitenciario, también mayoritariamente en centros residenciales.

5. Por lo que respecta a la situación laboral, y a pesar de que la evolución ha sido positiva en los últimos cuatro años, pasando de una tasa de desempleo en los admitidos a tratamiento del 52,3% en 2000 al 40,5% en 2003, la proporción de parados sigue siendo elevada. Las cifras anteriores ponen de manifiesto que el grado de desestructuración social de los drogodependientes está disminuyendo debido a que los consumos en la actualidad no están tan asociados a la marginalidad cómo ocurrió en la década de los ochenta y de los noventa, y a que las intervenciones globales con estas personas, en las que desde un inicio del proceso de rehabilitación se contempla la inserción laboral, han ido en aumento, se han diversificado y han obtenido unos resultados razonablemente buenos.

7. OTROS DATOS DE INTERÉS.

7.1. *Patrones de ocio.*

Según los datos de la encuesta escolar, una amplia mayoría de los adolescentes de Castilla y León acude los fines de semana a lugares en los que la probabilidad de fumar, consumir bebidas alcohólicas y otras drogas es alta: un 81,6% va a bares y discotecas y un 68,7% va a fiestas. En el lado positivo, hay que destacar que un número importante de estudiantes ocupa su tiempo libre en actividades de menor riesgo: ir al cine o al teatro (67,5%), practicar algún deporte (48,5%) o realizar alguna actividad artística o cultural (21,2%).

Por las noches, la falta de alternativas hace que una amplia mayoría de los adolescentes de la Comunidad acudan a lugares en los que la probabilidad de consumir drogas es elevada, como por ejemplo, discotecas (55,2%) o bares y pubs (65,1%).

La mayor parte de ellos –seis de cada diez– sale por las noches con una frecuencia igual o superior a una vez por semana y cuando salen, la mitad regresa a casa después de las dos de la madrugada y tan sólo un 16,6% antes de la medianoche, aumentando así, como se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios, la probabilidad de consumir drogas.

7.2. *Valoración de posibles actuaciones para hacer frente al problema del abuso de drogas.*

Otro dato de interés es la valoración que la población hace sobre las posibles intervenciones que se pueden impulsar por parte de las Administraciones Públicas para la prevención del consumo de drogas y el tratamiento de los drogodependientes.

De entre las diferentes opciones planteadas, las que son valoradas en mayor medida como muy importantes por la población general encuestada son las siguientes:

De forma prioritaria, la formación de los padres para prevenir el consumo de drogas en sus hijos (78,1%), seguida muy de cerca por la educación sobre las drogas en las escuelas (77,1%) y por el tratamiento voluntario de los drogodependientes para abandonar el consumo de drogas (70,9%). También reciben un importante respaldo la creación de consultas especializadas para los fumadores y para las personas que abusan del alcohol (68%), las campañas publicitarias sobre los riesgos de las drogas (67,7%), la asistencia a fumadores y pacientes que abusan del alcohol en los centros de salud (67,7%) y el cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol y tabaco (67,2%).

Hay que reseñar, por último, que una tercera parte de los encuestados considera que la legalización del cannabis puede ser una buena medida para resolver el problema de las drogas, cifra muy similar a la registrada en el año 2000 (33,3%) y próxima a la proporción de personas que admiten haber consumido cannabis alguna vez en la vida (34,6%).

CAPÍTULO II

Evaluación del IV Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León

Uno de los aspectos más importantes en el proceso de planificación es la evaluación de los objetivos planteados. La evaluación permite valorar la efectividad de las acciones realizadas y suprimir o modificar aquellas que no hayan tenido los resultados esperados, planteando nuevas actuaciones en el futuro basadas en la experiencia acumulada. Por otro lado, a la hora de evaluar las intervenciones en el campo de las drogodependencias, es importante tener en cuenta que el consumo de drogas es un fenómeno dinámico, en una evolución constante y con cierto carácter cíclico.

En el IV Plan sobre Drogas de Castilla y León, se planteaban objetivos en tres grandes áreas:

- Objetivos de mejora de la salud.
- Objetivos de reducción de los riesgos.
- Objetivos de mejora de programas y servicios.

Para cada uno de los objetivos se han seleccionado indicadores cuantificables, lo que permite valorar su grado de consecución. En la evaluación del IV Plan se han utilizado los últimos datos disponibles, realizándose un análisis de la evolución de los indicadores lo más próxima posible al año 2004.

De los 22 objetivos establecidos se han podido valorar totalmente y con calidad 17, de forma parcial 3, y 2 no se han evaluado. Las razones por las que los objetivos de mortalidad y morbilidad por consumo de bebidas alcohólicas y tabaco no se han evaluado son dos: por un lado, su cumplimiento se situó en 2010 para la mortalidad y en 2005 para la morbilidad; por otro lado, los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística en el momento de realizar la evaluación eran los del año 2001, primer año de vigencia del IV Plan y muy lejos del horizonte temporal previsto en la formulación de ambos objetivos.

De los 20 objetivos evaluados, se han alcanzado totalmente 7 (35%); se han conseguido en gran medida 5 (25%); se han alcanzado parcialmente, avanzándose en su consecución 5 (25%) y no se han alcanzado 3 (15%). Por lo que respecta a los 45 indicadores seleccionados, se han analizado 37, uno está pendiente de que estén disponibles los datos de la encuesta nacional de consumidores de heroína y cocaína en tratamiento, cuatro corresponden a los objetivos de morbimortalidad y otros 3 no se han podido valorar por no disponer de fuentes de información adecuadas. De los 37 indicadores analizados, se ha alcanzado totalmente la previsión de los objetivos en el 54% de ellos, se ha alcanzado parcialmente en el 27% y no se ha alcanzado lo previsto en el objetivo en el 19% restante.

Objetivos de mejora de la salud.

En 2004, la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en el grupo de 15 a 39 años no superará la tasa de 6 por 100.000 habitantes y la mortalidad por SIDA en personas cuyo comportamiento de riesgo de transmisión es el consumo de drogas por vía inyectada no superará la tasa de 2,5 por 100.000 habitantes en ese mismo grupo de edad.

1.– *Tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en la población de 15 a 39 años.*

Este indicador, que se monitoriza a través del SAITCyL (Sistema Automático de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León), ha registrado un descenso en la mortalidad en la provincia de Valladolid del 53,3%, pasando de una tasa de 6,66 por 100.000 habitantes en el año 2000 a 3,11 en el año 2003.

Si se analiza la evolución del número total de fallecidos, la tendencia también es descendente. En 2000 el número de muertes registradas en Castilla y León fueron 14, mientras que en 2003 se redujeron a 9. Si el análisis se realiza mediante la metodología propuesta por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), utilizando los datos de las Estadísticas de Mortalidad del INE, se observa también un descenso importante en los datos disponibles, pasando de una tasa de mortalidad de 3,2 por 100.000 habitantes en 1999 a una tasa de 1,7 en 2001.

Las drogas detectadas en los fallecidos son principalmente tres: opiáceos, benzodiacepinas y cocaína, encontrándose en muchas ocasiones restos de más de una sustancia. La mayor parte de las muertes se producen en varones, siendo excepcional que este tipo de mortalidad se produzca en mujeres consumidoras de drogas.

De los datos anteriores se desprende una evolución positiva del indicador, que tiene una relación directa con el tipo de sustancias consumidas y la vía de consumo utilizada, lo que sin duda plantea una mejora importante en relación con los años potenciales de vida perdidos que se producen por este tipo de muertes, ya que ocurren principalmente en población de menos de 39 años.

2.– *Muertes por SIDA en usuarios de drogas por vía parenteral en el rango de edad de 15 a 39 años.*

En relación con la mortalidad por SIDA en el rango de edad de 15 a 39 años, se ha realizado una estimación utilizando la misma metodología planteada por el Observatorio Español sobre Drogas (OED) y analizando los últimos datos disponibles de la Estadística de mortalidad (códigos CIE 10: I-006, I-007). Los datos señalan una evolución positiva en los últimos años. En 1999 la tasa de mortalidad fue de 3,8 por 100.000 habitantes, reduciéndose hasta una tasa de 2,9 en 2001. Este descenso hace pensar que en el resto

de los años de vigencia del IV Plan, debido al aumento de la supervivencia por los tratamientos antirretrovirales y a que los casos más graves ya han muerto, siga la tendencia descendente hasta alcanzar la tasa prevista en el objetivo.

En 2004 habrán disminuido significativamente las enfermedades asociadas más relevantes que afectan a los drogodependientes, entre ellas las infecciones por VIH, SIDA, hepatitis y tuberculosis.

Uno de los objetivos planteados en el IV Plan Regional sobre Drogas era mejorar los niveles de salud de la población drogodependiente mediante la reducción de la prevalencia e incidencia de las principales enfermedades infecciosas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, principalmente por vía inyectada.

1.- Prevalencia de la infección por VIH en toxicómanos que son admitidos a tratamiento o inician tratamiento por primera vez.

Es relevante destacar que este indicador valora de forma indirecta dos aspectos: por un lado, las conductas de riesgo en usuarios de drogas y, por otro, las intervenciones de reducción de los daños que se realizan con este colectivo (intercambio de jeringuillas, vacunaciones, talleres de sexo seguro).

Los datos sobre prevalencia de VIH en toxicómanos admitidos a tratamiento son alentadores, ya que según el informe 2003 del SAITCyL se ha producido un descenso significativo, pasando de un 19% en los admitidos a tratamiento en 2000 a un 12% en 2003. Si el análisis se realiza sobre aquellos que inician tratamiento por primera vez, se produce un descenso de 5 puntos porcentuales en relación con 2000, representando en 2003 el 4,3% de los pacientes en tratamiento. Estos datos muestran como está cambiando la vía de consumo y las prácticas de riesgo en la población drogodependiente.

2.- Incidencia estimada de casos de SIDA en drogodependientes.

La evolución de este indicador también ha sido positiva, ya que se ha reducido la incidencia calculada sobre el total de drogodependientes admitidos a tratamiento, pasando de un 5,1% en 2000 a un 2,9% en 2003. De igual forma se produce un descenso cuando el cálculo se hace sobre la estimación del número total de drogodependientes (valorándola como el doble de las admisiones a tratamiento), pasando de un 2,6% en 2000 a un 1,5% en 2003.

3.- Prevalencia de hepatitis y tuberculosis en drogodependientes.

Para este indicador se analizan los datos que se obtienen de los pacientes que se encuentran en tratamiento con sustitutos opiáceos. En este colectivo aumenta la prevalencia de casos con algún tipo de hepatitis entre los años 2000 (56,3%) y 2002 (63,1%). Sin embargo, cuando el análisis se realiza por tipo de hepatitis, se observa una evolución favorable tanto en la hepatitis B como en la C.

En el caso de la hepatitis B, se ha pasado de un 26,0% en 2000 a un 20,6% en 2002. La cifra puede ser aún menor en 2003 si se tienen en cuenta los datos del SAITCyL de ese año, que indican una prevalencia del 14,5% para todas las admisiones a tratamiento y de un 6,2% para los casos que inician tratamiento por primera vez.

Por lo que se refiere a la hepatitis C, los datos son también favorables en los pacientes que se encuentran en tratamiento con metadona, pasando de una prevalencia del 48,5% en 2000 al 42,7% en 2002. Considerando el conjunto de la población drogodependiente y los datos del SAITCyL del año 2003, la prevalencia de la hepatitis C en pacientes que inician tratamiento por primera vez se sitúa en el 8,2%, cifra muy inferior, como se puede comprobar, a la registrada en los pacientes crónicos que se encuentran en tratamiento con metadona.

Se debe interpretar con cautela la evolución positiva en ambos tipos de hepatitis y vigilar el comportamiento de la infección en los próximos años para evitar sacar conclusiones apresuradas. Hay que tener en cuenta que el porcentaje de hepatitis no filiadas en los drogodependientes en tratamiento con metadona ha pasado de un 3,4% en 2000 a un 16,7% en 2002, pudiendo pertenecer muchas de ellas a los tipos B y C.

No obstante, la evolución positiva en las hepatitis B y C cabe atribuir la al abandono de la vía intravenosa para consumir drogas y a los programas de reducción de los daños que promueven el uso individual y por una sola vez de material estéril de inyección, a lo que hay que añadir, en el caso de la hepatitis B, la vacunación sistemática frente al virus que se realiza en los centros específicos de asistencia a drogodependientes.

En relación con la tuberculosis en los pacientes en tratamiento con sustitutos opiáceos, los datos no son positivos habida cuenta que la prevalencia ha pasado de un 3% en 2000 a un 3,7% en 2002. A pesar de ello, un dato

positivo es que la prevalencia de la tuberculosis en los pacientes drogodependientes que son admitidos a tratamiento por primera vez —no sólo con metadona— se sitúa en el 0,5% en 2003.

En 2004, disminuirán en un 15% los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.

1.- Número de accidentes mortales de tráfico relacionados con el alcohol.

Para valorar este indicador se utiliza como fuente de información el estudio anual que realiza el Instituto Nacional de Toxicología sobre la presencia de sustancias psicoactivas en una muestra de conductores fallecidos en accidentes de tráfico. Es significativo que en la muestra de Castilla y León estudiada en 2003 las mujeres representaran el 10,3% de todas las muertes producidas por accidentes de tráfico, cuando en 2000 representaban el 5,1%. Este aumento en la mortalidad femenina se debe principalmente a las mujeres con edades comprendidas entre los 21 y 30 años y entre los 41 y 50 años. Considerando la totalidad de los fallecidos, los rangos de edad más representados son los de 21-30 años y 31-40 años, manteniéndose este predominio en el período comprendido entre 2000 y 2003. Otro dato de interés es el aumento progresivo que se viene detectando en los accidentes mortales que ocurren en fin de semana, que han pasado del 46,9% en 2000 a un 50,9% en 2003, debido principalmente al incremento de los accidentes mortales producidos en conductores de 21 a 30 años y de 31 a 40 años.

Analizando los datos correspondientes a Castilla y León, se observa que la evolución de las muertes por accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de alcohol es positiva entre 2000 y 2003. En el año 2000, la proporción de conductores fallecidos en los que se detectó la presencia de alcohol en sangre se situó en el 35,6%, mientras que en 2003 fue del 33,3%, lo que supone una reducción del 6,5%. La inmensa mayoría de las alcoholemias positivas se detectan en hombres, aumentando este porcentaje de un 95,7% en 2000 al 100% en 2003.

2.- Porcentaje de alcoholemias positivas en víctimas de accidentes de tráfico.

Las alcoholemias positivas en conductores que han sido víctimas de un accidente de circulación se han reducido en un 30,5% en los controles realizados por la Dirección General de Tráfico entre los años 2000 y 2003. Este indicador ha pasado de un 5,9% en 2000 a un 4,1% en 2003, siendo una evolución muy positiva que supera con creces lo establecido en el objetivo.

Objetivos de reducción de los riesgos.

En 2004, el consumo perjudicial y problemático de bebidas alcohólicas habrá disminuido en un 10%.

1.- Prevalencia del consumo perjudicial de alcohol.

El consumo perjudicial de alcohol se define como un consumo igual o superior a 36 unidades de bebidas estándar (UBES) por semana para las mujeres y 51 UBES por semana para los hombres. En la encuesta 2004 a la población general de Castilla y León, se detecta una evolución positiva que permite lograr el objetivo planteado. Considerando a la población en su conjunto, se ha pasado de una prevalencia del 6% en 2000 al 3,6% en 2004. Es preciso matizar, no obstante, que hay importantes diferencias en la evolución en función género. De hecho el principal descenso se ha producido en las mujeres, en las que la prevalencia se ha reducido un 50%, pasando de un 8,2% en 2000 a un 4,1% en 2004. En los hombres el descenso ha sido menor, pasando de una prevalencia del 3,9% en 2000 al 3,2% en 2004.

2.- Prevalencia de consumo problemático de alcohol.

El consumo problemático de bebidas alcohólicas se mide a través del test CAGE, considerando como tal las puntuaciones mayores o iguales a 2. Este indicador ha tenido también una evolución positiva en la población general, pasando de un 8,2% en 2000 a un 7,2% en 2004, lo que permite alcanzar el objetivo planteado. Como en el caso anterior, la reducción se debe sobre todo a las mujeres, en las que se registró un descenso del 19,7% (7,1% en 2000; 5,8% en 2004). En los hombres en cambio, la reducción ha sido del 5,4% (9,3% en 2000; 8,8% en 2004). Hay que significar que los rangos de edad donde más bebedores problemáticos se han encontrado han sido los de 14-19 años y 20-29 años, ambos con un 10% en 2004.

En 2004, el consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes durante los fines de semana habrá disminuido en un 10%, prestándose una especial atención a frenar la tendencia expansiva entre las mujeres jóvenes.

1.- Consumo medio, alto y excesivo de alcohol en jóvenes durante los fines de semana.

En la encuesta a la población general de Castilla y León se detecta un descenso del 24% en el consumo medio de alcohol durante el fin de semana en adolescentes y jóvenes de 14 a 29 años entre los años 2000 y 2004.

Los adolescentes registran en la actualidad un consumo medio de alcohol absoluto los fines de semana de 50,7 grs./día y los jóvenes de 20 a 29 años de 48,3 grs./día, cuando estos consumos eran, respectivamente, de 66,7 grs./día y 63,6 grs./día en 2000. La evolución en las mujeres es sensiblemente mejor que en los hombres. Las adolescentes reducen su consumo medio en un 26,2%, mientras que los chicos lo hacen en un 22,6%. En edades jóvenes se mantiene la misma tendencia: las mujeres de 20 a 29 años rebajan su consumo medio un 31,3% y los varones de la misma edad en un 20,9%.

Por lo se refiere a la proporción de consumidores altos o perjudiciales de alcohol durante el fin de semana (56 o más UBES a la semana en hombres y 36 o más UBES a la semana en mujeres), la evolución es igualmente positiva. En los adolescentes el descenso entre 2000 y 2004 ha sido del 19%, teniendo en cuenta que la prevalencia era del 21,6% en 2000 y del 17,5% en 2004. La reducción es todavía mayor en los jóvenes de 20 a 29 años (-50%), donde la prevalencia de consumidores altos ha pasado del 25,2% en 2000 al 12,6% en 2004. Esta misma evolución se observa al considerar los bebedores excesivos de fin de semana (>80 grs. de alcohol absoluto al día), donde el descenso de la prevalencia ha sido del 24% en los adolescentes (13,7% en 2000; 10,4% en 2004) y del 46% en jóvenes de 20 a 29 años (16,3% en 2000; 8,8% en 2004).

En 2004, la prevalencia de fumadores diarios se habrá reducido en un 10%.

1.- Prevalencia de fumadores diarios.

Según la encuesta a la población general de Castilla y León, la proporción de fumadores diarios aumenta ligeramente, pasando de un 35,2% en 2000 a un 36,1% en 2004, modificándose así la tendencia descendente de los últimos quince años.

En el rango de edad de 14 a 19 años, el incremento de la prevalencia ha sido de 6 puntos porcentuales en relación con el año 2000, situándose en la actualidad en el 39,3%. No obstante, la mayor proporción de fumadores diarios se sigue encontrando en edades adultas: 40-49 años (42,9%) y 30-39 años (42,4%), elevándose los rangos de edad en relación con los datos del año 2000, lo que indica que la cohorte principal de fumadores diarios va envejeciendo.

El hábito de fumar sigue presentando diferencias en función del género, siendo más frecuente en los hombres (38,8%) que en las mujeres (33,2%). Hay que matizar, no obstante, que este predominio se invierte en la población más joven, en la que las mujeres fumadoras de 14 a 19 años representan el 42,6% por el 36% de los hombres de esa misma edad, manteniéndose así el patrón detectado ya en encuestas anteriores. En 2004, a diferencia de lo observado en la encuesta de 2000, la proporción de fumadores diarios es ligeramente inferior en las de mujeres de 20-29 años (36,8%) que en los hombres de esa misma edad (38,3%).

2.- Prevalencia de grandes fumadores.

Asimismo, la evolución del porcentaje de grandes fumadores (20 cigarrillos o más al día) en la población general ha sido negativa, aumentando de un 12,1% en 2000 a un 14,5% en 2004. Estos fumadores son en mayor medida hombres (18,5%) que mujeres (10,4%) y adultos de 30 a 49 años, aunque es importante destacar el aumento de grandes fumadores en el rango de edad de 14 a 19 años, que han pasado de un 5,8% en 2000 a un 8,6% en 2004.

En 2004, el consumo regular de drogas ilegales y la incorporación de nuevos consumidores menores de 18 años habrá disminuido en un 10%.

1.- Prevalencia de consumidores regulares de drogas ilegales en la población general.

El consumo regular de drogas ilegales, entendiendo como tal el que se ha producido en los últimos 12 meses, ha evolucionado de modo dispar en la población general de Castilla y León en los últimos cuatro años. Han evolucionado negativamente los consumos regulares de alucinógenos con un incremento del 43%, cocaína del 38%, cannabis del 27% y consumo no médico de tranquilizantes con un aumento del 13%, mientras que han evolucionado positivamente los consumos regulares de drogas de síntesis con un descenso del 46%, heroína del 33%, anfetaminas del 22% y sustancias volátiles del 11%.

2.- Incorporación de nuevos consumidores de drogas ilegales durante la adolescencia.

La evolución del consumo de las principales drogas ilegales en el grupo de edad de 14 a 19 años ha sido muy negativa entre los años 2000 y 2004, de lo que se deduce que se ha producido una importante incorporación de nuevos consumidores de este tipo de sustancias en los últimos cuatro años.

Los consumidores de cannabis alguna vez en la vida han pasado de un 33% en 2000 a un 53,4% en 2004; en el último año, de un 21,2% en 2000 a un 42,3% en 2004; y en el último mes, de un 10,2% en 2000 a un 17,6% en 2004. Peor ha sido la evolución de los consumidores de cocaína y de anfetaminas. Los consumidores de cocaína alguna vez en la vida han pasado de un 3,6% en 2000 a un 9,5% en 2004; los consumidores en el último año, de un 2% en 2000 a un 5,4% en 2004; y los consumidores en el último mes, de un 0,7% en 2000 a un 2,3% en 2004. Por lo que respecta a las anfetaminas, los consumidores experimentales han pasado del 1,7% en 2000 al 3,2% en 2004; los consumidores en el último año, de un 0,6% en 2000 a un 2,7% en 2004; y los consumidores en el último mes, de un 0,6% en 2000 a un 2,3% en 2004. Sólo en el caso de las drogas de síntesis se aprecia una evolución ligeramente positiva: los consumidores experimentales pasan del 11,8% en 2000 al 11,3% en 2004; los consumidores en el último año crecen del 7,8% en 2000 al 8,5% en 2004; y los consumidores en el último mes, pasan del 5,2% en 2000 al 4,5% en 2004.

Esta evolución determina que en la actualidad los adolescentes de 14 a 19 años sean el grupo de edad en el que se detecta una mayor proporción de consumidores de cannabis, drogas de síntesis, alucinógenos y de consumidores en el último año y último mes de anfetaminas y alguna vez en la vida de sustancias volátiles.

En 2004, la exposición habitual de los niños y adolescentes a modelos consumidores de alcohol y tabaco de su entorno más cercano habrá disminuido en un 10%.

1.- Consumo de alcohol y tabaco en los hogares donde conviven menores.

Numerosos estudios ponen de manifiesto que los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco de los padres influyen en las conductas de consumo de sus hijos, detectándose en los hogares donde el padre o la madre fuma o consume bebidas alcohólicas unos mayores porcentajes de consumo de estas drogas en los hijos.

Los datos de la encuesta escolar sobre drogas del año 2002 muestran una evolución diferente de este indicador según se trate del tabaco o de las bebidas alcohólicas. En el primer caso, la proporción de adolescentes que conviven con padres/madres fumadores se ha elevado un 7,2% respecto a los datos de 2000. En 2002, el 70,4% de los adolescentes que fuman tabaco convive con padres que también fuman, mientras que el 46,5% de los adolescentes que viven con padres fumadores declaran que no fuman. La evolución ha sido positiva en el caso del alcohol, la proporción de adolescentes que refieren que sus padres son consumidores de bebidas alcohólicas ha descendido en un 4,6%, hasta situarse en el 68,2% de la totalidad de los estudiantes encuestados. Evolución positiva que, no obstante, es insuficiente para alcanzar el objetivo planteado.

2.- Proporción de adolescentes que perciben que sus amigos o compañeros fuman tabaco o consumen bebidas alcohólicas.

Una alta proporción de los estudiantes de 14 a 18 años considera que todos o la mayoría de sus amigos o compañeros consume alcohol y tabaco, detectándose un importante aumento respecto a la situación de 2000.

En el caso de las bebidas alcohólicas, el 66,6% de los estudiantes encuestados en 2002 creen que todos o la mayoría de sus amigos o compañeros las han consumido, frente al 57,3% que opinaba de esa forma en el año 2000. Este aumento es proporcionalmente mayor cuando se les pregunta sobre si sus amigos o compañeros se han emborrachado: el 19,3% manifestaba en 2000 que todos o la mayoría lo habían hecho, mientras que dos años después lo hacía el 27,4%.

Cuando la pregunta se refiere al hecho de fumar tabaco, la evolución tampoco ha sido positiva, pasando de un 48,3% en 2000 a un 51,1% en 2002.

En 2004, la edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco en la población juvenil se habrá retrasado en 6 meses.

Los últimos datos disponibles de la encuesta escolar sobre drogas muestran una evolución positiva de las edades de inicio en el consumo de alcohol y tabaco, aunque insuficiente para alcanzar el objetivo planteado.

En el caso del tabaco, la edad de primer contacto ha pasado de 12,8 años en 2000 a 13,1 años en 2002, y la edad de inicio en el hábito de fumar a diario de 14,3 años en 2000 a 14,6 años en 2002. Por lo que respecta a las bebidas alcohólicas, la edad de primer contacto ha pasado de los 13,4 años en 2000 a los 13,5 años en 2002, y la edad de inicio en el consumo semanal de 14,8 años en 2000 a 15 años en 2002.

En 2004, se habrá reducido en un 20% el consumo de drogas por vía inyectada, así como la reutilización de jeringuillas y la práctica de compartir utensilios de inyección.

Este objetivo sólo ha podido evaluarse parcialmente al no estar a tiempo disponibles los datos sobre reutilización de jeringuillas y la práctica de compartir utensilios de inyección en los usuarios de drogas de la Encuesta nacional a consumidores de heroína y cocaína en tratamiento realizada en el año 2003.

1.- Prevalencia de inyectores entre drogodependientes en tratamiento.

Para evaluar este indicador se utilizan los datos sobre admisiones a tratamiento del SAITCyL, valorando tanto la totalidad de las admisiones como las de los pacientes que inician tratamiento por primera vez. En ambos casos la evolución entre los años 2000 y 2003 ha sido muy positiva, reduciéndose en más de un 40% la utilización de esta vía de consumo y alcanzando así el objetivo propuesto. En 2003, la vía parenteral es utilizada por el 15,2% de todos los pacientes admitidos a tratamiento, con una reducción del 43,3% en relación con los datos del año 2000. En las admisiones a tratamiento por primera vez, la vía intravenosa es utilizada por un 5,9% de los casos registrados en 2003, lo que representa una reducción del 55,1% con respecto a la prevalencia del año 2000.

2.- Uso reciente (menos de 6 meses) de drogas por vía inyectada en los toxicómanos que acuden por primera vez a tratamiento ambulatorio.

Al analizar el uso reciente de drogas por vía inyectada en los pacientes que inician tratamiento por primera vez, la evolución refuerza los datos anteriores y el logro del objetivo, habiéndose producido una reducción del 59%, lo que sitúa la prevalencia en el 7,6% en 2003 frente al 18,5% del año 2000.

En 2004, el consumo de múltiples sustancias psicoactivas por parte de los drogodependientes habrá disminuido de forma apreciable.

1.- Prevalencia de consumo de tres o más sustancias entre los drogodependientes en tratamiento.

El cálculo de este indicador se realiza sobre todos los pacientes admitidos a tratamiento registrados por el SAITCyL, ya sea por abuso de bebidas alcohólicas o por dependencia de drogas no institucionalizadas. En el período comprendido entre los años 2000 y 2003, se observa una disminución de los patrones de consumo múltiple de drogas, que han pasado de una prevalencia del 26,6% en 2000 al 21,8% en 2003, lo que supone un apreciable descenso del 18% en la población de drogodependientes en tratamiento.

2.- Prevalencia de consumo asociado de heroína y cocaína entre los drogodependientes en tratamiento.

La evolución de este indicador también ha sido positiva, ya que la prevalencia de estos consumos asociados ha experimentado una reducción del 35% en los usuarios de drogas ilegales entre los años 2000 y 2003. Así, mientras que en el año 2000 el 47% de los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia de drogas ilegales consumía heroína y cocaína, en el año 2003, esta proporción era del 30,5%. Sin embargo, hay que matizar que en relación con los datos del año 2002 (29,2%) se produce un ligero repunte que puede estar indicando un cambio de tendencia. Si el análisis se hace sobre el total de las admisiones a tratamiento, incluidas las producidas por abuso de alcohol, el porcentaje desciende aún más y no se detecta la elevación del año 2003, pasando de un 37,4% en 2000 a un 20,4% en 2003.

3.- Prevalencia de otras asociaciones en el consumo de sustancias psicoactivas (heroína, cocaína y alcohol) que incrementan el riesgo para la salud.

Valorando la totalidad de las admisiones a tratamiento del SAITCyL, se obtienen las siguientes conclusiones:

- La evolución de la prevalencia del consumo asociado de cocaína y alcohol ha sido negativa, pasando de un 3,6% en 2000 a un 12,5% en 2003.
- La prevalencia del consumo asociado de cocaína, heroína y alcohol también tiene una evolución negativa, aumentando de un 4,8% en 2000 a un 8,2% en 2003.

Ambas tendencias muestran que el descenso detectado en los dos primeros apartados no es uniforme y que la combinación de heroína, cocaína y alcohol puede estar aumentando en cierto tipo de pacientes drogodependientes.

En 2004, la percepción del riesgo para la salud asociado a diferentes patrones de consumo de alcohol y tabaco habrá aumentado en un 10%.

1.- Porcentaje de la población que considera que el consumo regular de alcohol y tabaco supone un riesgo elevado o muy elevado para la salud.

La percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas alcohólicas los fines de semana y al consumo ocasional de tabaco, experimenta una evolución muy positiva entre los años 2000 y 2004 en la población general de Castilla y León. El riesgo percibido asociado al consumo de 5 ó 6 consumiciones los fines de semana, aumenta un 36%, pasando de un 45,2% de las personas encuestadas en 2000 a un 61,7% en el año 2004. Por lo que respecta a la evolución de la percepción del riesgo asociada al consumo ocasional de tabaco, la evolución es todavía mejor al crecer un 69% en los últimos cuatro años, pasando del 27,1% en 2000 al 45,8% en 2004. La percepción del riesgo asociada al consumo intenso y diario de alcohol (96,5% en 2000; 94% en 2004) y la asociada al hábito de fumar habitualmente (86,3% en 2000; 85,7% en 2004) es muy elevada en ambos casos y apenas experimenta variación. Tampoco experimenta una variación significativa el riesgo percibido por el consumo diario y moderado de alcohol (1 ó 2 consumiciones al día), que se mueve entre el 46% en 2000 y el 44% en 2004.

La percepción del riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres y está directamente relacionada con la edad, a mayor edad mayor percepción del riesgo.

En el caso de los estudiantes, la evolución de la percepción del riesgo se encuentra estabilizada en unos niveles más bajos que en la población general. En 2002 consideran que fumarse un paquete diario es bastante o muy arriesgado para la salud el 76% de los estudiantes encuestados (75,7% en 2000), el 34,6% considera que lo es tomar 5 ó 6 consumiciones de alcohol el fin de semana (39,4% en 2000) y el 42,4% que es un riesgo considerable para la salud tomar 1 ó 2 consumiciones de alcohol al día (41,1% en 2000).

En 2004, habrá disminuido considerablemente la proporción de drogodependientes con problemas judiciales o que se encuentren privados de libertad, así como la de aquellos que se vean afectados por severos problemas de exclusión social.

1.- Proporción de drogodependientes que se encuentran en tratamiento con causas judiciales pendientes.

Los datos de este indicador se obtienen de la información proporcionada por diferentes centros específicos de asistencia a drogodependientes (centros de día, comunidades terapéuticas y unidades de desintoxicación hospitalaria).

Si los datos se analizan de forma agrupada, el porcentaje medio de drogodependientes en tratamiento en estos dispositivos que tienen causas penales pendientes se ha reducido respecto a la situación inicial de 2000, pasando de una proporción del 31,6% de los casos atendidos en 2000 al 27,6% en 2003.

Si el análisis se realiza de forma independiente, el mayor descenso se produce en los centros de día, que pasan de atender a un 30,6% de drogodependientes con causas judiciales pendientes en 2000 a un 20,9% en 2003. En el caso de las comunidades terapéuticas la situación es más estable, pasando de un 33,9% en 2000 a un 31,9% en 2003. Por último, en el caso de las unidades de desintoxicación hospitalaria, hay que destacar que se ha producido un ligero aumento desde un 23,8% en 2000 a un 25,4% en 2003.

2.- Drogodependientes que se benefician de fórmulas alternativas a la privación de libertad.

El número de drogodependientes que se benefician de fórmulas alternativas a la privación de libertad ha aumentado proporcionalmente en los años de vigencia del IV Plan. El porcentaje de drogodependientes en tratamiento en centros específicos beneficiario de medidas alternativas a la privación de libertad era del 3,8% en 2000, incrementándose a partir de aquí progresivamente durante los años de vigencia del Plan: 4,8%, en 2001, 5,7% en 2002 y 5,9% en 2003.

Por lo que respecta a los cumplimiento alternativos más frecuentes en el año 2003 han sido los siguientes: libertad condicional (32,2%), suspensión de la pena (31,8%), sustitución de la pena (18,9%), y aplicación del tercer grado penitenciario (12,6%).

3.- Drogodependientes en situación severa de exclusión social.

Para valorar este indicador se recurre a las notificaciones de drogodependientes atendidos en centros de emergencia social; centros, que como es sabido, cubren las necesidades personales, sociales y sanitarias básicas de

los usuarios de drogas que se encuentran en situaciones extremas de exclusión social, realizando, la mayor parte de las veces, intervenciones de carácter inmediato y puntual. En este tipo de dispositivos el número de pacientes atendidos se ha reducido entre los años 2000 y 2003 en un 20,2%, pasando de atender a 929 casos en 2000 a 741 casos en 2003, a pesar de que este último año se abrió un nuevo centro de estas características en Burgos.

Objetivos de mejora de programas y servicios.

En 2004, la totalidad de los programas de prevención del consumo de drogas financiados por los Planes Locales y Regional sobre Drogas de Castilla y León deberán estar convenientemente acreditados.

Desde que en el año 2001 se crea la Comisión mixta de coordinación y cooperación con la Consejería de Educación para la prevención del consumo de drogas, se han acreditado tres programas de prevención escolar: *Discover*, *Construyendo Salud* y *La Aventura de la Vida*, por haber demostrado ser eficaces para potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo asociados al consumo de drogas en niños y adolescentes. Dentro de este contexto, se ha elaborado un modelo conjunto de prevención escolar que incluye la formación del profesorado a través de cursos homologados, la sensibilización de los centros educativos y el desarrollo y seguimiento de programas acreditados prevención escolar. De forma complementaria, en el año 2003 se ha creado en el seno de Red de Planes sobre Drogas un grupo de trabajo con las Entidades Locales para fomentar el citado modelo y para reforzar la coordinación de las diferentes Administraciones Públicas implicadas.

El modelo de prevención escolar plantea que la implantación de programas se realice directamente por el propio profesorado, ya que son ellos los más adecuados y los que están en mejores condiciones para prevenir el consumo de drogas en sus alumnos y para desarrollar en ellos habilidades de afrontamiento. Los programas acreditados de prevención escolar se dirigen prioritariamente al rango de edad de 10 a 16 años. La cobertura de estos programas ha aumentado progresivamente entre los años 2000 y 2004 mediante la aplicación en todos los casos de programas acreditados por las Consejerías de Educación y de Familia e Igualdad de Oportunidades. Hay que destacar que en los centros educativos de la Comunidad se aplican otros programas de base escolar, que sirven de apoyo y refuerzo a los programas acreditados, y que con esa finalidad han sido favorablemente informados por la Comisión mixta de coordinación y cooperación entre ambas Consejerías.

Asimismo, durante los años 2003 y 2004, en colaboración con los Planes Locales sobre Drogas y otras instituciones, se ha iniciado la implantación de tres programas acreditados de prevención familiar (Moneo, Dédalo y Alfil) con los que se pretende intervenir preventivamente en familias con distinto nivel de riesgo frente al uso y abuso de drogas en sus hijos.

En 2004, el período de tiempo transcurrido entre el inicio del abuso de drogas y el inicio del tratamiento se habrá reducido, al menos, en un 20%.

Antigüedad de consumo en los pacientes admitidos a tratamiento por primera vez.

La antigüedad de consumo de la totalidad de los drogodependientes admitidos a tratamiento por primera vez ha tenido una evolución positiva, ya que ha pasado de una media de 8 años a una de 6 años y medio. Cuando el análisis se realiza por sustancias la evolución no es homogénea:

- La heroína es la única droga donde se produce un aumento progresivo en la antigüedad de consumo en los casos admitidos a tratamiento por primera vez, pasando de 8,6 años en 2000 a 10,2 años en 2003. Esta situación puede deberse a que al reducirse el consumo de esta droga cada vez quedan menos drogodependientes que no han iniciado tratamiento, siendo el perfil de los nuevos casos mucho más complejo que el registrado en el año 2000, donde el consumo de heroína, aunque en descenso, era más importante.
- En el caso de la cocaína la antigüedad de consumo se ha reducido un 31%, situándose en un promedio de 5 años en 2003.
- En las admisiones a tratamiento por consumo de cannabis, cuyo número ha aumentado de forma significativa en los últimos años, se ha producido el mayor descenso en la antigüedad de consumo (55%), situándose en una media de 4 años en 2003.
- Por último, en el caso del alcohol también se detecta una evolución positiva al reducirse en un 20% el tiempo transcurrido entre el comienzo del consumo problemático y el inicio del tratamiento, situándose la media en 16,8 años en 2003.

Durante el período de vigencia del Plan, el tiempo de espera para recibir tratamiento en los centros y servicios del Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes (SAISDE) no superará los 30 días.

Este objetivo se ha conseguido al situarse el período medio de espera de los ingresos en 16 días en las unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH), en 19 días en las comunidades terapéuticas para drogodependientes y en 22 días en los centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos (CRA). En todos los casos se ha producido un descenso en relación con la situación de partida del año 2000, especialmente en los CRA en los que al inicio del IV Plan el tiempo de espera para iniciar tratamiento superaba los 30 días.

En 2004, se habrá avanzado sensiblemente en la implantación de Unidades ambulatorias para el tratamiento del alcoholismo en las Áreas de Salud de Castilla y León.

Las UTAs (Unidades ambulatorias para el tratamiento del alcoholismo) son un dispositivo asistencial altamente especializado destinado exclusivamente al tratamiento de la dependencia alcohólica cuya demarcación territorial es el Área de Salud. Este recurso está diseñado para atender los casos más complejos de dependencia del alcohol y en los que se constaten fracasos anteriores en otras modalidades de tratamiento. En estas unidades se presta una asistencia integral de carácter ambulatorio al paciente alcohólico y a su familia.

Desde la aprobación del IV Plan Regional sobre Drogas se han creado dos UTAs, lo que supone un paso significativo en la implantación de recursos de alta especialización para el tratamiento ambulatorio del alcoholismo en la Comunidad.

En 2004, habrá aumentado de forma sustancial la cifra de drogodependientes tratados con éxito.

1.- *Proporción de altas terapéuticas en los distintos centros específicos de tratamiento de las drogodependencias.*

El porcentaje de altas terapéuticas en los diferentes dispositivos asistenciales ha tenido una evolución bastante positiva. Los mejores resultados se han conseguido en las comunidades terapéuticas, las cuales han mejorado la proporción de altas terapéuticas en un 33,7%, hasta situarse en el año 2003 en el 34,5% de los casos atendidos. A continuación se sitúan los centros de rehabilitación de alcohólicos con una mejora del 20%, situándose las altas terapéuticas en el 38% de los ingresos. Por último, las unidades de desintoxicación hospitalaria mantienen estable una alta proporción de altas terapéuticas que se sitúa en torno al 80%.

También experimentan una evolución positiva, aunque más moderada (4%), los tratamientos con metadona, los cuales sitúan su tasa de éxito en el 20,1% en el año 2002.

2.- *Índice de retención en los programas en tratamiento.*

Este indicador valora la adherencia de los pacientes a las distintas modalidades de tratamiento, de forma que cuanto mayor sea el índice de retención mayores probabilidades existen de que el tratamiento tenga éxito.

En los CRA el índice de retención mejora en un 23,4%, situándose en 2003 en el 58% de los casos atendidos. En los otros dos recursos residenciales el indicador se mantiene estable en unas cifras más elevadas: 65,7% en 2000 y 65% en 2003 en el caso de las comunidades terapéuticas y 79% en 2000 y 80% en 2003 en el caso de las unidades de desintoxicación hospitalaria.

En 2004, en comparación con los promedios de la población general, habrán mejorado de forma apreciable los resultados de acceso al mercado de trabajo entre los drogodependientes en vías de inserción social.

1.- *Obtención de empleo por parte de los drogodependientes que siguen programas de reinserción sociolaboral.*

De forma específica, y por medio de promotores de empleo, la tasa de inserción laboral de los drogodependientes atendidos por este tipo de recursos ha disminuido desde un 64% en el año 2000 hasta un 36,6% en el año 2003. Este descenso se produce a pesar de que a través del recurso se sigan consiguiendo contratos de trabajo para un número considerable de drogodependientes, y cabe atribuirlo a que aquellos casos con mayores dificultades para encontrar trabajo se mantienen en el programa a lo largo de los años, siendo cada vez más difícil su reinserción y disminuyendo así la tasa general de empleo.

2.- *Proporción de parados entre los drogodependientes en tratamiento.*

Por el contrario, la evolución de la tasa de desempleo en la totalidad de los drogodependientes en tratamiento registrados por el SAITCyL ha pasado de un 50,4% en 2000 a un 40,4% en 2003, y en los casos admitidos a tratamiento por primera vez de un 44,3% en 2000 a un 34,1% en 2003.

Durante el período de vigencia del Plan, se promocionará la formación especializada de profesionales y la realización de estudios e investigaciones sobre el fenómeno de las drogodependencias y sobre la evaluación de los programas de intervención.

1.- Cursos de formación realizados y profesionales participantes.

De los datos obtenidos por medio de la Memoria anual del Plan Regional sobre Drogas, se constata un aumento progresivo en el número de cursos realizados y de participantes en los mismos. Las actividades de formación se han dirigido tanto a profesionales de la red asistencial y de los Planes Locales sobre Drogas como a mediadores para la prevención (padres, profesores, delegados sindicales, etc.).

Realizando una valoración global hay que destacar que el número total de cursos realizados en 2003 fue de 35, habiendo aumentado en un 59% respecto al año 2000. El número aproximado de participantes en 2003 fue de 916, aumentando en un 22% respecto a los datos de 2000.

2.- Estudios e investigaciones sobre drogodependencias financiados por la Junta de Castilla y León y otras Administraciones públicas.

Durante los años de vigencia del IV Plan Regional sobre Drogas se han realizado al menos 28 estudios e investigaciones con financiación pública, detectándose una evolución positiva con el paso de los años. La mayor parte de los estudios han estado orientados a mejorar el conocimiento de los estados de opinión, niveles de consumo de drogas y consecuencias del mismo en la población. Es importante destacar que de forma periódica se realizan dos encuestas epidemiológicas de gran utilidad para evaluar el Plan y orientar la planificación de actuaciones: bienalmente la encuesta escolar sobre drogas y cada cuatro años la encuesta sobre consumo de drogas a la población general de Castilla y León.

La investigación aplicada también ha tenido cabida en el IV Plan Regional sobre Drogas, evaluando programas como en el Discover en los años 2001 y 2002 o realizando evaluaciones de proceso en la fase piloto de ciertas intervenciones como en el caso de los programas Dédalo y Alfíl en el año 2003 y en el del servicio de deshabituación tabáquica en Atención Primaria en el año 2004.

CAPÍTULO III

Objetivos

Objetivo Estratégico

En 2010, disminuirá la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso de drogas.

Con el horizonte puesto en el año 2008, se plantean los siguientes objetivos generales y específicos:

Objetivo general 1

Reducir la prevalencia de consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.

Objetivos específicos:

- 1.1.- Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol.
- 1.2.- Reducir la aceptación social del alcohol en padres, adolescentes y en la población general.
- 1.3.- Disminuir la accesibilidad percibida a las bebidas alcohólicas en los adolescentes.
- 1.4.- Aumentar las conductas de ocio saludable en adolescentes y jóvenes.
- 1.5.- Retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes.
- 1.6.- Facilitar el abandono del abuso de alcohol y de la dependencia alcohólica por medio de distintos servicios asistenciales y programas de integración sociolaboral.

Objetivo general 2

Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco.

Objetivos específicos:

- 2.1.- Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco.
- 2.2.- Reducir la aceptación social del tabaco.
- 2.3.- Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco en adolescentes.
- 2.4.- Facilitar el abandono de la dependencia del tabaco por medio de distintos programas y servicios asistenciales.

Objetivo general 3

Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cánnabis y de drogas psicoestimulantes.

Objetivos específicos:

- 3.1.- Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de drogas ilegales.
- 3.2.- Reducir la aceptación social del cánnabis y de las drogas psicoestimulantes.
- 3.3.- Disminuir la accesibilidad percibida a las drogas ilegales.
- 3.4.- Aumentar las conductas de ocio saludable en adolescentes y jóvenes.
- 3.5.- Retrasar la edad de inicio en el consumo de cánnabis y de drogas psicoestimulantes en adolescentes.
- 3.6.- Facilitar el abandono de la dependencia de las drogas ilegales por medio de distintos centros específicos de tratamiento, programas de asistencia a drogodependientes con problemas jurídico penales y programas de integración sociolaboral.

Objetivo general 4

Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

Objetivos específicos:

- 4.1.- Reducir los accidentes de tráfico asociados al consumo de alcohol y otras drogas.
- 4.2.- Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados.
- 4.3.- Prevenir conductas de riesgo en relación con el consumo de drogas, en especial la utilización de la vía intravenosa, la práctica de reutilizar y compartir utensilios de inyección, el consumo múltiple de drogas y las relaciones sexuales sin protección.

Objetivo general 5

Potenciar la participación social y la coordinación y cooperación institucional.

Objetivos específicos:

- 5.1.- Fomentar la coordinación y cooperación entre Departamentos de la Administración Autonómica.
- 5.2.- Potenciar la coordinación y cooperación con otras Administraciones Públicas.
- 5.3.- Fomentar la participación social y la coordinación y cooperación con las instituciones y entidades privadas.

Objetivo general 6

Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias.

Objetivos específicos:

- 6.1.- Contribuir al fomento de la investigación aplicada en materia de drogodependencias.
- 6.2.- Desarrollar y mantener sistemas de información rápidos, sencillos y fiables.
- 6.3.- Evaluar programas y servicios del Plan, en especial antes de su instauración generalizada.
- 6.4.- Realizar actividades de formación continuada de profesionales y mediadores clave.

CAPÍTULO IV

Principios estratégicos

Plan integral. El V Plan Regional sobre Drogas aborda de forma integral el abuso de drogas en la Comunidad Autónoma mediante la coordinación de distintas actuaciones sectoriales que incidan en los factores sociales, educativos, culturales, sanitarios y económicos que favorecen la aparición y el mantenimiento del problema.

Aproximación global. De igual modo, dirige sus actuaciones a todas las sustancias psicoactivas capaces de generar dependencia, poniendo un énfasis especial en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y cánnabis.

Responsabilidad compartida. La intervención sobre las condiciones favorecedoras del consumo de drogas y sobre sus consecuencias concierne a toda la sociedad, y de un modo muy especial a los poderes públicos, cada uno de los cuales, en su ámbito de competencia, ha de ser responsable de actuar en este ámbito, todo ello sin perjuicio de que las actuaciones se desarrollen en coordinación y colaboración con las entidades e instituciones privadas.

Participación. Teniendo presente que el problema del abuso de drogas afecta e involucra a toda la sociedad, la participación activa de la comunidad a través de sus instituciones y grupos organizados en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones es un principio fundamental.

Coordinación y cooperación. La coordinación y cooperación entre las instituciones es un requisito básico para conseguir una actuación eficaz frente al uso indebido de drogas, además de ser una condición indispensable para evitar duplicidades, acciones inconexas y para gestionar con la mayor eficiencia posible los recursos disponibles.

Descentralización. El principio de descentralización, responsabilidad y autonomía en la gestión preside todas las actuaciones del V Plan Regional sobre Drogas. Siempre que las circunstancias lo permitan, se persigue acercar lo más posible la toma de decisiones y la solución de los problemas a los ciudadanos, de modo que la responsabilidad de las actuaciones recaiga en la institución más cercana con la capacidad, competencia y condiciones más adecuadas para llevarla a cabo.

Normalización. Un principio rector del Plan es utilizar preferentemente la oferta general de recursos educativos, sociales, sanitarios, culturales, recreativos, de empleo, etc. que existen en la comunidad. Este principio no es óbice para que en ocasiones sean necesarios servicios y programas específicos que sirvan de puente para el real y efectivo acceso del drogodependiente a la oferta de recursos normalizados.

Prioridad de la prevención. Considerando las repercusiones y los costes humanos, sanitarios y sociales que se derivan del abuso de drogas, así como las dificultades existentes para superar la dependencia de las drogas, la prevención tiene un carácter prioritario dentro del Plan Regional.

Calidad, eficacia y eficiencia. La mejora de la calidad, el rigor metodológico y el soporte científico de los programas y servicios, serán principios que guíen la toma de decisiones en el desarrollo del V Plan Regional sobre Drogas. Los centros, servicios y programas que formen parte del Plan estarán sujetos a criterios de calidad, eficacia, eficiencia y de evaluación continua de sus resultados.

Anticipación. El conocimiento y análisis permanente de los factores que influyen en el abuso de drogas y sus consecuencias, así como el de las políticas desarrolladas y sus resultados, servirá de base para detectar con anticipación los desafíos que debe afrontar el Plan Regional sobre Drogas, revisando y adaptando con flexibilidad sus programas operativos para adaptarlos a las exigencias cambiantes del momento.

CRITERIOS DE ACTUACIÓN.

Se presentan a continuación un conjunto de criterios que rigen y orientan las actuaciones del presente Plan Regional sobre Drogas. Estos criterios son el resultado de los avances científicos que se han producido en la comprensión del abuso de drogas y sus consecuencias y de las mejores prácticas para evitar y reducir sus efectos. En este apartado se incorporan los criterios aprobados en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) y los incluidos en la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León. Asimismo, la experiencia acumulada desde 1988 con la aplicación de los cuatro anteriores Planes Regionales sobre Drogas también tiene reflejo en los criterios que se enumeran a continuación.

1. CRITERIOS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.

Prevención basada en la evidencia. La prevención debe basar sus actuaciones en modelos teóricos y programas científicamente contrastados. En consonancia con lo anterior, el presente Plan aboga por la realización de programas acreditados de prevención en los que la fundamentación teórica, la evaluación y la validación empírica de las intervenciones sean elementos nucleares de una forma de hacer prevención basada en la evidencia disponible.

Planificación. Los programas preventivos deben ser el resultado de una acción planificada, que sea sistemática en sus actuaciones y permanente en el tiempo. La prevención del consumo de drogas es una tarea sostenida y a largo plazo en la que no deben tener cabida, por su insuficiencia, las acciones improvisadas y puntuales. Por su parte, la planificación trata de evitar que la prevención se convierta en una «actividad a ciegas» fruto de la intuición o del voluntarismo.

Niveles de prevención. Cada individuo, familia, grupo o comunidad presenta un distinto perfil de riesgo frente al abuso de drogas, por lo que es un error pensar que para todos ellos les resulta eficaz la misma acción preventiva. La investigación y la práctica demuestran que hay distintos grados de riesgo y de vulnerabilidad frente al abuso y dependencia de las drogas. De hecho, se distinguen distintos niveles de prevención, de modo que con los grupos en situación de mayor riesgo los esfuerzos preventivos deben empezar antes y ser más intensos, duraderos y profesionalizados.

Prevención universal es aquella que se dirige a la totalidad de los miembros de un determinado grupo o población, por ejemplo, los alumnos con edades comprendidas entre los 10 y 16 años. Por prevención selectiva se entiende aquella que se dirige a grupos que presentan un riesgo superior a la media (hijos de alcohólicos o toxicómanos, familias con hijos que presentan problemas emocionales y de conducta precoces y persistentes, etc.). Por último, prevención indicada es aquella que se dirige a individuos que presentan la conducta que se trata de prevenir. Este es el caso, por ejemplo, de adolescentes que ya abusan de las drogas y en los no es posible diagnosticar aún adicción.

Combinación de estrategias preventivas. La prevención del consumo de drogas debe combinar de forma equilibrada, coordinada y coherente acciones diversas de reducción de la oferta y de la demanda de drogas. Cuando las medidas propuestas choquen con usos y costumbres ampliamente arraigados y generalizados en la sociedad, es necesario que vayan precedidas de una conveniente información y sensibilización que prepare a la comunidad para su aceptación y para la colaboración en las mismas.

Efectos sinérgicos de la prevención. Las actuaciones preventivas deben garantizar que los individuos, en particular aquellos que se encuentran en mayor situación de riesgo, reciban múltiples y simultáneas influencias preventivas en distintos ámbitos (escuela, familia, centros de trabajo, espacios de ocio y tiempo libre, medios de comunicación, etc.). Con esta forma combinada de actuar en prevención se persigue que las intervenciones se refuercen mutuamente a fin de lograr un mayor impacto y mantenimiento de los efectos preventivos.

Promoción de la salud. La prevención del consumo de drogas, al igual que la promoción de la salud, debe desarrollar intervenciones globales que incidan en aspectos clave como: políticas y ambientes saludables, habilidades personales, acción comunitaria y reorientación de los servicios sanitarios y de la comunidad hacia la prevención.

Prevención con la comunidad. La prevención comunitaria, es decir, aquella en la que una comunidad se moviliza, con participación de diversas instituciones y grupos relevantes de la misma para desplegar un conjunto de actuaciones consensuadas, programadas y coherentes entre sí para alcanzar unos objetivos comunes, es la forma más evolucionada y eficaz de hacer prevención.

Destinatarios principales. La prevención del consumo de drogas debe ser una acción anticipatoria que se dirija preferentemente a los grupos más vulnerables de la sociedad, es decir, preadolescentes, adolescentes y jóvenes.

Énfasis en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. El alcohol, el tabaco y el cannabis son las drogas cuyos consumos están más extendidos en Castilla y León. Las formas precoces de consumo de estas drogas desempeñan una función facilitadora para el consumo habitual de las mismas y de otras drogas ilegales. Por tanto, la prevención del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se constituye en una de las máximas prioridades del Plan Regional sobre Drogas.

Mediadores para la prevención. La acción preventiva no debe ser una tarea exclusiva de especialistas en prevención, más bien al contrario, deben ser las personas que están en contacto cotidiano con la población diana a la que se dirigen los programas, profesores, padres, delegados sindicales, profesionales de la salud y de los servicios sociales, etc., y en la que además ejercen un papel de liderazgo, las que protagonicen las acciones de prevención.

2. CRITERIOS DE REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS.

Voluntariedad y responsabilidad en la toma de decisiones. Muchos usuarios de drogas no quieren o no pueden abandonar el consumo, lo cual no debe ser un obstáculo para intentar reducir los daños asociados al mismo. Los programas de reducción de los daños deben aceptar la voluntariedad de las personas para abandonar el consumo de drogas y para elegir libre y responsablemente la modalidad de intervención que consideren más adecuada para sus necesidades.

Acercamiento, flexibilidad y baja exigencia. Para la reducción de los daños es preciso actuar desde una óptica de flexibilidad y baja exigencia que se ajuste a las necesidades de cada individuo. Una máxima de estos programas debe ser acercarse allí donde está el problema, es decir, a los lugares en los que se encuentran o se desenvuelven los consumidores de drogas (espacios recreativos, lugares de tráfico y consumo de drogas, zonas de prostitución, juzgados, centros penitenciarios, etc.).

Máxima cobertura. Con la aceptación del usuario, la calidez en el trato, la flexibilidad y la escucha activa, lo que pretenden los programas de reducción de los daños es ganar la confianza del consumidor de drogas y establecer/mantener contacto con el mayor número posible de ellos, en especial con aquellos que presentan consumos problemáticos o que se mantienen al margen de los centros de tratamiento y de los Sistemas de Salud y de Acción Social.

Objetivos de la intervención. Los programas de reducción de los daños deben estar inspirados por el principio de la progresión en los objetivos de la intervención. Este principio supone que todo programa debe aspirar a unos objetivos más ambiciosos. El primero de estos objetivos es mantener vivo y lo más sano posible al consumidor de drogas y el mayor, y más ambicioso, conseguir la abstinencia y la participación activa y autónoma del consumidor en la sociedad sin necesidad de recurrir al uso de sustancias psicoactivas.

Asimismo, la salud de la comunidad también debe ser objetivo de los programas de reducción de los daños, ya que este tipo de intervenciones permiten reducir la incidencia de enfermedades importantes como la infección por VIH/SIDA, las hepatitis o la tuberculosis y disminuir las muertes y las lesiones producidas por los accidentes de tráfico donde el consumo de drogas está presente.

3. CRITERIOS DE ASISTENCIA A DROGODEPENDIENTES.

Diversificación, especialización y profesionalización de la oferta terapéutica. La heterogeneidad de los drogodependientes, la complejidad y variedad de los problemas y necesidades que presentan, así como su resistencia a ponerse en tratamiento, sobre todo si los recursos y programas terapéuticos no responden a sus necesidades, hace necesario que la oferta asistencial se diversifique, especialice y profesionalice. Por otra parte, la profesionalización de los centros y servicios asistenciales debe hacerse desde una perspectiva pluridisciplinar, sin que ello suponga marginar a los ex drogodependientes y a los voluntarios no profesionales de la comunidad, dado el importante papel que juegan en los recursos y programas terapéuticos.

Accesibilidad. La resistencia de los drogodependientes a establecer y mantener contacto con la red asistencial hace indispensable la supresión de barreras burocráticas y geográficas para acceder a los centros y programas de tratamiento.

Individualización de las intervenciones y continuidad del proceso asistencial. Cada drogodependiente requiere un plan individualizado de tratamiento que atienda con continuidad a las necesidades, demandas y problemas que concurren en cada caso, lo que en muchos casos supone arbitrar medidas efectivas de coordinación de diferentes centros, servicios y programas asistenciales. En este plan, los objetivos y las intervenciones terapéuticas deben estar personalizados, dicho de otro modo, no debe ser el drogodependiente el que se adapte al tratamiento, sino el tratamiento el que se adapte al drogodependiente. En este proceso de personalización terapéutica hay que prestar una especial atención a ciertos colectivos con necesidades especiales (reclusos, menores, minorías étnicas, mujeres, pacientes con comorbilidad psiquiátrica, etc.).

Trabajo en red. La individualización de los tratamientos supone aceptar que en muchos casos la recuperación del drogodependiente requiere una combinación coordinada de diferentes recursos asistenciales. Cada recurso no es por sí sólo una solución al problema, sino un elemento necesario pero no suficiente de un proceso terapéutico complejo del que forma parte. En definitiva, que para intervenir eficazmente con drogodependientes es preciso trabajar en red y que los centros, servicios y programas que forman parte de la misma, utilicen un lenguaje común, intercambien información y compartan unos objetivos y un estilo de trabajo basado en la coordinación de actuaciones y en el desempeño de las funciones específicas que a cada uno le han sido atribuidas.

Complementariedad. La abstinencia en el consumo de drogas debe ser el objetivo último y principal de todos los programas asistenciales, sin embargo, este objetivo no debe ser un obstáculo para mejorar la calidad de vida del drogodependiente que persiste en su decisión de seguir consumi-

do drogas. Los programas libres de drogas y los programas de reducción de los daños son complementarios entre sí. Dicho de otra forma, todos los programas asistenciales, sea cual sea su nivel de exigencia, deben apuntar siempre a objetivos más ambiciosos, el mayor de los cuales es la abstinencia y la integración social del drogodependiente; del mismo modo que todos los programas deben orientarse a minimizar los daños originados por el consumo de drogas.

4. CRITERIOS DE INTEGRACIÓN SOCIAL.

Interdependencia. La integración social del drogodependiente no debe entenderse como la última fase de un proceso secuencial de intervención que viene a continuación del alta terapéutica en un programa de tratamiento. Muy por el contrario, tratamiento e integración social son elementos interdependientes de un mismo proceso, de modo que la integración social comienza en el mismo momento de iniciarse el tratamiento y éste no termina hasta que culmina la inserción social. Por tanto, la incorporación social hay que concebirla como un proceso individual y gradual, que se inicia, discurre y termina con el tratamiento, y en el que las actuaciones de inserción social refuerzan y sirven de base para avanzar en los logros terapéuticos, es decir, ambas actuaciones se refuerzan mutuamente.

Globalidad. La integración social del drogodependiente no sólo requiere una intervención sobre los distintos planos de la persona (individual, familiar, educativo, recreativo, social, jurídico-penal, laboral, etc.), sino también en el entorno social que rodea al individuo.

No es infrecuente que el medio social rechace o recele del drogodependiente rehabilitado o en proceso de rehabilitación. Este recelo está muy influido por una determinada percepción social de las personas que dependen de las drogas, según la cual se percibe al drogodependiente como una amenaza, como alguien frente al que es preciso adoptar precauciones o protegerse.

La intervención sobre el medio social, al menos sobre el más cercano al drogodependiente, es indispensable. Con frecuencia una labor de mediación que demuestre fehacientemente los progresos de la persona en tratamiento es necesaria, como también lo es una tarea de reestructuración de ideas preconcebidas. En suma, es preciso avanzar en una óptica en la que se conciba el problema de la drogodependencia como una responsabilidad compartida tanto por la persona como por el entorno social.

Individualización. La población drogodependiente es un conjunto heterogéneo de individuos en el que es posible encontrar subgrupos relativamente similares entre sí, pero al mismo tiempo notablemente distintos de otros. Por este motivo la integración social debe plantearse de forma individualizada y dirigida a alcanzar una variada gama de objetivos. En otras palabras, no se puede pretender que a todas las personas con problemas de drogodependencia les resulte indicada la misma intervención y que con todas se puedan alcanzar las mismas cotas de integración social.

De igual forma que para el área asistencial hay una gran diversidad de objetivos de intervención y programas de distinto nivel de exigencia, este planteamiento debe adoptarse también para la integración social. En los casos de alta exclusión el objetivo debe ser detener el proceso de marginación, impidiendo que se rompan los escasos lazos sociales que aún mantiene la persona con grupos o actividades socialmente normalizadas. Por desgracia, cuando la marginación es extrema y muy prolongada en el tiempo el proceso de resocialización está lleno de dificultades. En estos casos, antes de que el deterioro sea difícilmente reversible, se debe atender las necesidades básicas del individuo e intentar fortalecer los lazos prosociales que aún perduran. Logrado esto, el objetivo debe ser intentar avanzar progresivamente hacia una situación de mayor integración social.

Como regla general la integración sociolaboral de muchos drogodependientes requiere una intervención en dos fases:

Fase de compensación. En una primera fase, que se puede denominar de compensación, el drogodependiente consolida su abstinencia, se estabiliza en un estilo de vida prosocial y compensa los déficits que la historia de adicción le ha ocasionado. En esta fase el drogodependiente se sitúa en condiciones reales, y no sólo teóricas, de acceder y desenvolverse con soltura en la oferta de recursos y oportunidades generales de integración social que existen en la comunidad. Es frecuente que esta fase recaiga en recursos y programas específicos para drogodependientes, o al menos que sean éstos los que coordinen y hagan un estrecho seguimiento del proceso de inserción. Los recursos y programas específicos para drogodependientes siempre deben ser una medida transitoria, un puente, para acceder a los recursos normalizados y para desarrollar de un modo intensivo los aspectos actitudinales y comportamentales necesarios para la inserción social. Por tanto, estos recursos específicos

no pueden convertirse en situaciones protegidas con carácter definitivo ni siquiera por períodos muy prolongados de tiempo.

Fase de normalización. En una segunda etapa, a la que se podría denominar de normalización, el grado de supervisión se va desvaneciendo poco a poco hasta que el ex drogodependiente llega a participar de forma activa y autónoma en la vida social de su comunidad.

Inserción laboral en el proceso de integración social. No cabe duda que la incorporación al mundo del trabajo es un elemento clave en el proceso de integración social del drogodependiente. En nuestra sociedad el trabajo favorece la inserción social en cuanto que supone un camino privilegiado hacia la autonomía económica y personal, así como una oportunidad de interactuar y participar en grupos y ambientes sociales distintos de los que son propios del submundo de la marginación y de la dependencia de las drogas. No obstante, la inserción laboral siendo importante no es lo único importante, es decir, puede considerarse una condición necesaria, pero no suficiente en el proceso de integración social en el que también hay que abordar otras áreas (familiar, educativa, social, jurídico-penal, recreativa, etc.).

CAPÍTULO V

Líneas estratégicas y actuaciones clave

El Plan Regional sobre Drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que ante el problema del abuso y dependencia de sustancias psicoactivas se lleven a cabo en Castilla y León en el período 2005-2008.

Con la formulación del Plan se plantea el despliegue de una política integral que incida de forma congruente sobre los principales determinantes y consecuencias del problema en la Comunidad Autónoma con el propósito de alcanzar unos objetivos jerarquizados que se relacionan entre sí.

El Plan pretende convertirse en una gran caja de resonancia en la que los distintos programas, servicios y actividades se refuerzan mutuamente para potenciar sus efectos en el logro de los objetivos planteados.

Dado que los objetivos del Plan están interrelacionados no es posible establecer líneas de acción exclusivas para cada una de ellos. Con frecuencia las actuaciones clave que contribuyen a alcanzar un objetivo también permiten avanzar en el logro de otros, razón por la cual en el Plan Operativo se refleja la misma actuación en cada objetivo en la que es importante para su consecución.

Para la propuesta de las actuaciones clave se ha tenido en cuenta la evidencia científica disponible en la actualidad y las evaluaciones realizadas en el marco de los sucesivos Planes Regionales sobre Drogas de Castilla y León.

El análisis específico de la situación en la Comunidad Autónoma, así como la experiencia acumulada en el desarrollo de los cuatro Planes Regionales anteriores y la revisión de diferentes Estrategias y Planes, tanto a nivel nacional como internacional, han determinado el establecimiento de las siguientes Líneas Estratégicas del Plan:

- 1.- Prevención del consumo de drogas.
- 2.- Regulación y control.
- 3.- Reducción de los daños asociados al uso y abuso de drogas.
- 4.- Asistencia e integración social de drogodependientes.
- 5.- Formación, investigación y sistemas de información.
- 6.- Participación social, coordinación y cooperación institucional.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.

El V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León concede un carácter prioritario a la prevención basada en la reducción de la demanda, con especial atención al consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, cánnabis y drogas psicoestimulantes.

Cuatro son los grandes desafíos que se propone afrontar el Plan en materia de prevención del consumo de drogas:

En primer lugar, determinar y generalizar la aplicación de las «mejores prácticas» en prevención, garantizando la influencia de los programas en la población diana a la que se dirigen, su continuidad en el tiempo y el apoyo social a los mismos.

En segundo lugar, avanzar en un modelo de prevención combinada de base comunitaria, en el que diferentes programas acreditados a nivel escolar, familiar y extraescolar actúen simultáneamente sobre los grupos más

vulnerables de la sociedad, es decir, niños, adolescentes y jóvenes, intentando multiplicar así sus efectos preventivos.

En tercer lugar, generalizar las intervenciones preventivas en el ámbito laboral, incluyendo en las mismas las acciones correctoras y de apoyo que sean precisas para evitar y mitigar sus consecuencias en los trabajadores y en las empresas.

Por último, estimular la prevención a nivel local, financiando programas de calidad y promoviendo el intercambio de conocimientos, experiencias y métodos de intervención en el seno de la Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León.

En consonancia con lo anterior, dentro de esta línea estratégica se pretende impulsar o mantener a través del Plan las siguientes actuaciones clave:

- Aplicación de programas acreditados de prevención escolar, preferentemente en el grupo de edad comprendido entre los 10 y 16 años.
- Desarrollo de programas acreditados de prevención familiar a nivel universal, selectivo e indicado.
- Realización de programas acreditados de prevención extraescolar que incidan en los mismos factores de riesgo y de protección que los programas escolares y familiares.
- Realización de programas de detección precoz e intervención temprana frente al uso y abuso de drogas.
- Aplicación de programas de prevención en los centros de trabajo dentro del marco de las políticas de salud laboral de las empresas, identificando las causas concretas del consumo de drogas y desarrollando actuaciones complementarias dirigidas a incrementar la motivación de los trabajadores drogodependientes para iniciar tratamiento.
- Implantación de programas estructurados de prevención comunitaria en los que se combinen de forma coordinada acciones de sensibilización, movilización y participación de la comunidad; actividades de colaboración con los medios de comunicación y programas acreditados de prevención escolar, familiar y extraescolar. En este ámbito, se impulsarán actuaciones preventivas dirigidas a la población de inmigrantes y a otros colectivos con necesidades especiales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: REGULACIÓN Y CONTROL.

La reducción de la demanda a través de las medidas preventivas y las actuaciones de regulación y control de la promoción, venta y consumo de drogas legales, deben combinarse de una forma equilibrada, coordinada y coherente.

Una forma importante de influir sobre la aceptación social del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, y de reducir la legitimación social que reciben a través de la publicidad y de diferentes formas de promoción, es garantizar un alto grado de cumplimiento de la legislación vigente. Muchos adolescentes y jóvenes consideran que consumir alcohol, tabaco y cánnabis es algo normal, y que por ello sus padres y los poderes públicos toleran su consumo a pesar de estar prohibido o de estar sometido a importantes restricciones.

Como necesario complemento de las medidas de prevención a través de la reducción de la demanda, se realizarán las siguientes acciones clave de regulación y control dentro del ámbito de competencias de la Comunidad Autónoma:

- Revisión de la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León para ajustarla a las exigencias actuales y para elevar la edad legal de acceso al alcohol y al tabaco hasta los 18 años.
- Regulación del régimen de inspección y sanción que garantice el cumplimiento de la legislación vigente en materia de publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.
- Realización de un programa anual de vigilancia del cumplimiento de la legislación en el que se desarrolle una acción coordinada de los distintos órganos de inspección y control implicados (consumo, trabajo, educación, salud, servicios sociales, policía municipal, guardia civil, etc.) y que incida especialmente en la promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS ASOCIADOS AL USO Y ABUSO DE DROGAS.

Con los consumidores habituales de drogas que no quieren o no pueden abandonar el consumo es necesario desarrollar una variada gama de actuaciones que eviten daños al propio usuario, a terceras personas y al conjunto de la sociedad.

Dentro de esta línea estratégica tienen cabida tres grandes ejes de actuación: programas de reducción de los daños para jóvenes consumidores de drogas con fines recreativos, programas para la reducción de los daños en drogodependientes y programas de reducción de los daños en terceras personas.

En el caso de los drogodependientes y de los jóvenes consumidores de drogas, los programas de reducción de los daños no sólo pretenden informar y educar sobre los riesgos asociados al consumo y sobre la forma de evitarlos, proporcionando los medios o prestaciones necesarias para conseguirlo, sino también establecer contacto con los usuarios en su propio medio, ganar su confianza y derivarlos, siempre que sea posible, al sistema de asistencia e integración social del drogodependiente para recibir tratamiento especializado.

Como desafíos del Plan en materia de reducción de los daños se establecen los siguientes:

- Afrontar el consumo múltiple de drogas.
- Reducir la incidencia de la hepatitis C en consumidores de drogas por vía intravenosa.
- Disminuir la prevalencia de la tuberculosis en drogodependientes.
- Modificar los comportamientos sexuales de las personas que abusan de las drogas, especialmente cuando éstas ejercen la prostitución.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, dentro de esta línea estratégica se impulsarán, mantendrán o incorporarán las siguientes actuaciones clave:

- Desarrollo de programas de reducción de los daños en espacios recreativos durante los fines de semana.
- Implantación de espacios libres de humo de tabaco, en especial en las Administraciones Públicas, centros docentes, sanitarios y de servicios sociales y en las empresas.
- Inclusión de contenidos sobre la influencia del alcohol, los medicamentos y otras drogas en la conducción y en la seguridad vial dentro de las actividades de formación de las autoescuelas.
- Fomento del conductor designado y del transporte alternativo, especialmente en jóvenes conductores durante las noches de los fines de semana.
- Realización de controles periódicos de alcoholemia a los conductores, con especial atención a los jóvenes durante las noches de los fines de semana y en períodos o acontecimientos festivos especiales.
- Aplicación de programas de mantenimiento con metadona en consumidores de opiáceos.
- Vacunación de drogodependientes en centros de tratamiento y prisiones.
- Realización de programas de intercambio de jeringuillas en la comunidad y en centros penitenciarios.
- Detección y control de la tuberculosis en drogodependientes en los CADs y en prisiones.
- Atención a necesidades básicas de los drogodependientes a través de servicios de emergencia social.
- Realización de talleres de sexo más seguro y de consumo de menor riesgo en centros de tratamiento.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDIENTES.

La complejidad y diversidad de los problemas que presenta la población drogodependiente, y la necesidad de proporcionar una respuesta asistencial ágil y con una buena adherencia a los programas terapéuticos, ha determinado una paulatina especialización de los centros y servicios de tratamiento. En la actualidad una parte muy importante de la asistencia a drogodependientes recae en centros específicos acreditados dependientes de entidades privadas sin ánimo de lucro. Es necesario reforzar ahora los mecanismos de coordinación e integración funcional de estos centros en el Sistema de Salud de Castilla y León para optimizar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones.

Por otro lado, la continuidad, globalidad y normalización que debe regir la asistencia al drogodependiente requiere profundizar en la implicación, participación y coordinación de los servicios generales y especializados de los Sistemas de Salud y de Acción Social en el proceso asistencial. Uno de los objetivos de esta implicación y participación es garantizar que la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de las drogas se realice en condiciones de equidad con otras enfermedades y problemas sociales.

Por otro lado, existen colectivos de drogodependientes con características especiales: drogodependientes con patología dual, mujeres que ejercen la prostitución, inmigrantes, menores infractores y drogodependientes con problemas jurídico-penales, a los que se dispensará una atención particular desde el Plan y cuyas necesidades singulares serán tenidas en cuenta a la hora de planificar y organizar la oferta de servicios asistenciales.

En relación con lo anterior, varios son los retos que debe afrontar el Plan Regional sobre Drogas a nivel asistencial:

- Profundizar en los servicios de fácil acceso y en el desarrollo de programas eficaces de tratamiento y de atención sanitaria en centros penitenciarios.
- Fomentar la coordinación y el intercambio de información para una más amplia y efectiva aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad a drogodependientes con problemas jurídico-penales.
- Reforzar los mecanismos de coordinación y la oferta de servicios y programas específicos para el tratamiento de menores infractores drogodependientes y de pacientes con patología dual.
- Detectar y proporcionar tratamiento especializado a inmigrantes drogodependientes, facilitando su acceso a programas y servicios que atiendan sus necesidades sociales y de salud.

Igualmente, son también retos del Plan a los que se dedicará una atención preferente los dos siguientes:

- Ampliar la oferta asistencial para el tratamiento del alcoholismo y del tabaquismo.
- Reforzar los programas y actuaciones destinadas a la integración social y laboral del drogodependiente, incluido el impulso de los mecanismos de coordinación y cooperación entre Administraciones Públicas para este fin.

El objetivo último de esta línea estratégica es disponer de una variada gama de recursos asistenciales de alta calidad que facilite el abandono del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, mediante tratamientos integrales que se ajusten a las características, necesidades y demandas de cada paciente. Para ello, los centros, servicios y programas que forman parte del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente de Castilla y León estarán sujetos a criterios de calidad, eficiencia y de evaluación continua de sus resultados, basando la toma de decisiones en indicadores apropiados y en sistemas objetivos de evaluación.

En el terreno de la asistencia e integración social de drogodependientes se distinguen cinco grandes ejes de intervención cuyas actuaciones clave son las siguientes:

Tratamiento del abuso de alcohol y del alcoholismo.

- Revisión y mejora del servicio de atención al bebedor de riesgo en Atención Primaria.
- Implantación de un protocolo de intervenciones breves frente al abuso de alcohol en el ámbito laboral.
- Tratamiento ambulatorio del alcoholismo desde los Equipos de Salud Mental de Distrito.
- Tratamiento ambulatorio del alcoholismo desde las UTAs.
- Tratamiento hospitalario del alcoholismo desde las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
- Tratamiento residencial del alcoholismo desde los Centros de Rehabilitación de Alcohólicos.
- Apoyo al tratamiento del alcoholismo desde Asociaciones de ayuda mutua.

Tratamiento del tabaquismo.

- Implantación de un servicio de deshabituación tabáquica en Atención Primaria.
- Implantación de un protocolo de consejo sanitario antitabaco en el ámbito laboral.
- Tratamiento del tabaquismo a través de programas multicomponente de deshabituación tabáquica en grupo.
- Tratamiento especializado del tabaquismo desde Unidades de deshabituación tabáquica.
- Implantación de una línea 901 de ayuda para dejar de fumar.
- Asesoramiento personalizado a través de un programa de ayuda a distancia para dejar de fumar vía Internet.
- Tratamiento del tabaquismo en centros universitarios.

Tratamiento de la dependencia de las drogas ilegales.

- Tratamiento de consumidores de drogas ilegales a través de centros específicos de atención ambulatoria (CADs).
- Tratamiento de consumidores de drogas ilegales a través de centros de día.
- Desintoxicación de drogodependientes en unidades hospitalarias.
- Tratamiento integrado de drogodependientes con trastornos mentales asociados a través una unidad regional de patología dual.
- Tratamiento residencial de consumidores de drogas ilegales a través de comunidades terapéuticas.

Atención a drogodependientes con problemas jurídico – penales.

- Asistencia jurídica y orientación legal a drogodependientes.
- Servicios de orientación y asesoramiento a drogodependientes en Juzgados.
- Desarrollo de programas de atención a reclusos drogodependientes en centros penitenciarios.
- Tratamiento residencial de menores infractores drogodependientes en el Centro Regional Zambrana.

Integración social y laboral de alcoholólicos y otros drogodependientes

- Formación académica a través de cursos reglados y formación cultural en centros de tratamiento.
- Formación prelaboral en centros de tratamiento.
- Formación profesional ocupacional de alcoholólicos y toxicómanos rehabilitados o en proceso de rehabilitación.
- Formación para el empleo de alcoholólicos y toxicómanos rehabilitados potenciando su inclusión en escuelas taller, casas de oficios, talleres de empleo y programas del FSE.
- Orientación e intermediación laboral de alcoholólicos y toxicómanos rehabilitados a través de programas y servicios específicos para colectivos con dificultades especiales para acceder al mercado laboral.
- Inserción laboral a través de distintas fórmulas, autoempleo y empleo protegido incluido.
- Apoyo psicosocial al afectado y a su familia a través de asociaciones de ayuda mutua y de otras entidades que intervienen en drogodependencias.
- Apoyo residencial a través de distintas fórmulas: pisos, centros específicos de reinserción, residencias y casas de acogida.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

El aumento del conocimiento sobre los factores determinantes y las consecuencias del consumo de drogas, sus patrones y niveles de uso, así como de la eficacia de los distintos programas e intervenciones, es un factor clave para la mejora y el éxito de las actuaciones previstas en las cuatro líneas estratégicas anteriores.

El impulso de esta línea intervención se realizará a través del Observatorio sobre abuso de drogas de Castilla y León desarrollando cuatro grandes ejes de actuación:

- Fomento de la investigación aplicada, colaborando preferentemente con el Observatorio Español sobre Drogas y con las Universidades de Castilla y León. Los proyectos de investigación centrarán su interés sobre fenómenos de reciente aparición de los que se desconoce su evolución y el impacto que pueden tener sobre los patrones de consumo de drogas, sus consecuencias y la necesidad de nuevos recursos o de la adaptación de los ya existentes.
- Desarrollo de sistemas de información rápidos, sencillos y fiables a través de los cuales realizar un seguimiento continuo del problema de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma. A través de estos sistemas se pretende detectar nuevos patrones y perfiles en el consumo de drogas, la evolución del fenómeno y posibles líneas de investigación.
- Evaluación de programas y servicios como pieza clave para la mejora continua de la calidad de las actuaciones. Dentro de este eje se prestará una especial atención a la evaluación de intervenciones con carácter previo a su instauración generalizada.

- Formación continuada de los profesionales y mediadores clave que intervienen en drogodependencias, teniendo en cuenta para ello sus demandas y las necesidades detectadas para el desarrollo y la mejora de las actuaciones previstas en el Plan.

Como actuaciones preferentes del Observatorio sobre abuso de drogas de Castilla y León se impulsarán, realizarán o se colaborará para el desarrollo de las siguientes:

- Vigilancia de la magnitud, patrones y consecuencias del consumo de drogas en la población general, escolar y trabajadora de la Comunidad Autónoma.
- Conocimiento de las actitudes, creencias y motivaciones de la población en relación con el consumo de drogas.
- Realización de estudios específicamente diseñados para cubrir necesidades detectadas por el Plan, para investigar en colectivos de difícil acceso y para validar líneas de intervención que siendo relevantes no cuenten con suficiente grado de evidencia.
- Valoración del grado de satisfacción de los usuarios con la red asistencial.
- Evaluación e identificación de programas eficaces para la prevención del consumo de drogas, reducción de los daños y tratamiento de las drogodependencias, en especial cuando se trate de nuevas intervenciones.
- Detección de los problemas sociales y de salud en los inmigrantes que abusan o dependen de las drogas.
- Recopilación y análisis de la información disponible sobre las circunstancias y la influencia del consumo de drogas en los accidentes de tráfico.
- Mejora de los sistemas de información con los que cuenta actualmente el Plan y establecimiento de otros nuevos que proporcionen información de calidad, especialmente de las actuaciones desarrolladas en el marco de la Red de Planes sobre Drogas.
- Establecimiento de un plan anual de formación de profesionales y de mediadores clave.
- Elaboración, edición y difusión de resultados, informes y publicaciones periódicas que hagan fácilmente accesible la documentación e información disponible a todos los actores implicados en la ejecución del Plan.

Por lo que se refiere a los sistemas, procedimientos y fuentes de información de los que se valdrá el Observatorio para el cumplimiento de sus funciones se destacan los siguientes:

- Encuestas periódicas a distintos grupos de población.
- Registro de drogodependientes en tratamiento.
- Sistema autonómico de información sobre toxicomanías.
- Sistema de seguimiento del Plan Regional sobre Drogas.
- Análisis de datos e información procedente de estadísticas oficiales y de organismo públicos y privados sobre aspectos relevantes para la evaluación y seguimiento del Plan (Instituto Nacional de Toxicología, Dirección General de Tráfico, Registro Regional de SIDA, estadísticas de mortalidad y de morbilidad hospitalaria, Panel de consumo alimentario, Comisionado para el mercado de tabacos, etc.).

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: PARTICIPACIÓN SOCIAL, COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN INSTITUCIONAL.

Al igual que en la línea estratégica anterior, la participación social y la coordinación y cooperación interinstitucional es un factor clave para el éxito del Plan Regional sobre Drogas.

La participación social a nivel regional se canalizará a través del Consejo asesor en materia de drogodependencias y a nivel local a través de los órganos formalmente constituidos en el seno de los Planes Municipales y Provinciales sobre Drogas.

Por otra parte, la coordinación y cooperación entre Administraciones Públicas y la iniciativa social para la intervención en drogodependencias se articulará en cuatro planos complementarios:

Coordinación y cooperación a nivel de la Junta de Castilla y León.

Como Consejerías, Centros Directivos y Organismos Autónomos más directamente implicados se establecerán o mantendrán líneas estables de coordinación y cooperación con los siguientes Departamentos de la Admi-

nistración Autonómica, utilizando, siempre que sea posible, los órganos al efecto ya existentes (como por ejemplo, la Comisión Técnica para la coordinación de actividades de promoción y protección de la salud en los centros educativos no universitarios y la Comisión de Seguimiento de la Estrategia para la Seguridad Vial, por su especial relación con el contenido del presente Plan):

- Consejería de Educación: Dirección General de Planificación y Ordenación Educativa, Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa y Dirección General de Coordinación, Inspección y Programas Educativos.
- Consejería de Sanidad: Dirección General de Salud Pública y Consumo y Gerencia Regional de Salud.
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades: Dirección General de la Juventud, Dirección General de Familia, Dirección General de la Mujer e Igualdad de Oportunidades y Gerencia Regional de Servicios Sociales.
- Consejería de Economía y Empleo: Dirección General de Economía Social y Servicio Público de Empleo y Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales.
- Consejería de Fomento: Dirección General de Carreteras e Infraestructuras y Dirección General de Vivienda, Urbanismo y Ordenación del Territorio.

Coordinación y cooperación con la Administración Local de Castilla y León.

La coordinación y cooperación con los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y con las Diputaciones Provinciales de la Comunidad Autónoma se articulará a través de la Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León.

Coordinación y cooperación con la Administración General del Estado.

Como Departamentos y Organismos más directamente implicados de la Administración General del Estado se establecerán o mantendrán líneas estables de coordinación y cooperación con los siguientes:

- Ministerio de Sanidad y Consumo: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Dirección General de Salud Pública.
- Ministerio del Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Dirección General de Tráfico e Instituto Nacional de Toxicología.
- Ministerio de Justicia: Fiscalía General del Estado.

Coordinación y cooperación con la iniciativa social.

Durante la vigencia del Plan Regional sobre Drogas se mantendrán cauces estables de coordinación y de cooperación con la iniciativa social mediante conciertos, convenios y subvenciones, especialmente con las entidades privadas sin ánimo de lucro y con los agentes sociales y económicos de la Comunidad.

PLAN OPERATIVO – CUADRO GENERAL

Objetivos	L. estratégicas	Actuaciones
Objetivo estratégico: Disminuir la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso de drogas. Objetivos generales: 1. Reducir la prevalencia de los consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas. 2. Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco. 3. Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cannabis y de drogas psicoestimulantes. 4. Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. 5. Potenciar la participación social y la coordinación y cooperación institucional. 6. Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias. Objetivos específicos: 1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. 2. Reducir la aceptación del alcohol, tabaco, cannabis y drogas psicoestimulantes. 3. Disminuir la accesibilidad percibida a las bebidas alcohólicas y a las drogas ilegales. 4. Aumentar las conductas de ocio saludable en adolescentes y jóvenes. 5. Retrasar la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, cannabis y drogas psicoestimulantes en adolescentes. 6. Facilitar el abandono del abuso de alcohol y de la dependencia alcohólica, de la dependencia del tabaco y de la dependencia de las drogas ilegales por medio de distintos servicios asistenciales y programas de integración sociolaboral. 7. Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados. 8. Reducir los accidentes de tráfico asociados al consumo de alcohol y otras drogas. 9. Prevenir conductas de riesgo en relación con el consumo de drogas. 10. Fomentar la participación social y la coordinación y cooperación entre las Administraciones Públicas y las instituciones y entidades privadas. 11. Fomentar la investigación aplicada en materia de drogodependencias. 12. Desarrollar y mantener sistemas de información rápidos, sencillos y fiables. 13. Evaluar programas y servicios del Plan, en especial antes de su instauración generalizada. 14. Realizar actividades de formación continuada de profesionales y mediadores clave.	Regulación y control	Modificación de la Ley 3/1994.
		Regulación del régimen de inspección y sanción para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol y tabaco.
		Realización de un programa anual de control.
	Prevención	Aplicación de programas acreditados de prevención escolar.
		Desarrollo de programas universales, selectivos e indicados de prevención familiar.
		Realización de programas de prevención extraescolar.
		Aplicación de programas de prevención laboral, preferentemente dentro de Planes integrales de intervención.
		Implantación de programas estructurados de prevención comunitaria.
	Reducción de los daños	Implantación de Espacios libres de humo de tabaco.
		Realización de programas de reducción de los daños en espacios de ocio durante los fines de semana.
		Desarrollo de actuaciones de reducción de los accidentes de tráfico asociados al consumo de drogas.
	Asistencia e integración social	Desarrollo de programas de reducción de los daños en drogodependientes.
		Realización de tratamientos del tabaquismo a través de distintos programas y servicios.
		Realización de tratamientos del alcoholismo a través de distintos programas y servicios.
		Realización de tratamientos de personas dependientes de las drogas ilegales a través de distintos programas y servicios.
		Desarrollo de programas de atención a drogodependientes con problemas jurídico-penales.
	Formación, investigación y sistemas de información	Realización de actuaciones para la integración social y laboral de drogodependientes.
		Realización de investigaciones aplicadas en drogodependencias.
		Desarrollo de sistemas de información.
	Participación social, coordinación y cooperación	Evaluación de programas y servicios.
		Desarrollo de actividades de formación continua de profesionales y mediadores clave.
		Coordinación y cooperación entre Departamentos de la Administración Autonómica.
		Coordinación y cooperación con otras Administraciones Públicas.
		Fomento de la participación social y coordinación con las instituciones y entidades privadas.

PLAN OPERATIVO I**Objetivo general 1 - Reducir la prevalencia de los consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.**

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	R. ejecución	P. temporal
1.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol.	Aplicación de programas acreditados de prevención escolar.	Anualmente, más de 20.000 alumnos se beneficiarán de programas acreditados de prevención escolar.	CRD, C. de Educación y Corporaciones Locales.	Anual
1.2. Reducir la aceptación social del alcohol en padres, adolescentes y en la población general.	Desarrollo de programas de prevención familiar.	Anualmente, como mínimo 3.000 familias se beneficiarán de programas de prevención familiar.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	Anual
1.3. Disminuir la accesibilidad percibida a las bebidas alcohólicas en los adolescentes.	Realización de programas estructurados de prevención extraescolar.	En el año 2008, la totalidad de los Planes Locales sobre Drogas realizarán programas de prevención familiar universal, selectiva e indicada del consumo de drogas.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	2008
1.4. Aumentar las conductas de ocio saludable en adolescentes y jóvenes.		Anualmente, un promedio de 2.000 preadolescentes, adolescentes y jóvenes se beneficiarán de programas estructurados de prevención extraescolar.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	Anual
1.5. Retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes.		En 2008, al menos 1.000 preadolescentes y adolescentes de 9 a 13 años que participen en programas acreditados de prevención se encontrarán bajo la influencia simultánea de actuaciones de prevención escolar, familiar y extraescolar.	CRD, C. de Educación y Corporaciones Locales.	2008
	Realización de programas consensuados de prevención laboral, preferentemente dentro de Planes integrales de intervención.	Actualización del convenio marco para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral.		2006
		Durante la vigencia del Plan se desarrollarán programas de prevención laboral, en especial en sectores de producción de alto riesgo, bien por tener unos niveles elevados de consumo de drogas o bien porque puedan verse afectadas terceras personas	CECALE, UGT y CCOO con el apoyo del CRD.	Anual a partir de 2005
	Implantación de programas estructurados y sistemáticos de prevención comunitaria.	En 2008, la totalidad de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes contarán con programas estructurados y sistemáticos de prevención comunitaria.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	2008
	Elevación de la edad legal para acceder al alcohol.	En 2006 se habrá modificado la Ley 3/1994, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, elevando la edad legal para acceder al alcohol hasta los 18 años.	Junta de Castilla y León.	2006
	Vigilancia del cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol, con especial atención al colectivo de los menores de edad.	En 2005 se aplicará un programa anual de control y de actuación ante denuncias por supuestas infracciones a la legislación vigente.	Junta de Castilla y León, Corporaciones Locales y Guardia Civil.	Anual a partir de 2005
	Realización de programas de reducción de los daños en espacios de ocio durante los fines de semana.	En 2008, la totalidad de los Ayuntamientos de capitales de provincia realizarán programas de reducción de los daños durante los fines de semana.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	2008

PLAN OPERATIVO II**Objetivo general 1 - Reducir la prevalencia de los consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.**

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
1.6. Facilitar el abandono del abuso de alcohol y de la dependencia alcohólica por medio de distintos servicios asistenciales.	Implantación de un nuevo servicio de atención al bebedor de riesgo en Atención Primaria.	En 2008, el nuevo servicio de atención al bebedor de riesgo se realizará por al menos el 80% de los Equipos de Atención Primaria.	Gerencia Regional de Salud.	2008
	Implantación de un protocolo de intervenciones breves frente al abuso de alcohol en el ámbito laboral.	En 2008, los servicios de prevención de riesgos laborales propios o ajenos tendrán implantado un protocolo de intervenciones breves frente al abuso de alcohol.	Administraciones Públicas, empresarios y Mutuas.	2008
	Tratamiento del alcoholismo desde los ESMD.	Anualmente, los ESMD atenderán a un mínimo de 600 nuevos casos por trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.	Gerencia Regional de Salud.	Anual
	Tratamiento del alcoholismo desde las UTAs.	En 2008 se habrán creado al menos dos nuevas UTAs para el tratamiento ambulatorio del alcoholismo.	Gerencia Regional de Salud.	2008
	Tratamiento del alcoholismo desde las Unidades de hospitalización psiquiátrica.	Anualmente se producirán un mínimo de 450 altas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol en las unidades de hospitalización psiquiátrica de Castilla y León.	Gerencia Regional de Salud.	Anual
	Tratamiento del alcoholismo desde los CRA.	Durante la vigencia del Plan, el tiempo de espera para ingresar en los CRA no superará los 30 días y la proporción de altas terapéuticas alcanzará como mínimo el 40%.	CRD en colaboración con entidades privadas sin ánimo de lucro.	Anual
	Apoyo al tratamiento del alcoholismo desde asociaciones de ayuda mutua.	Anualmente, recibirán apoyo a través de estas asociaciones un mínimo de 2.900 pacientes.	Asociaciones de ayuda mutua con el apoyo del CRD.	Anual

PLAN OPERATIVO III**Objetivo general 1 - Reducir la prevalencia de los consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.**

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
1.6. Facilitar el abandono del abuso de alcohol y de la dependencia alcohólica por medio de distintos programas de integración sociolaboral.	Formación académica a través de cursos reglados y formación cultural en centros de tratamiento.	Durante la vigencia del Plan, el 100% de los centros asistenciales específicos ofertará formación académica y cultural a los alcohólicos en tratamiento que la necesiten.	Centros de educación de adultos, entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD y Gerencia Regional de Salud	Anual
	Formación prelaboral en centros específicos de tratamiento.	Durante la vigencia del Plan, el 100% de los centros asistenciales específicos ofertará formación prelaboral a los alcohólicos en tratamiento que la precisen.	Entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD y Gerencia Regional de Salud	Anual
	Formación profesional ocupacional de alcohólicos rehabilitados o en proceso de rehabilitación.	En 2008, un número mínimo de 200 alcohólicos desempleados participarán en actividades de formación profesional ocupacional, prestándose especial atención a su incorporación a cursos normalizados de formación.	Entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD y entidades colaboradoras del ECyL	2008
	Formación para el empleo a través de la incorporación de alcohólicos rehabilitados a escuelas taller, casas de oficios, talleres de empleo y programas del FSE.	En 2008, el número de alcohólicos rehabilitados beneficiarios de estas fórmulas de formación para el empleo se habrá duplicado.	Entidades colaboradoras del ECyL y beneficiarias de ayudas del FSE	2008
	Orientación e intermediación laboral de alcohólicos rehabilitados a través de programas y servicios específicos para colectivos con dificultades especiales para acceder al mercado laboral.	En 2008, existirá al menos un programa o servicio de esta naturaleza en todas las provincias de Castilla y León. A través de estos servicios se diseñará un plan individualizado de inserción laboral del que se beneficiarán un promedio de 200 alcohólicos al año.	Ayuntamientos capitales de provincia y entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo del ECyL y del CRD	2008 Anual a partir de 2005
	Inserción laboral de alcohólicos rehabilitados a través de distintas fórmulas, autoempleo y empleo protegido incluido.	Durante la vigencia del Plan, el número de beneficiarios de estas fórmulas de inserción laboral se incrementará a un ritmo medio anual del 10%, prestándose una especial atención a la incorporación de alcohólicos a fórmulas normalizadas de apoyo al empleo.	ECyL, Corporaciones Locales y entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo de la D.G. de Economía Social y del CRD	Anual a partir de 2005
	Apoyo psicosocial a alcohólicos y a su familia a través de asociaciones de ayuda mutua.	En todas las provincias de la Comunidad Autónoma se proporcionará apoyo psicosocial a los alcohólicos y a las familias que lo precisen.	Asociaciones de ayuda mutua con apoyo del CRD	Anual
	Apoyo residencial a alcohólicos rehabilitados o en proceso de rehabilitación.	En 2008, todas las provincias de la Comunidad Autónoma contarán con algún dispositivo de apoyo residencial para alcohólicos.	Ayuntamientos y entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD	2008

PLAN OPERATIVO IV**Objetivo general 2 - Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco.**

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	R. de la ejecución	P. temporal
2.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco.	Aplicación de programas acreditados de prevención escolar.	Anualmente, más de 20.000 alumnos se beneficiarán de programas acreditados de prevención escolar.	CRD, C. de Educación y Corporaciones Locales.	Anual
2.2. Reducir la aceptación social del tabaco.	Desarrollo de programas de prevención familiar.	Anualmente, como mínimo 3.000 familias se beneficiarán de programas de prevención familiar.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	Anual
2.3. Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco en adolescentes.		En el año 2008, la totalidad de los Planes Locales sobre Drogas realizarán programas de prevención familiar del consumo de drogas.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	2008
	Realización de programas estructurados de prevención extraescolar.	Anualmente, al menos un promedio de 2.000 preadolescentes, adolescentes y jóvenes se beneficiarán de programas estructurados de prevención extraescolar.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	Anual
		En 2008, al menos 1.000 preadolescentes y adolescentes de 9 a 13 años que participen en programas acreditados de prevención se encontrarán bajo la influencia simultánea de actuaciones de prevención escolar, familiar y extraescolar.	CRD, C. de Educación y Corporaciones Locales.	2008
	Realización de programas de prevención laboral, preferentemente dentro de Planes integrales de intervención.	Actualización del convenio marco para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral. Durante la vigencia del Plan se desarrollarán programas de prevención laboral, en especial en sectores de producción de alto riesgo, bien por tener unos niveles elevados de consumo de drogas o bien porque puedan verse afectadas terceras personas	CECALE, UGT y CCOO con el apoyo del CRD.	2006 Anual, a partir de 2005
	Implantación de programas estructurados y sistemáticos de prevención comunitaria.	En 2008, la totalidad de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes contarán con programas estructurados y sistemáticos de prevención comunitaria.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	2008
	Elevación de la edad legal para acceder al tabaco.	En 2006 se habrá modificado la Ley 3/1994, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, elevando la edad legal para acceder al tabaco hasta los 18 años.	Junta de Castilla y León.	2006
	Vigilancia del cumplimiento de la legislación vigente en materia de promoción, venta y consumo de tabaco, con especial atención al colectivo de los menores de edad.	En 2005 se aplicará un programa anual de control y de actuación ante denuncias por supuestas infracciones a la legislación vigente.	Junta de Castilla y León, Corporaciones Locales y Guardia Civil.	Anual a partir de 2005

PLAN OPERATIVO V
Objetivo general 2 - Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco.

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
2.4. Facilitar el abandono de la dependencia del tabaco por medio de distintos programas y servicios asistenciales.	Implantación de un servicio de deshabituación tabáquica en Atención Primaria.	Anualmente, el servicio de deshabituación tabáquica en Atención Primaria atenderá a un promedio de 40.000 pacientes fumadores.	Gerencia Regional de Salud.	A partir de 2005
	Implantación de un protocolo de consejo sanitario antitabaco en el ámbito laboral.	En 2008, los servicios de prevención de riesgos laborales propios o ajenos tendrán implantado un protocolo de consejo sanitario antitabaco.	Administraciones Públicas, empresarios y Mutuas.	2008
	Tratamiento del tabaquismo a través de grupos de deshabituación tabáquica.	Anualmente, al menos 3.000 fumadores recibirán tratamiento a través de este programa, alcanzando una tasa de éxito al año de seguimiento no inferior al 30%	Asociación Española contra el cáncer, con el apoyo del CRD.	Anual
	Tratamiento especializado del tabaquismo desde Unidades de deshabituación tabáquica.	En 2008, la totalidad de las Áreas de Salud contarán con una unidad de deshabituación tabáquica para el tratamiento especializado del tabaquismo.	Gerencia Regional de Salud.	2008
	Implantación de una línea 901 de ayuda para dejar de fumar.	Anualmente, se dispensará asesoramiento terapéutico a un promedio de 200 casos a través de la línea telefónica.	CRD.	Anual a partir de 2005
	Funcionamiento de un programa de ayuda a distancia para dejar de fumar vía Internet.	Anualmente, se ofrecerá asesoramiento individualizado a través de este programa a un mínimo de 100 fumadores.	CRD.	Anual a partir de 2005
	Tratamiento del tabaquismo en centros universitarios.	A través de este servicio se atenderá anualmente a un promedio de 250 estudiantes universitarios, alcanzando una tasa de éxito a los 6 meses de seguimiento no inferior al 20%.	Universidad de Salamanca con el apoyo del CRD.	Anual a partir de 2005

PLAN OPERATIVO VI
Objetivo general 3 - Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cannabis y de drogas psicoestimulantes.

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
3.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de drogas ilegales en adolescentes.	Aplicación de programas acreditados de prevención escolar.	Anualmente, más de 20.000 alumnos se beneficiarán de programas acreditados de prevención escolar.	CRD, C. de Educación y Corporaciones Locales.	Anual
3.2. Reducir la aceptación social del cannabis y de las drogas psicoestimulantes.	Desarrollo de programas de prevención familiar.	Anualmente, como mínimo 3.000 familias se beneficiarán de programas de prevención familiar.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	Anual
3.3. Disminuir la accesibilidad percibida a las drogas ilegales.		En el año 2008, la totalidad de los Planes Locales sobre Drogas realizarán programas de prevención familiar universal, selectiva e indicada del consumo de drogas.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	2008
3.4. Aumentar las conductas de ocio saludable en adolescentes y jóvenes.	Realización de programas estructurados de prevención extraescolar.	Anualmente, al menos un promedio de 2.000 preadolescentes, adolescentes y jóvenes se beneficiarán de programas estructurados de prevención extraescolar.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	Anual a partir de 2005
3.5. Retrasar la edad de inicio en el consumo de cannabis y drogas psicoestimulantes en adolescentes.	Implantación de programas estructurados y sistemáticos de prevención comunitaria.	En 2008, al menos 1.000 preadolescentes y adolescentes de 9 a 13 años que participen en programas acreditados de prevención se encontrarán bajo la influencia simultánea de actuaciones de prevención escolar, familiar y extraescolar.	CRD, C. de Educación y Corporaciones Locales.	2008
		En 2008, la totalidad de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes contarán con programas estructurados y sistemáticos de prevención comunitaria.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	2008
		En 2008, la totalidad de los Ayuntamientos de capitales de provincia realizarán programas de reducción de los daños durante los fines de semana.	Corporaciones Locales con el apoyo del CRD.	2008

PLAN OPERATIVO VII
Objetivo general 3 - Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cánnabis y de drogas psicoestimulantes.

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
3.6. Facilitar el abandono de la dependencia de las drogas ilegales mediante tratamiento en centros y programas específicos.	Tratamiento a través de centros específicos de atención ambulatoria (CADs).	En 2006, el tratamiento a personas dependientes de las drogas ilegales a través de estos centros se realizará mediante protocolos clínicos consensuados. Anualmente, la proporción de altas terapéuticas en los CADs se situará por encima del 30%.	Entidades privadas sin ánimo de lucro en concierto con el CRD.	Año 2006
	Tratamiento a través de centros de día.	Anualmente, la proporción de altas terapéuticas en los centros de día se situará por encima del 40%.	Entidades privadas sin ánimo de lucro en concierto con el CRD.	Anual
	Desintoxicación en unidades hospitalarias.	Anualmente, la proporción de altas terapéuticas en las unidades de desintoxicación hospitalaria superará el 80% y el tiempo medio de espera para ingresar en las mismas no superará los 30 días.	Gerencia Regional de Salud y entidades privadas sin ánimo de lucro en concierto con el CRD.	Anual
	Tratamiento de drogodependientes con trastornos mentales asociados a través de una unidad regional de patología dual.	En 2005 estará en funcionamiento una unidad regional de patología dual con una dotación mínima de 6 camas.	Gerencia Regional de Salud	Año 2005
	Tratamiento a través de comunidades terapéuticas.	Durante la vigencia del Plan, el tiempo de espera para ingresar en comunidades terapéuticas no superará los 30 días y la proporción de altas terapéuticas alcanzará como mínimo el 30%. En 2006, el tratamiento a personas dependientes de las drogas ilegales a través de estos centros se realizará mediante protocolos clínicos consensuados.	Entidades privadas sin ánimo de lucro en concierto con el CRD.	Anual
			Entidades privadas sin ánimo de lucro en concierto con el CRD.	Año 2006

PLAN OPERATIVO VIII
Objetivo general 3 - Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cánnabis y de drogas psicoestimulantes.

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
3.6. Facilitar el abandono de la dependencia de las drogas ilegales mediante programas de asistencia a drogodependientes con problemas jurídico-penales.	Asistencia jurídica y orientación legal a drogodependientes.	En todas las provincias de la Comunidad existirá un servicio de asesoría jurídica y orientación legal a drogodependientes.	Entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD.	Anual
	Servicios de orientación y asesoramiento a drogodependientes en Juzgados.	Con el reconocimiento de las respectivas Juntas de Jueces, existirán servicios de esta naturaleza en Burgos, León y Valladolid.	Entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD.	Anual
	Programas de atención a reclusos drogodependientes en centros penitenciarios.	Durante la vigencia del Plan, la totalidad de los centros penitenciarios de Castilla y León contarán con programas de atención a reclusos drogodependientes. En 2006, existirá al menos una comunidad terapéutica intrapenitenciaria en Castilla y León.	D.G. de Instituciones Penitenciarias y entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD.	Anual 2006
	Tratamiento de menores infractores drogodependientes en el Centro Regional Zambrana.	En 2005 estará en funcionamiento un programa específico de asistencia a menores infractores drogodependientes en el Centro Regional Zambrana.	Gerencia Regional de Servicios Sociales y entidades privadas sin ánimo de lucro en concierto con el CRD.	Anual a partir de 2005

PLAN OPERATIVO IX**Objetivo general 3 - Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cánnabis y de drogas psicoestimulantes.**

Objetivos operativos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
3.6. Facilitar el abandono de la dependencia de las drogas ilegales mediante programas de integración sociolaboral.	Formación académica a través de cursos reglados y formación cultural en centros de tratamiento.	Durante la vigencia del Plan, el 100% de los centros específicos acreditados ofertará formación académica y cultural a los drogodependientes en tratamiento que la necesiten.	Centros de educación de adultos y entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD	Anual
	Formación prelaboral en centros de tratamiento.	Durante la vigencia del Plan, el 100% de los centros específicos acreditados ofertará formación prelaboral a los drogodependientes en tratamiento que la precisen.	Entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD	Anual
	Formación profesional ocupacional de drogodependientes rehabilitados o en proceso de rehabilitación.	En 2008, el número de beneficiarios de actividades de formación profesional ocupacional se habrá incrementado en un 50%, prestándose especial atención a la incorporación de drogodependientes a cursos normalizados de formación.	Entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD y entidades colaboradoras del ECyL	2008
	Formación para el empleo a través de la incorporación de drogodependientes rehabilitados a escuelas taller, casas de oficios, talleres de empleo y programas del FSE.	En 2008, el número de drogodependientes beneficiarios de estas fórmulas de formación para el empleo se habrá duplicado.	Entidades colaboradoras del ECyL y beneficiarias de ayudas del FSE	2008
	Orientación e intermediación laboral de drogodependientes rehabilitados a través de programas y servicios específicos para colectivos con dificultades especiales para acceder al mercado laboral.	En 2008 existirá al menos un programa o servicio de esta naturaleza en todas las provincias de Castilla y León. A través de estos servicios se diseñará un plan individualizado de inserción laboral del que se beneficiarán un promedio de 1.000 drogodependientes al año.	Ayuntamientos capitales de provincia y entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo del ECyL y del CRD	2008 Anual a partir de 2005
	Inserción laboral de drogodependientes rehabilitados a través de distintas fórmulas, autoempleo y empleo protegido incluido.	Durante la vigencia del Plan, el número de beneficiarios de estas fórmulas de inserción laboral se incrementará a un ritmo medio anual del 10%, prestándose una especial atención a la incorporación de drogodependientes a fórmulas normalizadas de apoyo al empleo.	ECyL, Corporaciones Locales y entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo de la D.G. de Economía Social y del CRD	Anual a partir de 2005
	Apoyo psicosocial al drogodependiente y a su familia a través de asociaciones de ayuda mutua y de otras entidades que intervienen en drogodependencias.	En todas las provincias de la Comunidad Autónoma se proporcionará apoyo psicosocial a los drogodependientes y a sus familias cuando lo precisen.	Asociaciones de ayuda mutua y entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD	Anual
	Apoyo residencial a drogodependientes rehabilitados o en proceso de rehabilitación.	Durante la vigencia del Plan, los drogodependientes que lo necesiten recibirán apoyo residencial a través de distintas fórmulas: pisos, centros específicos de reinserción, residencias, casas de acogida, etc.	Ayuntamientos y entidades privadas sin ánimo de lucro con apoyo del CRD	Anual

PLAN OPERATIVO X**Objetivo general 4 – Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.**

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
4.1. Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados.	Implantación de espacios libres de humo de tabaco, en especial en las Administraciones Públicas, centros docentes, sanitarios y de servicios sociales y en empresas.	En 2006 se habrán implantado espacios libres de humo de tabaco al menos en la totalidad de las Consejerías y Organismos autónomos dependientes de la Administración Autonómica. Asimismo, se habrán implantado en todos los Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales que cuenten con un Plan Local sobre Drogas.	Junta de Castilla y León, Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales con un Plan Local sobre Drogas.	2006
4.2. Reducir los accidentes de tráfico asociados al consumo de alcohol y otras drogas.	Introducción de contenidos sobre la influencia del alcohol, los medicamentos y otras drogas en la seguridad vial dentro de las actividades de formación de las autoescuelas.	En 2008, la introducción de contenidos sobre la influencia del alcohol, los medicamentos y otras drogas en la seguridad vial se habrá implantado en autoescuelas de todas las provincias de Castilla y León.	DGT y autoescuelas con el apoyo de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y Junta de Castilla y León.	2008
	Fomento del conductor designado y del transporte alternativo, especialmente en jóvenes durante las noches de los fines de semana.	En 2008, todos los Ayuntamientos que sean capital de provincia realizarán acciones de promoción del conductor designado y del transporte alternativo durante las noches de los fines de semana.	Ayuntamientos capitales de provincia con el apoyo de la DGT y de la Junta de Castilla y León.	2008
	Elevación de la edad legal para acceder al alcohol.	En 2006 se habrá modificado la Ley 3/1994, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, elevando la edad legal para acceder al alcohol hasta los 18 años.	Junta de Castilla y León	2006
	Realización de controles periódicos de alcoholemia a los conductores, con especial atención a los jóvenes durante las noches de los fines de semana y en acontecimientos festivos especiales.	Anualmente se realizarán un mínimo de 350.000 controles de alcoholemia a los conductores de Castilla y León.	Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.	Anual
4.3. Reducir los daños asociados al consumo de drogas durante las noches de los fines de semana.	Realización de programas de reducción de los daños en espacios de ocio durante las noches de los fines de semana.	En 2008, la totalidad de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes contarán con este tipo de programas.	Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes con el apoyo del CRD.	2008

PLAN OPERATIVO XI**Objetivo general 4 – Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.**

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
4.4. Prevenir conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas en drogodependientes.	Realización de programas de mantenimiento con metadona.	Durante el periodo de vigencia del Plan, los consumidores de opiáceos en los que esté indicado el tratamiento con metadona, podrán acceder a esta modalidad terapéutica sin soportar lista de espera.	Sacyl, D.G. Instituciones Penitenciarias y entidades privadas sin ánimo de lucro en concierto con el CRD	Anual
	Vacunación de drogodependientes en centros de tratamiento y en prisiones.	Durante la vigencia del Plan, la totalidad de los centros específicos acreditados vacunarán a la población drogodependiente que lo necesite.	D.G. Instituciones Penitenciarias y entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo del CRD y de la D.G. de Salud Pública y Consumo	Anual
	Realización de programas de intercambio de jeringuillas en la comunidad y en centros penitenciarios.	Durante la vigencia del Plan se realizarán este tipo de programas en todas las provincias de Castilla y León.	D.G. Instituciones Penitenciarias y entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo del CRD y de la D.G. de Salud Pública y Consumo	Anual a partir de 2005
	Detección y control de la tuberculosis en CADs y en centros penitenciarios.	En 2006, el 100% de los drogodependientes que lo precisen recibirán quimioprofilaxis o tratamiento antituberculoso supervisado en los CADs y centros penitenciarios.	D.G. Instituciones Penitenciarias y entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo del CRD, D. G. de Salud Pública y Consumo y Sacyl.	2006
	Atención a necesidades básicas de los drogodependientes a través de servicios de emergencia social.	En 2008, la totalidad de las capitales de provincia contarán con un programa de reducción de los daños que atiende las necesidades básicas de los drogodependientes en situación de emergencia social.	Entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo del CRD	2008
	Realización de talleres de sexo más seguro y de consumo de menor riesgo en centros de tratamiento.	En 2006, se realizarán talleres de sexo más seguro y de consumo de menor riesgo en todas las provincias de Castilla y León.	Entidades privadas sin ánimo de lucro con el apoyo del CRD y de la D. G. de Salud Pública y Consumo	2008

PLAN OPERATIVO XII**Objetivo general 5 – Potenciar la participación social y la coordinación y cooperación institucional.**

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	R. de la ejecución	P. temporal
5.1. Fomentar la coordinación y cooperación entre Departamentos de la Administración Autonómica	Coordinación y cooperación con los Centros Directivos y Organismos autónomos de la Administración Autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan.	En 2005 se habrán establecido mecanismos estables de coordinación y cooperación con los siguientes Centros Directivos y Organismos autónomos: D. G. de Planificación y Ordenación Educativa, D. G. de Formación Profesional e Innovación Educativa, D. G. de Coordinación, Inspección y Programas Educativos, D. G. de Salud Pública y Consumo, Gerencia Regional de Salud, D. G. de la Juventud, Gerencia Regional de Servicios Sociales, D. G. de Economía Social, Servicio Público de Empleo y D.G. de Carreteras e Infraestructuras.	Junta de Castilla y León.	A partir de 2005
5.2. Fomentar la coordinación y cooperación con otras Administraciones Públicas del Estado.	Coordinación y cooperación con la Administración Local de Castilla y León a través de la Red de Planes sobre Drogas.	Durante la vigencia del Plan se mantendrá y reforzará la coordinación y cooperación con la Administración Local a través de la Red de Planes sobre Drogas.	CRD, Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales con un Plan Local sobre Drogas.	Anual
		En 2006, la totalidad de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y de las Diputaciones Provinciales de Castilla y León contarán con un Plan Local sobre Drogas aprobado por sus correspondientes órganos de gobierno.	Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.	2006
	Coordinación y cooperación con distintos Departamentos y Organismos de la Administración General del Estado	En 2005 se habrán establecido mecanismos de coordinación y cooperación con los siguientes Centros Directivos y Organismos de la Administración General del Estado: DGPNSD, D.G. de Salud Pública y Consumo, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Dirección General de Tráfico, Instituto Nacional de Toxicología y Fiscalía General del Estado.	Administración General de Estado y CRD.	A partir de 2005
5.3. Fomentar la participación social y la coordinación y cooperación con la sociedad a través de sus grupos organizados	Participación social y coordinación con las organizaciones de la comunidad a través del Consejo asesor en materia de drogodependencias y de los órganos formalmente constituidos en el seno de los Planes Locales sobre Drogas.	Anualmente se reunirá el Consejo asesor en materia de drogodependencias.	CRD.	Anual
		En 2005 la totalidad de los Planes Locales sobre Drogas contarán con órganos de coordinación y participación social formalmente constituidos.	Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales con un Plan Local sobre Drogas.	2005
	Fomento de la participación y de la coordinación con la iniciativa social a través de convenios, conciertos y subvenciones	Durante la vigencia del Plan se mantendrán conciertos, convenios y subvenciones para la financiación de programas y servicios realizados por entidades privadas sin ánimo de lucro que colaboren en su desarrollo.	CRD, Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales con un Plan Local sobre Drogas.	Anual

PLAN OPERATIVO XIII

Objetivo general 6 – Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias.

Objetivos específicos	Acciones clave	Metas operativas	Responsable de la ejecución	Periodo temporal
6.1. Contribuir al fomento de la investigación aplicada en materia de drogodependencias.	Mantenimiento de una colaboración fluida con el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas, con los Planes Locales y con las Universidades de Castilla y León.	Anualmente, se realizarán al menos 5 estudios e investigaciones en la Comunidad Autónoma.	Universidades, Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y otras instituciones de Castilla y León con el apoyo de la DGPNSD y del CRD	Anual a partir de 2005
6.2. Desarrollar y mantener sistemas de información rápidos, sencillos y fiables.	Implantación del Registro de Drogodependientes en tratamiento (RDT).	En 2005, el Registro de Drogodependientes en tratamiento estará operativo en el CRD y en los CADs de la Comunidad Autónoma.	CRD y Entidades gestoras de los CADs	2005
	Implantación de un sistema de información en la Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León.	En 2006, la Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León contará con un sistema propio de información.	CRD, Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.	2006
6.3. Evaluar programas y servicios del Plan, en especial antes de su instauración generalizada.	Evaluación previa de los programas y servicios del Plan antes de su implantación generalizada.	A partir de 2005, los programas y servicios que vayan a formar parte del Plan Regional sobre Drogas serán evaluados antes de su implantación generalizada.	CRD	2005
	Valoración del grado de satisfacción de los usuarios con la red asistencial.	En 2006 se habrá realizado una evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en los centros específicos de asistencia a drogodependientes.	CRD	2006
6.4. Realizar actividades de formación continuada de profesionales y mediadores clave.	Establecimiento de un plan anual de formación de profesionales y mediadores clave.	Anualmente se realizará un plan de formación teniendo en cuenta las demandas de los profesionales y mediadores y las necesidades detectadas por el Plan.	CRD con la colaboración de entidades públicas y privadas integradas en el PRsD	Anual

CAPÍTULO VI

Sistema de asistencia e integración social del drogodependiente (SAISDE)

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, establece las características fundamentales del Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE). En el artículo 16 de la citada Ley, se estipula que el SAISDE se estructura, al menos, en tres niveles básicos de intervención, atribuyendo al Plan Regional sobre Drogas la tarea de desarrollar detalladamente el Sistema, con indicación del circuito terapéutico, la jerarquización de recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención.

Por otra parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) indica que los circuitos terapéuticos de los Sistemas autonómicos de asistencia e integración social de drogodependientes, deberán contar con recursos y programas para la integración sociolaboral y con programas y servicios para el tratamiento del alcoholismo y del tabaquismo.

El Sistema que se presenta a continuación desarrolla tres circuitos terapéuticos de utilización pública con los que se articula una oferta asistencial suficiente y de calidad para el tratamiento de los problemas derivados del abuso y dependencia del alcohol, tabaco y drogas ilegales. Los circuitos incorporan centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema de Salud y de Acción Social de Castilla y León, complementados con recursos privados debidamente acreditados. Muchos de esos centros y servicios forman parte de más de un circuito terapéutico. Por ello, y para una mayor claridad expositiva, se describen una sola vez, integrados en su correspondiente nivel, y con indicación de las funciones concretas que se les atribuyen en cada circuito.

PRIMER NIVEL.

El primer nivel del circuito terapéutico es la principal puerta de entrada al Sistema y sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean al drogodependiente de entre todos los que forman parte de la red asistencial. Sus principales cometidos son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a los servicios especializados para iniciar tratamiento y la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas del drogodependiente y de su familia. Los recursos que forman parte de este nivel pertenecen a dos categorías bien diferenciadas: recursos generales del nivel de Atención Primaria de Salud y de Acción Social y recursos específicos con programas diversos de baja exigencia.

La configuración de este nivel por recursos, servicios y programas, con indicación de la accesibilidad, demarcación territorial, principales derivaciones y funciones asignadas a cada uno de ellos, es la siguiente:

• Equipos de Atención Primaria de Salud (E.A.P.S.).

Acceso: Directo y por derivación del resto de los recursos del primer nivel.

Demarcación territorial: Zona Básica de Salud.

Funciones:

- Educación sanitaria en relación con el consumo de drogas.
- Diagnóstico precoz de problemas de abuso y dependencia de las drogas, en especial del alcohol y del tabaco.
- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Motivación y derivación de casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.
- Consejo sanitario antitabaco e intervención mínima sistematizada y tratamiento de deshabituación en pacientes fumadores.
- Intervenciones breves como enfoque terapéutico en pacientes que abusan del alcohol.
- Prevención, control y seguimiento, en estrecha colaboración con el nivel especializado del Sistema de Salud, de la patología somática asociada al consumo de drogas.

Derivaciones: A los centros específicos de primer nivel y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

• Centros de Acción Social (CEAS).

Acceso: Directo y por derivación del resto de los recursos del primer nivel.

Demarcación territorial: Zona Básica de Acción Social.

Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz de personas con problemas de drogodependencias.
- Motivación y derivación de casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.
- Atención a la problemática social del drogodependiente y de su familia.
- Apoyo al proceso de integración social.

Derivaciones: A los centros específicos de primer nivel y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel no dependientes del SACyL.

• *Centros Específicos de Primer Nivel (CEPN).*

Los centros específicos de primer nivel están gestionados en su mayor parte por asociaciones de alcohólicos rehabilitados y por asociaciones de ayuda mutua a personas dependientes de las drogas ilegales. Son el dispositivo de referencia en el primer nivel y a él deben derivarse los casos más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del primer nivel.

Acceso: Directo y por derivación del resto de los recursos del Sistema, en particular del primer nivel.

Demarcación territorial: Provincia o menor.

Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz y captación, preferentemente activa, de personas con problemas de alcoholismo y de dependencia de las drogas ilegales.
- Motivación y derivación de casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.
- Apoyo psicosocial al tratamiento ambulatorio especializado.
- Educación sanitaria para minimizar los daños relacionados con el consumo de drogas.
- Asesoría jurídica y orientación legal.
- Apoyo y asesoramiento a la familia y al entorno afectivo del drogodependiente.
- Apoyo al proceso de integración social.

Principales derivaciones: A los recursos especializados del segundo nivel.

• *Programas de ayuda a distancia para dejar de fumar.*

Estos programas se dirigen a fumadores ligeros y poco dependientes de toda la Comunidad Autónoma que no pueden o no quieren acudir a programas presenciales de tratamiento del tabaquismo. Se basan en una metodología de autoayuda tutorizada en la que el fumador recibe información y asesoramiento, así como consejos y técnicas para dejar de fumar. Asimismo, desde la unidad central de gestión de estos programas se realiza un seguimiento de la evolución del paciente.

En Castilla y León existen dos programas de estas características:

- Línea 901 de ayuda para dejar de fumar.
- Programa de ayuda a distancia para dejar de fumar vía Internet.

Acceso: Directo.

Demarcación Territorial: Comunidad Autónoma.

Derivaciones: A los programas de deshabituación tabáquica en grupo.

• *Servicios de Orientación y Asesoramiento a drogodependientes en Juzgados (SOAD).*

Acceso: Directo.

Demarcación territorial: Audiencias Provinciales.

Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección y captación de personas con problemas de drogodependencias.
- Motivación y derivación de casos para iniciar tratamiento.
- Orientación legal al drogodependiente y a su familia.
- Asesoramiento en materia de drogodependencias a jueces, magistrados, fiscales y otros profesionales de la Administración de Justicia.

Principales derivaciones: A los recursos especializados del segundo nivel.

• *Programas de reducción de los daños para drogodependientes (PRD).*

Dentro de este apartado se incluyen un conjunto heterogéneo de programas, centros y servicios de primera línea, cuyo principal objetivo es conectar con la población drogodependiente, en especial con la más resistente a establecer relación con el SAISDE, para mejorar su calidad de vida e intentar, si ello es posible, ponerla en contacto con otros recursos de mayor exigencia de la red asistencial.

Acceso: Su accesibilidad y flexibilidad son máximas y su grado de exigencia es bajo.

Demarcación territorial: Variable, pudiendo ser provincial o menor dependiendo del tipo de programa o servicio de que se trate.

Derivaciones: A los CEPN y a los recursos especializados del segundo nivel.

Principales servicios y programas:

1.– *Programas de mantenimiento con opiáceos de baja exigencia.*

2.– *Servicios móviles.* Intervienen en puntos en los que de forma espontánea se produce una alta concentración de consumidores de drogas. Sus funciones básicas son las siguientes:

- Suministro de jeringuillas y preservativos.
- Información y asesoramiento sobre recursos asistenciales para drogodependientes.
- Educación sanitaria destinada a minimizar los daños relacionados con el consumo de drogas.
- Identificación de problemas sanitarios y sociales del consumidor de drogas, sirviendo de nexo de unión con el Sistema de Salud y de Acción Social.

Las *unidades móviles sanitarias* son vehículos polivalentes, que además de las funciones antes señaladas, desempeñan las siguientes:

- Dispensación de sustitutivos opiáceos.
- Toma de muestras y realización de pruebas diagnósticas.
- Cura de heridas leves por el consumo de drogas por vía intravenosa o por otras circunstancias.
- Primeros auxilios en casos como desmayos, crisis, fracturas o accidentes.

3.– *Servicios de emergencia social.* Su finalidad básica es acoger a la población drogodependiente, en especial a aquella que presenta graves problemas de marginalidad, y atender sus necesidades más elementales. Entre sus funciones se pueden destacar las siguientes:

- Suministro de preservativos, jeringuillas y otros útiles de consumo.
- Servicios de higiene personal y lavandería.
- Espacios de estancia y descanso, con la posibilidad de incluir zona de dormitorio en algunos casos.
- Suministro de comidas y bebidas.
- Suministro de diversa información útil, en especial sobre recursos asistenciales para drogodependientes.
- Educación sanitaria destinada a reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Atención sanitaria y a consultas de diversa índole: jurídicas, sociales, laborales, etc., sirviendo de nexo de unión entre el drogodependiente y el Sistema de Salud y de Acción Social.

4.– *Otros programas de reducción de los daños.* El SAISDE, además de los programas y servicios anteriores, incluye las siguientes prestaciones de reducción de los daños en algunos de sus dispositivos asistenciales:

- Programa de vacunaciones frente a enfermedades infecciosas prevalentes en el colectivo de consumidores de drogodependientes (hepatitis A y B, difteria y tétanos, antigripal y antineumocócica).
- Programa de detección y control de la tuberculosis en drogodependientes.
- Talleres de sexo más seguro y de consumo de menor riesgo.

SEGUNDO NIVEL.

El segundo nivel del circuito terapéutico es el eje sobre el que se vertebra buena parte del proceso de asistencia al drogodependiente a través de equipos ambulatorios interdisciplinarios, que son los encargados de diseñar y desarrollar planes individualizados de tratamiento especializado. Estos planes requieren con frecuencia la coordinación y utilización de otros dispositivos asistenciales del Sistema. Los recursos ambulatorios de referencia para el tratamiento del alcohol y las drogas ilegales, en los que recae de un modo especial esta función, son los centros específicos de atención ambulatoria a drogodependientes (CADS) y las unidades de tratamiento del alcoholismo (UTAS).

La oferta de tratamiento del segundo nivel se caracteriza por su diversidad y globalidad, ya que en ella tienen cabida de una forma integral aproxi-

maciones terapéuticas biológicas, psicológicas y sociales. Igualmente, es característico de este nivel la flexibilidad de acceso y de enfoque terapéutico; de hecho, en el caso de las drogas ilegales, en el segundo nivel conviven programas de reducción de los daños, tratamientos con sustitutivos opiáceos y programas libres de drogas de distinto nivel de exigencia.

Los recursos que forman parte de este nivel presentan un diferente grado de especialización en drogodependencias, pudiendo agruparse de acuerdo con este criterio del siguiente modo:

- Recursos especializados de carácter general: Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
- Recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias: CADS, UTAS, unidades de deshabituación tabáquica, centros de día para drogodependientes y programas asistenciales en centros penitenciarios.

El acceso, demarcación territorial, principales derivaciones y funciones asignadas a cada uno de los recursos de este nivel son los que se presentan a continuación:

• *Centros específicos de atención ambulatoria a drogodependientes (CADS).*

Son el dispositivo de referencia en el segundo nivel para el tratamiento del abuso y dependencia de las drogas ilegales. A los CADS se deben derivar los casos más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del segundo nivel.

Acceso: Directo o por derivación de los recursos del primer y segundo nivel.

Demarcación territorial: Área de Salud.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de drogodependientes, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Educación sanitaria destinada a reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología somática asociada al consumo de drogas ilegales.
- Apoyo al proceso de inserción social del drogodependiente, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Principales derivaciones: A las asociaciones de ayuda mutua, a los recursos del tercer nivel y a la red para la integración sociolaboral del drogodependiente.

• *Unidades para el tratamiento del alcoholismo (UTAS).*

Son el dispositivo de referencia en el segundo nivel para el tratamiento de la dependencia alcohólica. A las UTAS se deben derivar los casos más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del segundo nivel.

Acceso: Por derivación de los Equipos de Salud Mental de Distrito y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Demarcación Territorial: Área de Salud.

Funciones:

- Evaluación, desintoxicación y deshabituación de pacientes con dependencia alcohólica.
- Tratamiento de los trastornos mentales asociados a la dependencia del alcohol.
- Apoyo al proceso de integración social de alcohólicos, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Principales derivaciones: A las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, a los centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos y a la red para la integración sociolaboral de drogodependientes.

• *Programas de deshabituación tabáquica en grupo.*

Acceso: Directo y por derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los programas de ayuda a distancia para dejar de fumar.

Demarcación Territorial: Provincia o menor.

Funciones: Evaluación diagnóstica y terapia de grupo para dejar de fumar.

Derivaciones: A las unidades de deshabituación tabáquica.

• *Centros de Día para drogodependientes.*

Acceso: Directo y por derivación de los recursos del primer y segundo nivel.

Demarcación Territorial: Provincia.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, deshabituación y rehabilitación de drogodependientes en régimen intermedio.
- Educación sanitaria destinada a reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología somática asociada al consumo de drogas.
- Apoyo al proceso de inserción social del drogodependiente, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Principales derivaciones: A los recursos del tercer nivel y a la red para la integración sociolaboral del drogodependiente.

• *Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).*

Acceso: Por derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Demarcación Territorial: Distrito Psiquiátrico.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación de drogodependientes, especialmente de aquellos que presentan dependencia alcohólica.
- Tratamiento de los trastornos mentales del drogodependiente.

Principales derivaciones: A las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, a las UTAS, a los CADS y a los recursos del tercer nivel.

• *Programas asistenciales en centros penitenciarios.*

Ofrecen una variada gama de servicios asistenciales a la población de reclusos drogodependientes. Entre sus funciones se pueden destacar las siguientes:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación en el propio centro penitenciario, ya sea en régimen ambulatorio, de centro de día o en una comunidad terapéutica intrapenitenciaria.
- Tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Motivación y derivación de casos para iniciar o continuar tratamiento fuera de la prisión.
- Educación sanitaria destinada a reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención, control y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología somática asociada al consumo de drogas ilegales.

Principales derivaciones: A los recursos especializados de tratamiento del segundo y tercer nivel, así como a la red para la integración sociolaboral del drogodependiente.

TERCER NIVEL.

Está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento en régimen residencial de las drogodependencias. A todos los dispositivos que forman parte de este nivel se accede por derivación de centros o servicios con funciones de tratamiento especializado. Este nivel asistencial está integrado por los siguientes recursos:

• *Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).*

Acceso: Por derivación de los recursos del segundo nivel.

Demarcación Territorial: Comunidad Autónoma.

Función: Desintoxicación hospitalaria de drogodependientes.

Derivaciones: Devolución de casos a los recursos del segundo nivel que enviaron el paciente a la unidad.

• *Unidad de patología dual.*

Acceso: Por derivación de los ESMD y de los CADs.

Demarcación territorial: Comunidad Autónoma.

Funciones: Tratamiento integrado de la descompensación clínica aguda de pacientes con patología psiquiátrica y drogodependencia.

Derivaciones: Devolución de casos a los recursos del segundo nivel que enviaron el paciente a la unidad.

• *Comunidades Terapéuticas para drogodependientes (CTD).*

Acceso: Por derivación de los recursos del segundo nivel.

Demarcación Territorial: Comunidad Autónoma.

Funciones: Desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de drogodependientes en régimen de internamiento.

Derivaciones: Devolución de casos a los recursos del segundo nivel que enviaron el paciente a la comunidad.

• *Centros residenciales para la rehabilitación del alcohólicos (CRA).*

Acceso: Por derivación de los recursos del segundo nivel y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Demarcación Territorial: Comunidad Autónoma.

Funciones: Desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de alcohólicos en régimen de internamiento.

Derivaciones: Devolución de casos a los recursos del segundo nivel que enviaron el paciente al CRA.

• *Unidades de deshabituación tabáquica.*

A estas unidades deben derivarse los fumadores con una alta dependencia a la nicotina, que presenten repetidos fracasos en intentos anteriores de dejar de fumar, con problemas graves de salud y/o con trastornos mentales asociados.

Acceso: Por derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los programas acreditados de deshabituación tabáquica en grupo.

Demarcación Territorial: Área de Salud.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica y tratamiento intensivo multicomponente del tabaquismo tanto a nivel individual como grupal.
- Formación y asesoramiento a profesionales de la salud, en especial del nivel de Atención Primaria.

• *Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).*

Acceso: Directo, por vía de los servicios hospitalarios de urgencias, y por derivación de los Equipos de Salud Mental de Distrito.

Demarcación Territorial: Área de Salud.

Funciones:

- Desintoxicación hospitalaria de pacientes alcohólicos.
- Atención a las urgencias psiquiátricas relacionadas con el abuso y dependencia del alcohol y otras drogas.

Derivaciones: A los recursos especializados del segundo nivel y a los centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos.

RED PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE.

La complejidad y heterogeneidad de los problemas ocasionados por la dependencia de las drogas, junto con la diversidad de los recursos que es preciso poner en juego para conseguir una efectiva reincorporación social de los drogodependientes, hace necesario contar con una serie de programas específicos para este fin.

La red para la integración social y laboral de drogodependientes de Castilla y León tiene el propósito de articular una respuesta integral al abanico de necesidades que presentan las personas con problemas de drogodependencias. Un elemento consustancial de esta red es la necesidad de trabajar simultáneamente sobre diferentes áreas de la persona (familiar, social, recreativa, ocupacional, formativa, laboral, etc.), bien sea desde un mismo recurso o bien a través de la acción coordinada de diferentes servicios y programas. En uno u otro caso, la red necesita contar con unos objetivos compartidos y con una metodología de trabajo común, de igual modo que también es indispensable disponer de unos sistemas de información y

coordinación que se construyan desde unos principios claros de cooperación.

La presente red hay que contemplarla en estrecha relación con los circuitos terapéuticos asistenciales, de hecho muchos de los recursos y programas de la red son parte integrante de los dispositivos de tratamiento.

Los servicios y programas que se presentan a continuación son aquellos que tienen un carácter específico o que prestan un servicio especializado a la población drogodependiente. Este hecho no supone que la integración social y laboral de estas personas se conciba como algo que debe recaer en exclusiva en este tipo de recursos, más bien al contrario, la oferta de recursos y oportunidades de carácter general es crucial para conseguir la efectiva incorporación social del drogodependiente en su comunidad, siendo los programas específicos un puente transitorio hacia la oferta normalizada.

La red para la integración social y laboral de drogodependientes de Castilla y León se configura con los siguientes servicios y programas específicos y especializados básicos:

• *Servicios de orientación y apoyo familiar.*

Demarcación territorial: Provincia o menor.

Funciones:

- Orientación, apoyo y seguimiento de familias de drogodependientes en tratamiento o en proceso de incorporación social.
- Recuperación de los vínculos afectivos entre el drogodependiente y su familia.

• *Programas ocupacionales y de apoyo social.*

Demarcación territorial: Provincia o menor.

Funciones:

- Acompañamiento del drogodependiente en su proceso de integración social.
- Recuperación de amistades y vínculos afectivos ajenos al mundo de las drogas.
- Canalización del drogodependiente a grupos sociales y actividades de ocio normalizadas existentes en su comunidad, realizando cuando sea necesario una labor de apoyo y de mediación.
- Organización de actividades específicas para facilitar nuevas relaciones y el contacto del drogodependiente con grupos prosociales, incluida la programación de talleres ocupacionales, actividades deportivas y ofertas formativo-culturales.

• *Programas de apoyo a la formación académica, personal y cultural.*

Demarcación territorial: Provincia o menor.

Funciones:

- Canalización del drogodependiente a cursos reglados de formación académica.
- Organización de actividades propias de formación cultural y de entrenamiento en habilidades para la vida.

• *Servicios de apoyo residencial.*

Demarcación territorial: Provincia o menor.

Tipo de servicios:

- Pisos tutelados.
- Alojamientos protegidos.
- Pisos autónomos.
- Centros de reinserción social.
- Residencias.
- Casas de acogida.

Función: Proporcionar soporte residencial temporal a los drogodependientes rehabilitados o en proceso de rehabilitación que carecen de vivienda o de soporte familiar.

• *Programas de formación para el empleo.*

Demarcación territorial: Provincia o menor.

Funciones:

- Canalización de drogodependientes a la oferta general de cursos de formación laboral.

- Organización de actividades de formación prelaboral, técnicas de búsqueda de empleo y derecho laboral básico.
- Programación de cursos específicos de capacitación profesional, con formación práctica tanto en el propio curso como en empresas del sector.

• *Programas de orientación e intermediación laboral.*

Demarcación territorial: Provincia o menor.

A través de estos programas especializados en colectivos con dificultades especiales para acceder al mercado laboral se prestan los servicios que se indican a continuación:

- Prospección del mercado de trabajo y contacto con empresas y organismos apropiados para facilitar la contratación de ex drogodependientes o drogodependientes en avanzado proceso de rehabilitación.
- Captación de usuarios mediante el contacto con la red de asistencia al drogodependiente, los centros de acción social, educadores de calle y otros agentes sociales que trabajen con este colectivo.
- Atención individualizada de los demandantes de empleo, facilitando información, orientación y apoyo en la búsqueda de empleo.
- Evaluación de las expectativas, motivaciones y habilidades del usuario con relación al mercado de trabajo.
- Elaboración de un plan individualizado de inserción laboral, que incluya formación para el empleo y la adquisición de habilidades necesarias para acceder y desenvolverse con éxito en el mercado de trabajo.
- Acompañamiento y mediación laboral en el proceso de búsqueda y consolidación del empleo.

• *Empresas de inserción laboral.*

Demarcación territorial: Provincia o mayor.

Funciones:

- Formación profesional a través del empleo.
- Contratación laboral temporal con incentivos.

• *Programas de apoyo a la incorporación laboral.*

Demarcación territorial: Provincia o menor.

La función principal de estos programas es propiciar el acceso de los drogodependientes rehabilitados o en avanzado proceso de tratamiento a contratos laborales, incluidos los de aprendizaje, y a fórmulas de autoempleo individual o cooperativo.

CAPÍTULO VII

Evaluación

La evaluación del V Plan Regional sobre Drogas se realizará de forma continua y sistemática a través del Observatorio sobre Abuso de Drogas de Castilla y León con el fin de conocer los progresos que se producen en la consecución de los objetivos establecidos.

A través del seguimiento permanente del Plan se detectarán las desviaciones que eventualmente se pueden llegar a producir, introduciendo las medidas correctoras oportunas para avanzar en el logro de los objetivos y metas operativas previstas. Asimismo, desde el Observatorio se vigilará la aparición de nuevas necesidades o problemas emergentes que requieran una adaptación de las actuaciones clave contempladas en las diferentes Líneas Estratégicas del Plan.

Anualmente, el Comisionado Regional para la Droga elaborará una Memoria del Plan Regional sobre Drogas y, a la conclusión del mismo, se realizará una evaluación final mediante el análisis de los indicadores seleccionados para los distintos objetivos formulados.

A continuación se enumeran los indicadores de evaluación y las fuentes de información de las que se nutrirá el Observatorio. Es preciso señalar, no obstante, que la relación de indicadores no es rígida ni está definitivamente cerrada. La experiencia en evaluaciones previas muestra que en ocasiones es necesario incorporar nuevos indicadores o introducir ligeras variaciones en los propuestos para adaptarse a las exigencias y limitaciones que impone la realidad.

Indicadores.

Mortalidad.

- Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco.
- Tasa de mortalidad atribuible al consumo de bebidas alcohólicas.

- Tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.
- Proporción de muertes por SIDA en usuarios de drogas por vía intravenosa.
- Proporción de conductores muertos por accidentes de tráfico en los que se detecta consumo de alcohol y de otras drogas.
- Proporción de accidentes laborales mortales en los que se detecta consumo de alcohol y de otras drogas.

Morbilidad.

- Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por cirrosis y otras enfermedades de etiología alcohólica.
- Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por cáncer de esófago, cavidad orofaríngea, laringe y pulmón, EPOC y otras patologías ocasionadas por el tabaco.
- Prevalencia de VIH en drogodependientes que inician tratamiento por primera vez.
- Incidencia estimada de Sida en drogodependientes.
- Prevalencia de hepatitis, tuberculosis y otras enfermedades relevantes entre los drogodependientes.

Problemas sociales relacionados con el abuso de drogas.

- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años y de la población general que admite haber tenido riñas y/o peleas como consecuencia del consumo de drogas.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que reconoce haber faltado a clase y/o haber tenido dificultades con los estudios como consecuencia del consumo de drogas.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años y de la población general que admite haber sido detenido por las Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad del Estado como consecuencia del consumo de drogas.
- Proporción de la población general que reconoce haber faltado al trabajo como consecuencia del consumo de drogas.
- Prevalencia de drogodependientes socialmente excluidos atendidos en dispositivos asistenciales.
- Proporción de drogodependientes en tratamiento que tiene problemas pendientes con la Administración de Justicia.
- Tasa de desempleo en los drogodependientes en tratamiento.

Consumo de bebidas alcohólicas.

- Prevalencia de consumidores semanales de bebidas alcohólicas.
- Prevalencia de consumidores diarios de bebidas alcohólicas.
- Proporción de personas que reconocen haberse emborrachado al menos una vez en los últimos seis meses.
- Prevalencia de consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas.
- Prevalencia de consumidores abusivos de bebidas alcohólicas.
- Prevalencia de consumidores problemáticos de bebidas alcohólicas según el test CAGE.
- Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de bebidas alcohólicas en el grupo de 14 a 30 años de edad.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años y de la población general que considera que consumir bebidas alcohólicas diariamente o varias veces los fines de semana puede suponer bastantes o muchos problemas.
- Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de 14 a 18 años.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres les prohíben tajantemente consumir bebidas alcohólicas.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que rechaza consumir bebidas alcohólicas diariamente o varias veces los fines de semana.
- Proporción de la población general a la que le parece mal que otras personas consuman bebidas alcohólicas.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas.
- Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos.

Consumo de tabaco.

- Prevalencia de fumadores diarios.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años y de la población general que considera que fumar a diario puede suponer bastantes o muchos problemas.
- Edad de inicio en el consumo de tabaco en estudiantes de 14 a 18 años.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres les prohíben tajantemente fumar tabaco.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que rechaza fumar a diario.
- Proporción de la población general a la que le parece mal que otras personas fumen.
- Proporción de la población general a la que le parece mal que se fume en el trabajo y en lugares públicos cerrados.
- Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos.

Consumo de drogas ilegales.

- Prevalencia de consumidores en el último mes de cánnabis, drogas de síntesis, cocaína y otras drogas ilegales.
- Tasa de incidencia por 100.000 habitantes en personas mayores de 15 años de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de drogas ilegales.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años y de la población general que considera que el consumo habitual de cánnabis, drogas de síntesis, cocaína y otras drogas ilegales puede suponer bastantes o muchos problemas.
- Edad de inicio en el consumo de cánnabis, cocaína y drogas de síntesis en estudiantes de 14 a 18 años.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que rechaza consumir cánnabis, cocaína y drogas de síntesis alguna vez en la vida y habitualmente.
- Proporción de la población general a la que le parece mal que otras personas consuman cánnabis.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir drogas ilegales.
- Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos.

Riesgos relacionados con el consumo de drogas.

- Proporción de alcoholemias positivas en controles por accidentes de circulación.
- Proporción de alcoholemias positivas en controles preventivos a conductores.
- Proporción de centros sanitarios, docentes, administrativos y empresas sin humo de tabaco.
- Prevalencia de inyectores entre los drogodependientes en tratamiento.
- Proporción de consumidores de drogas que acuden por primera vez a tratamiento y que han utilizado la vía inyectada en los seis meses previos.
- Prevalencia de reutilización de jeringuillas y uso compartido de utensilios de inyección entre los drogodependientes que utilizan la vía intravenosa para consumir drogas.
- Prevalencia de consumo de tres o más drogas.
- Proporción de drogodependientes infectados por el VIH y/o hepatitis B que utiliza preservativos en sus relaciones sexuales.

Otros indicadores.

- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que sale una o más noches a la semana.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que regresa a casa antes de la medianoche cuando sale por las noches.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que acude a discotecas, bares, pubs o fiestas los fines de semana.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que acude a actividades artísticas o culturales los fines de semana.

Participación social, coordinación y cooperación institucional.

- Número de comisiones y grupos de trabajo formalmente constituidos, acuerdos formalizados y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.
- Número de entidades privadas que participan en el desarrollo de los Planes Locales y del Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.
- Número medio anual de reuniones realizadas por los órganos de coordinación y participación social.

Formación.

- Proporción de cursos de formación realizados sobre el número total de cursos planificados.
- Proporción de profesionales de los Planes Locales sobre Drogas y de los centros específicos de asistencia a drogodependientes que participan al menos una vez al año en actividades de formación.
- Puntuación media en las encuestas de satisfacción y adecuación de las actividades de formación a las necesidades de los participantes.

Investigación y evaluación.

- Número medio anual de estudios e investigaciones realizadas en el marco del Plan Regional sobre Drogas.

Sistemas de información.

- Proporción de informes periódicos realizados y difundidos en el primer semestre del siguiente año.
- Número medio anual de publicaciones editadas por el Plan Regional y los Planes Locales sobre Drogas.

Fuentes de información.

- Estadísticas de mortalidad.
- Registro de drogodependientes en tratamiento (admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas, pacientes en tratamiento con sustitutivos opiáceos).
- Sistema autonómico de información sobre toxicomanías (urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas).
- Registro Regional de SIDA.
- Encuesta de morbilidad hospitalaria.
- Encuesta a drogodependientes en tratamiento.
- Instituto Nacional de Toxicología.
- Registro de incapacidades transitorias de SACyL.
- Estadísticas de controles de alcoholemia de la Dirección General de Tráfico.
- Encuesta sobre consumo de drogas a la población general de Castilla y León.
- Encuesta sobre consumo de drogas a la población de estudiantes de 14 a 18 años.

CAPÍTULO VIII

Financiación

El Plan Regional sobre Drogas se nutre de un importante volumen de recursos humanos, materiales y financieros procedentes de las Administraciones Públicas y de las instituciones privadas que colaboran en su desarrollo.

Las fuentes de financiación del Plan son muy diversas y no se limitan a fondos propios de las Administraciones Públicas y de las entidades privadas colaboradoras, sino que también incluyen créditos procedentes de la Unión Europea, subvenciones de la Administración General del Estado, contribuciones de particulares, etc.

Los mecanismos de financiación del Plan deberán garantizar el mantenimiento de los programas y servicios desarrollados en la actualidad que hayan demostrado su eficacia y viabilidad, así como el adecuado sostenimiento de los nuevos programas.

La financiación de las actuaciones en el período 2005-2008 deberá ajustarse a los objetivos, criterios, líneas estratégicas y actuaciones clave previstas en el Plan, así como a la demostración mediante la evaluación de la cali-

dad de las intervenciones y de su eficacia para alcanzar los objetivos previstos. Por otra parte, se hace necesaria la singularización de los diferentes créditos que las Administraciones Públicas de Castilla y León destinen específicamente a la intervención en drogodependencias.

Dejando de lado las aportaciones económicas que otras Consejerías realizan para la financiación de programas y servicios específicos de prevención y atención a drogodependientes, y los fondos imputables a actuaciones

desarrolladas por sistemas o servicios generales de los que se beneficia la población drogodependiente, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León destinará como mínimo 35 millones de euros en el período comprendido entre los años 2005 y 2008 para contribuir específicamente al desarrollo del V Plan Regional sobre Drogas, distribuyéndose anualmente, según las previsiones del Plan y las necesidades detectadas, el en subprograma 413A01 – Intervención en drogodependencias de los Presupuestos de la Comunidad de Castilla y León.

