



**AYUNTAMIENTO
DE CARTAGENA**

www.ayto-cartagena.es

COMISIÓN MUNICIPAL DE
DROGODEPENDENCIAS / P.M.A.D.

**PLAN MUNICIPAL
DE ACCION SOBRE
DROGODEPENDENCIAS
(PMAD)**

2008 - 2012

INDICE

PRINCIPIOS Y ESTRUCTURA

1. DATOS SOBRE OPINIONES, ACTITUDES Y CONSUMO DE DROGAS EN EL MUNICIPIO DE CARTAGENA.
 - 1.1. ALCOHOL
 - 1.2. TABACO
 - 1.3. PSICOFARMACOS
 - 1.4. DROGAS ILEGALES
 - 1.5. POLICONSUMOS
2. CRITERIOS BASICOS
3. MARCO NORMATIVO Y ESTRATEGIA DE ACTUACION.
4. FINALIDAD Y OBJETIVOS GENERALES
5. COMISION MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS
 - 5.1. UNIDAD POLITICA
 - 5.2. PLENO DE LA COMISION MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS (CMD)
 - 5.3. OFICINA TECNICA DEL PMAD
 - 5.4. GRUPOS DE TRABAJO DE ATENCION.
6. FINANCIACION
7. RECURSOS
 - 7.1. DEL AYUNTAMIENTO
 - 7.2. DE OTRAS ADMINISTRACIONES
 - 7.3. DE LA INICIATIVA SOCIAL
8. EVALUACION

PROGRAMA MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

1. CRITERIOS BASICOS PARA LA PREVENCIÓN
2. OBJETIVOS GENERALES
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS
4. AMBITOS DE INTERVENCIÓN Y ACTUACIONES PERIODO 2008-2012
 - 4.1. AMBITO COMUNITARIO: POBLACION GENERAL, JOVENES, MENORES DESFAVORECIDOS Y COORDINADORAS DE ASOCIACIONES EN BARRIOS Y POBLACIONES.
 - 4.2. AMBITO EDUCATIVO: EDUCACION PRIMARIA, EDUCACION SECUNDARIA, ASOCIACIONES DE MADRES Y PADRES DE ALUMNOS/AS Y FAMILIAS DESFAVORECIDAS.
 - 4.3. AMBITO LABORAL: EMPRESAS Y SINDICATOS
 - 4.4. AMBITO INSTITUCIONAL: PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS, PLAN GENERAL DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DE LAS FUERZAS ARMADAS Y PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS.

PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIAS

1. CRITERIOS BASICOS PARA LA ATENCIÓN
2. OBJETIVOS GENERALES
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS
4. ACTUACIONES Y AMBITOS DE INTERVENCIÓN
 - 4.1. AMBITO ASISTENCIAL
 - 4.2. AMBITO DE INTEGRACION SOCIAL
 - 4.3. AMBITO INSTITUCIONAL: PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS / SERVICIO MURCIANO DE SALUD

PRINCIPIOS Y ESTRUCTURA DEL PMAD

1. DATOS SOBRE OPINIONES, ACTITUDES Y CONSUMO DE DROGAS EN EL MUNICIPIO DE CARTAGENA

El fenómeno de las drogodependencias sigue representando entre la población **uno de los principales problemas sociales y de salud pública de nuestra sociedad**. Para establecer objetivos y estrategias de actuación es necesario un análisis global de la realidad concreta del municipio, tanto de la evolución de las pautas de consumo de drogas, como de la percepción y actitudes de la población. Con ello tendremos una visión común, lo más objetiva posible, sobre la incidencia y evolución de los problemas de la población de Cartagena respecto a las drogas.

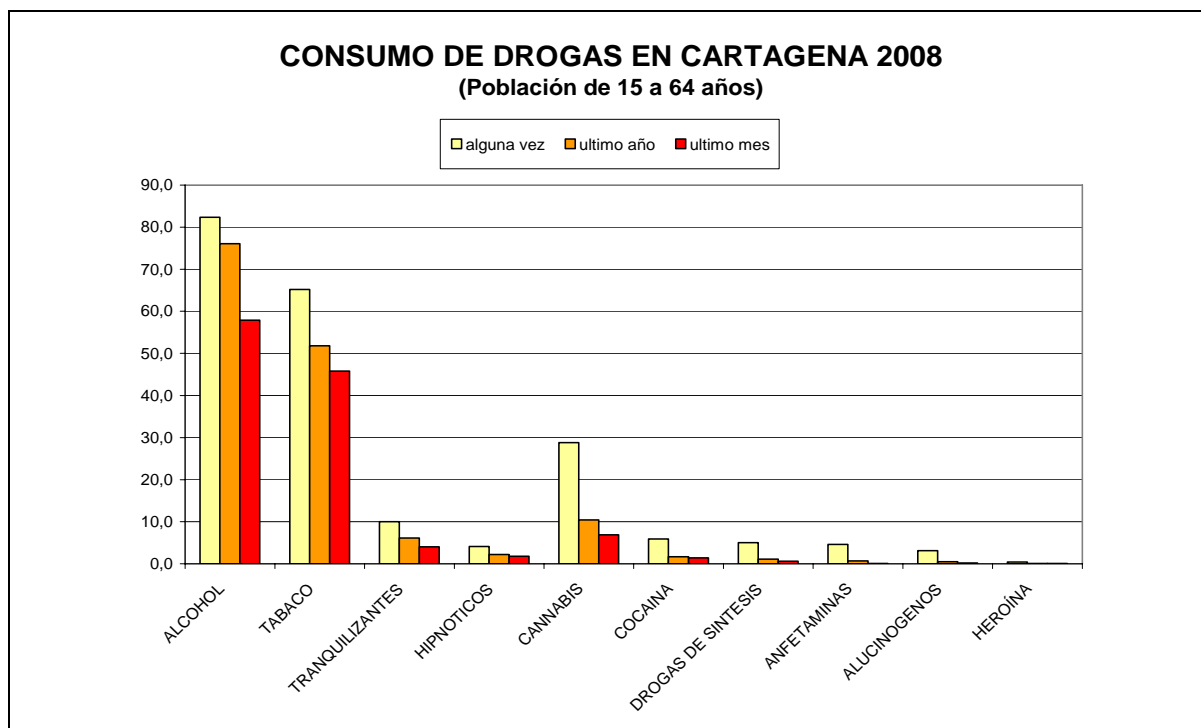
Durante el primer trimestre de 2008 se realizó un nuevo estudio sobre “Opiniones, actitudes y consumo de drogas en el municipio de Cartagena” del que se resumen las principales conclusiones y la evolución de la problemática comparada desde que se realizaron los anteriores estudios en 1998 y 2003 en Cartagena, utilizando la misma metodología.

En general, los resultados respecto al consumo de cada una de las drogas estudiadas y frecuencia del consumo (alguna vez, último año y los últimos 30 días), marcan una **tendencia de descenso en el consumo de todas las drogas** respecto a los estudios anteriores, como se refleja para 2008 en el siguiente cuadro¹ y los correspondientes gráficos que hay a continuación:

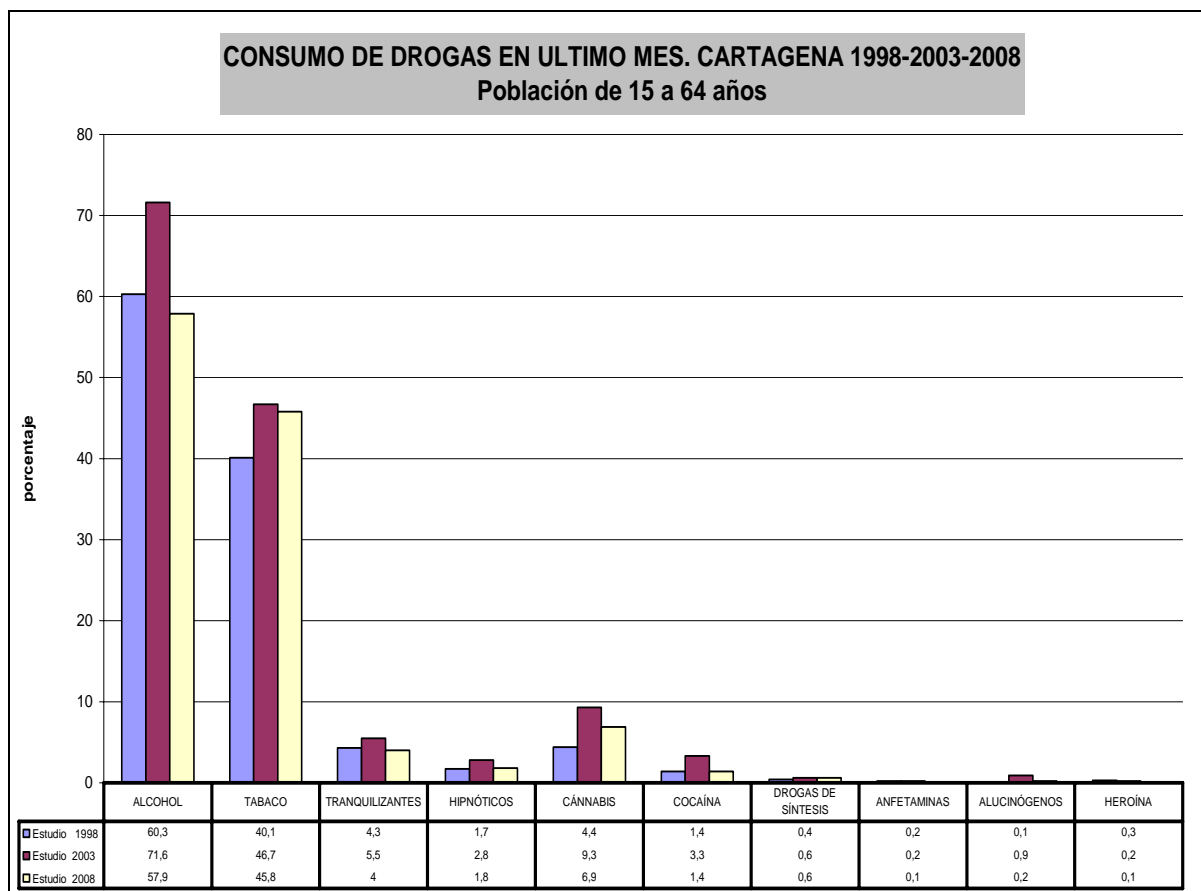
CONSUMO DE DROGAS EN CARTAGENA 2008
(Población de 15 a 64 años)

	ALCOHOL	TABACO	TRANQUILIZANTES	HIPNOTICOS	CÁNNABIS	COCAINA	DROGAS DE SINTESIS	ANFETAMINAS	ALUCINOGENOS	HEROÍNA
alguna vez	82,4	65,2	10,0	4,1	28,8	5,9	5,0	4,6	3,1	0,4
ultimo año	76,1	51,8	6,1	2,2	10,4	1,7	1,1	0,7	0,5	0,1
ultimo mes	57,9	45,8	4,0	1,8	6,9	1,4	0,6	0,1	0,2	0,1

¹ Los datos corresponden al tercer estudio sociológico realizado por la empresa EDIS Equipo de Investigación Sociológica en el mes de febrero de 2008 sobre “**Consumo de drogas, opiniones y actitudes en el municipio de Cartagena, III. 2008**”. El **universo** es la población de hecho del Municipio de Cartagena entre 15 y 64 años, que a 1 de enero de 2007 era de 211.329 habitantes. El **tamaño de la muestra** es de **1.000 entrevistas**, con un **margen de error del ±3%**, un **nivel de confianza del 95.5%** y una **p=q=0,5**. Para la distribución proporcional según zona, se ha dividido el Municipio de Cartagena en tres zonas: Ciudad, Barrios Periféricos y Población Rural, distribuyendo las 1.000 entrevistas de modo proporcional: 300, 421 y 279 respectivamente. Por lo que respecta a la variable muestral de sexo, se ha procedido a una distribución proporcional que ha dado como resultado, un total de 510 encuestas a varones y 490 a mujeres. Los resultados de este estudio se recogen de forma mucho más amplia en una publicación y se presentaron en las IV Jornadas Municipales de Acción sobre Drogodependencias de Cartagena realizadas en Junio de 2008.



TENDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ÚLTIMO MES EN CARTAGENA.
COMPARACIÓN DATOS DE ESTUDIOS 1998, 2003 Y 2008²



² Los datos están recogidos en cada uno de los tres estudios sociológicos realizados por la empresa EDIS Equipo de Investigación Sociológica en los años señalados, sobre **“Consumo de drogas, opiniones y actitudes en el municipio de Cartagena, I, II y III”** previstos en el Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias (PMAD) para los periodos 1995-1998, 1999-2002 y 2003-2006.

1.1. ALCOHOL

Establecemos la comparación oportuna de los resultados del estudio de 2008 con los datos obtenidos en 1998 y 2003 respecto al consumo de **bebidas alcohólicas**.

Proporción de consumidores de alcohol según frecuencia, sobre el total de la población de 15 a 64 años de Cartagena (1998 - 2003 - 2008)

Frecuencia	1998	2003	2008
Han bebido alguna vez	89,9	93,9	82,4
Han bebido en el último año	78,6	87,4	76,1
Han bebido en el último mes	60,3	71,6	57,9
Beben a diario	20,6	22,7	16,1

Las tasas de consumidores de bebidas alcohólicas resultantes para este año 2008 han sufrido un descenso considerable respecto a los dos estudios realizados anteriormente. Se observan diferencias notables en la comparativa de las dos últimas investigaciones en el municipio de Cartagena. La prevalencia de aquellos que han consumido alcohol "alguna vez" ha descendido del 93,9% en 2003 a un 82,4%. La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses también ha disminuido pasando del 87,4% al 76,1%. Sin embargo, el cambio más notable se ha experimentado en la prevalencia de los últimos 30 días, que se ha reducido en más de 13 puntos porcentuales, pasando del 71,6% en 2003 al 57,9% en 2008.

Acumulando las proporciones de los bebedores altos, excesivos y de gran riesgo obtenemos el porcentaje de bebedores que consideramos **abusivos**, y que se reflejan en la siguiente tabla referidos a 2008 y años anteriores del mismo estudio:

Tipología de bebedores población de 15 a 64 años de Cartagena. Comparativa años 1998 - 2003 - 2008

	1998	2003	2008
Abstinentes	63,6	60,3	42,3
Ligeros	18,5	17,9	42,4
Moderados	12,1	13,6	13,9
Altos	2,2	2,7	0,9
Excesivos	2,1	2,4	0,1
Gran Riesgo	1,5	3,1	0,3

Teniendo en cuenta las cifras de la tabla tenemos que de promedio diario la tasa de consumidores abusivos se eleva hasta el 1,3%, proporción esta que estaría muy cercana a la obtenida para los bebedores de días laborables (0,8%) pero bastante alejada del mismo dato para los consumidores de fin de semana (26,3%), como se ve en la tabla siguiente:

Tipo de bebedores según el consumo diario en gramos de alcohol puro (%) entre población de 15 a 64 años de Cartagena 2008

	Laborables	F. semana	Promedio
Abstinentes	58,3	43	42,3
Ligeros	31,3	13	42,4
Moderados	9,6	17,7	13,9
Altos	0,1	7,1	0,9
Excesivos	0,4	9,4	0,1
Gran Riesgo	0,3	9,8	0,3

Las pautas y hábitos de consumo continuamente se dejan sentir en las cifras relativas a los consumos de alcohol; el consumo masivo de bebidas alcohólicas de los jóvenes durante los fines de semana trazan de manera bastante nítida tanto las proporciones de consumidores como la cantidad de alcohol puro tomado, con grandes divergencias entre los datos referidos a los fines de semana en relación con el resto de días laborables. **La proporción de bebedores se incrementa en los días de fin de semana, y se produce a todos los niveles y en todos los segmentos de población.**

Distribución de los bebedores por tipología, según el sexo y la edad (%).2008

	Varones	Mujeres	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	Total
Abstinentes	34,1	50,9	55,7	42,3	44	46,2	36,1	36,9	45,8	42,3
Ligeros	40,6	44,4	29,5	42,3	42,5	37,1	52,8	42	38,2	42,4
Moderados	23,3	4,1	13,6	15,4	11,9	15,2	9	19,9	13,7	13,9
Abusivos	2,0	0,6	1,1	0,0	1,5	1,5	2,1	1,1	2,3	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La abstinencia de bebidas alcohólicas continúa estando más asociada con las edades más jóvenes, de tal manera que entre los 15 y 19 años detectamos las mayores proporciones de entrevistados que no tomaron alcohol (55,7%), y también en los grupos de edad de 20-24 y de 25-29 años se registran tasas de abstinentes altas (42% y 44% respectivamente). **Las tasas de bebedores abusivos más altas se dan entre los de 55 a 64 años** (2,3%) y entre los de 35 a 44 años (2,1%).

La edad media de inicio en el consumo de alcohol está en los 15,8 años, prácticamente el mismo que se obtuvo en la encuesta de 2003 y un año menos que en 1998, que era de 16,8. La edad de inicio es ligeramente inferior a la media española, según confirman los datos de la encuesta del Plan Nacional para el año 2005 (16,7 años). Aún siendo muy similares las cifras de un año y otro, entre los varones se registra un leve aumento en la edad media de inicio, mientras que en las mujeres se habría producido un descenso, lo que hace que las diferencias entre varones y mujeres en la edad de inicio cada vez sean menores. Hay que resaltar otro dato, la edad de inicio es cada vez más baja, mientras los más mayores se iniciaron de media con 16,3 años de edad, el grupo de los más jóvenes presentan un valor medio de 14,5 años.

Distribución de los bebedores de los últimos treinta días según la frecuencia de consumo de cada tipo de bebida y el día de la semana (%).2008

	Vino cava	Cerveza sidra	Vermut aperitivos	Combi- nados	Licore s frutas	Licore s fuertes
Laborables						
Todos los días laborables	14,5	25,6	0,4	0,9	0,2	0,9
3 días lab./semana	5,0	11,0	0,0	0,9	0,0	0,5
2 días lab./semana	6,6	12,3	2,0	5,1	0,5	1,7
1 días lab./semana	3,4	6,3	3,3	6,5	2,0	5,2
Menos de 1 día lab./semana	9,3	4,3	5,3	6,2	1,6	2,6
No consumió en días lab.	61,2	40,4	89	80,4	95,6	89,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Fines de semana						
Todos los fines de semana	22,3	41,2	5,0	23,3	1,7	6,1
3 fines de semana/mes	6,5	10,7	1,0	9,7	0,6	3,0
2 fines de semana/mes	13,7	14,0	7,2	14,6	2,3	5,7
1 fin de semana/mes	8,1	9,1	9,2	11,1	6,7	8,3
No consumió en f. semana	49,3	25,0	77,6	41,3	88,7	76,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Entre las personas que consumen alcohol en los últimos treinta días, **el grupo de bebidas de los vinos-cavas y las cervezas-sidra son, con mucho, las más consumidas** y de una manera más regular a lo largo de los diferentes días de la semana. Cosa distinta es el caso de los combinados: los que los consumen los días laborables sólo suponen un 13%; sin embargo en fines de semana quienes los toman alcanzan una proporción del 59%, llegando a ser un 23% quienes los toman además todos los fines de semana.

Un dato relevante y a destacar es el siguiente: entre quienes sí consumieron bebidas los últimos treinta días, el 28% no tomaron bebida alguna en días laborables, mientras que en fin de semana sólo el 1,6% manifestaron no tomar nada de alcohol. Lo que **confirma el mayor consumo de alcohol los fines de semana** en que hay más tiempo libre o de ocio.

A la vista de las cifras de consumo de alcohol por sexo y edades podemos destacar las siguientes situaciones:

- **Las mujeres beben en menor proporción que los varones**, cuatro de cada diez no consumen bebidas alcohólicas en los días laborables.
- **Los/as más jóvenes, no consumen alcohol entre semana, pero por el contrario son muy pocos los que dejan de consumir durante el fin de semana.** El caso más claro lo encontramos en el grupo de 15-19 años: el 58% no consumen en días laborables, pero el 96% sí consume en los fines de semana.

ALCOHOL, TIEMPO DE OCIO Y POBLACION JUVENIL

Se ha contemplado en este último estudio de 2008, como en el anterior de 2003, la posibilidad de conocer más acerca de las **actitudes de los jóvenes entre 15 y 29 años ante el alcohol en su tiempo de ocio.**

Las proporciones de los que se identifican ampliamente con cada una de las siguientes actitudes ante el consumo de bebidas alcohólicas, son las siguientes:

Actitudes con las que los jóvenes se sienten identificados	2003	2008
Suelen salir casi todas las noches de fin de semana hasta altas horas	36,2%.	22,2%
Emplean parte de su tiempo de ocio en salir de copas con los amigos	29,7%	21,1%
Afirman que cuando sale con sus amigos, suele hacer "botellón"	21,3%	12,3%
Consideran el alcohol como importante para pasárselo bien.	16,8%	12,4%
Invierten en alcohol buena parte de su presupuesto destinado al ocio.	12,4%	11,7%

A la vista de la comparación de los datos más actuales con los de 2003, en general se detecta una **tendencia de los jóvenes a adoptar actitudes más saludables respecto al alcohol**, destacando una bajada en todos los porcentajes de jóvenes que se identifican con las situaciones más problemáticas con el consumo de alcohol en nuestro municipio.

A partir del análisis de los datos se **destacan tres grupos de jóvenes en función de sus actitudes ante el alcohol**, y que se caracterizan por lo siguiente:

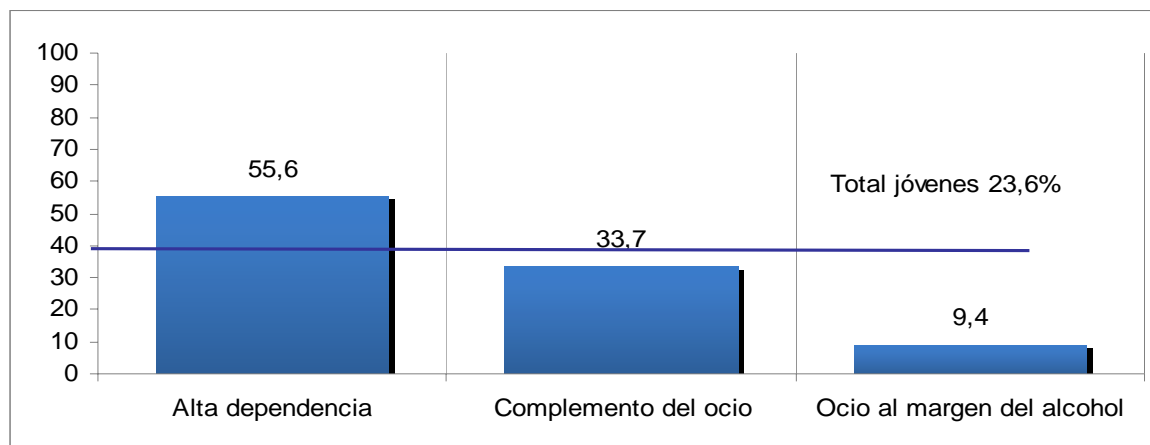
Grupos de jóvenes en función de sus actitudes ante el alcohol	2003	2008
Jóvenes cuyo tiempo de ocio está claramente al margen del alcohol	42,0%.	54,0%
Los que hacen un uso moderado del alcohol en su tiempo de ocio	31,7%	32,0%
Jóvenes que frecuentan el "botellón" y con alta dependencia del alcohol en su tiempo de ocio	26,3%	14,0%

Así, las personas que emplean su tiempo de ocio al margen del alcohol, continúan siendo un grupo claramente mayoritario y suponen el 54% de los jóvenes, aumentando con respecto a los de 2003. Si añadimos los que hacen una utilización moderada del alcohol, encontramos que **una amplia mayoría de jóvenes de Cartagena entre 15 y 29 años (86,0%). practican hábitos saludables respecto a la ocupación del ocio y consumo de alcohol**

El grupo más preocupante de consumidores que frecuentan el "botellón" y con una alta dependencia del alcohol en su tiempo de ocio también ha disminuido respecto a 2003 y lo forma uno de cada siete jóvenes de Cartagena (el 14,0%).

Para concluir este análisis de las actitudes de los jóvenes ante el alcohol, podemos comprobar los índices de consumo de alcohol a diario y de drogas en los últimos doce meses, entre los jóvenes pertenecientes a cada uno de los distintos segmentos definidos.

Proporción de consumidores de otras drogas (excepto tabaco) en el último año, sobre el total de jóvenes en cada segmento respecto al alcohol. 2008



Los resultados son bastante claros. El segmento de alta dependencia del alcohol presenta grandes proporciones de consumidores de otras drogas (excepto tabaco) en el último año, seis de cada diez, así como de bebedores de alcohol a diario (26%). Estas proporciones se reducen bastante entre los que componen el segmento de consumo de alcohol como complemento del ocio.

Sin embargo, las proporciones de bebedores del alcohol a diario y de consumidores de drogas son bastantes bajas entre los que viven su ocio al margen del alcohol.

En el análisis de las actitudes de los jóvenes ante el alcohol, relacionamos éstas con los índices de consumo de alcohol abusivo y de consumo de otras drogas en los últimos doce meses, y encontramos que **entre los jóvenes que emplean su ocio al margen de las bebidas alcohólicas son bastante bajos los porcentajes de consumidores abusivos de alcohol (2%) y de consumidores de otras drogas (7%).**

1.2. TABACO

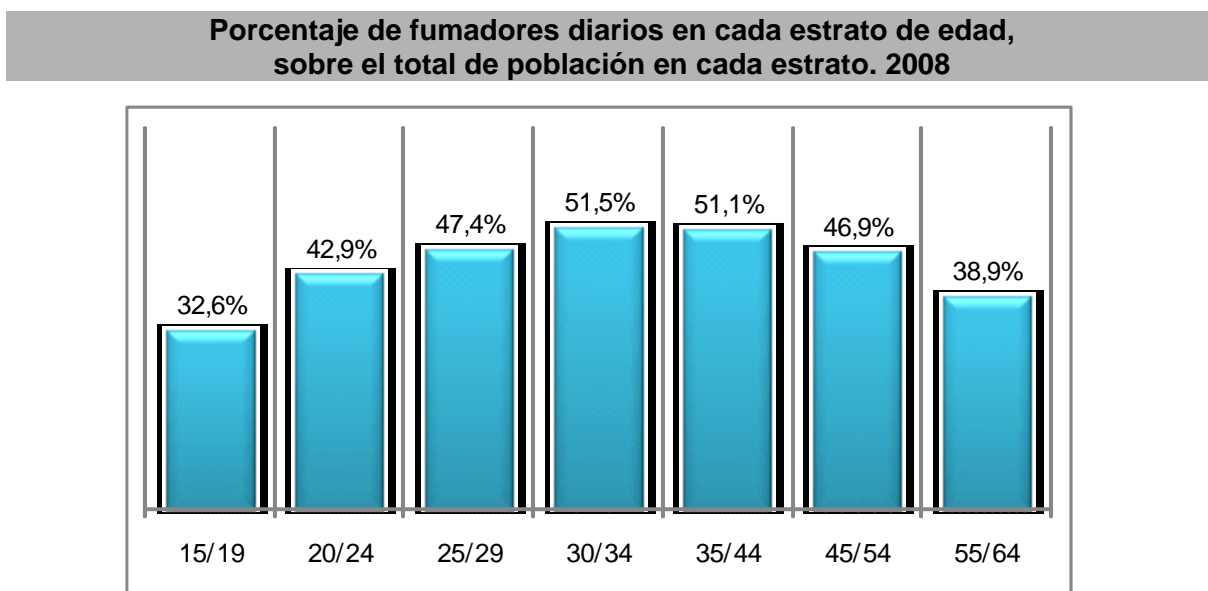
Concretando el consumo de **tabaco** en el municipio de Cartagena, aportamos los resultados generales obtenidos en la actualidad y su evolución en los últimos diez años según los resultados de los estudios realizados anteriormente en 1998 y 2003:

Consumo de tabaco en Cartagena (1998–2003-2008)

	1998	2003	2008
Fumadores diarios	40,1	46,7	45,8
Fumadores ocasionales	6,8	3,8	5,0
Ex fumadores	12,7	14,6	14,4
Nunca han fumado	40,4	34,9	34,7
Total	100,0	100,0	100,0

En 2008, **cerca de la mitad (el 45,8%) de la población de Cartagena entre 15 y 64 años fuma a diario**. Este dato indica, a diferencia de situaciones anteriores, una tendencia de estancamiento y leve reducción en el número de fumadores diarios de tabaco. Si sumamos los fumadores ocasionales aumenta a 50,8% los consumidores de tabaco en nuestro municipio, frente al **49,1% de exfumadores y no fumadores en 2008**. Esta proporción de no fumadores es muy similar a la de hace cinco años (49,3%). Se detecta una leve disminución de personas que abandonan el hábito y se convierten en ex fumadores (14,4%), ya que también hay más fumadores ocasionales (5%) que en 2003 (3,8%).

Más de la mitad de los hombres (el 54,4%) fuman a diario, mientras que esta proporción es de casi cuatro de cada diez entre las mujeres (el 36,7%). En el gráfico siguiente, también estudiamos la proporción de fumadores diarios en cada uno de los distintos estratos de edad de la población de Cartagena entre 15 y 64 años:



A la vista de estos datos, se puede concluir que existen **mayores proporciones de fumadores diarios entre los hombres** que entre las mujeres; y que el consumo es más habitual **en los segmentos de edad de 30 a 44 años**. En las edades más tempranas (de 15 a 19 años) existe un porcentaje igual de fumadoras que de fumadores

Además, al **consumo de tabaco entre los hombres se caracteriza por ser más prolongado que entre las mujeres**, de tal manera que su hábito se suele abandonar a partir de edades maduras (44 años y más). Las mujeres abandonan el consumo a edades bastante jóvenes (principalmente, entre los 20 y los 34 años). Además, entre las mujeres de edades avanzadas, muchas no han fumado nunca.

La **media diaria de consumo de cigarrillos baja hasta 15,3 los cigarrillos**, frente a los 17,5 que resultaron en 1998 y en 2003. La cantidad más habitual de consumo continúan siendo los 20 cigarrillos diarios, aunque existe una alta variación en el número de cigarrillos consumidos al día entre los que tienen el hábito de fumar a diario.

**Tipologías de fumadores, sobre el total de fumadores diarios.
Cartagena (1998-2003-2008)**

Tipología	1998	2003	2008
Fumadores moderados (menos de 10 cigarrillos)	17,3	15,7	14,8
Fumadores medios-altos (de 10 a 20 cigarrillos)	66,6	67,4	77,2
Fumadores excesivo (más de 20 cigarrillos)	16,1	17,0	8,0
Total	100,0	100,0	100,0
Media de número de cigarrillos diarios	17,5	17,5	15,3
Moda de numero de cigarrillos diarios	20	20	20

La edad media de inicio en el consumo de tabaco en 2008 ha descendido respecto a 1998 y 2003, situándose en 15,7 años, aunque la edad más común en que se empieza a fumar siguen siendo los 16 años.

**Distribución de los fumadores y ex fumadores,
según el estrato de edad en que comenzaron a fumar. Cartagena (1998-2003-2008)**

Estrato de edad	1998	2003	2008
Hasta 10 años	1,4	2,8	1,1
De 11 a 13 años	10,8	12,1	9,5
De 14 a 16 años	45,0	45,9	67,6
De 17 a 19 años	29,4	24,0	15,7
20 y más años	13,5	15,2	6,0
Total	100,0	100,0	100,0
Media	16,7	16,5	15,7
Moda	16,0	16,0	16,0
Edad de inicio en España 2001		16,5	
Edad de inicio en España 2005-2006			16,4

El 68% se inician entre los 14 y 16 años, incrementándose este porcentaje en veintiún puntos en los últimos cinco años. Detectamos, además, un 9,5% que comienza a fumar antes de haber cumplido los 14 años.

**Medias de edad de inicio en el consumo de tabaco, según sexo.
Cartagena (1998-2003-2008)**

Sexo	1998	2003	2008
Hombre	15,9	16,1	15,5
Mujer	17,8	16,9	16,0
Media general	16,7	16,5	15,7

Otro aspecto interesante, para conocer las diferentes actitudes respecto al consumo de tabaco por parte de los fumadores, es conocer sus expectativas respecto a este hábito. Para ello, se les preguntó si habían intentado dejar de fumar.

Porcentaje de fumadores que han intentado dejar de fumar. Cartagena 2008

¿Ha intentado dejar de fumar?	%
Sí	28,2
No, pero me lo estoy planteando	10,8
No, nunca me lo he planteado	61,0
Total	100,0

Casi el 40% de las personas que consumen tabaco, declara haber intentado dejar de fumar o se lo está planteando, sin embargo el 61% nunca se lo ha planteado.

En este último estudio de 2008 abordamos un análisis específico sobre la influencia de la entrada en vigor de la ley que restringe el consumo de tabaco en lugares públicos desde enero de 2006, sobre el consumo actual de tabaco, encontrando estos resultados:

Diferencial de consumo de cigarrillos tras la aplicación de la Ley. Cartagena 2008

Diferencial consumo	%
Fuma menos	7,1
Fuma igual	91,3
Fuma más	1,6
Total	100,0

Se analiza también la incidencia de la Ley Antitabaco, según la tipología de fumadores, en los hábitos de los consumidores de tabaco.

Incidencia de la ley en el consumo de tabaco, según tipología de consumidores. Cartagena 2008

Incidencia	%		
	Moderados	Medios-altos	Excesivos
Nada-Poco	72,1	59,0	73,0
Regular	19,1	23,4	10,8
Bastante-Mucho	8,8	17,7	16,2
Total	100,0	100,0	100,0

Los fumadores excesivos son los que en mayor proporción afirman que estas medidas les ha influido poco o nada (el 73%), sin embargo, entre los que parece que más les ha influido en sus hábitos dichas actuaciones, es entre los fumadores medios-altos puesto que el 17,7% declara que le ha incidido bastante o mucho.

1.3. PSICOFARMACOS

Realizamos el análisis específico de los consumos de **tranquilizantes** e **hipnóticos**, ya que buena parte de los productos clasificados como psicofármacos son potencialmente adictivos y, aunque en la mayoría de los casos su uso venga determinado por prescripción médica, de modo farmacológico, no siempre se respeta este proceso. En ocasiones el consumo de estos productos viene motivado por la iniciativa de los propios consumidores, ante la aparición de determinados problemas, y sin consulta previa a especialistas.

TRANQUILIZANTES

La siguiente tabla refleja la situación actual del consumo de **tranquilizantes** en Cartagena, comparándola con la de hace diez y cinco años.

**Porcentaje de consumidores de tranquilizantes y frecuencia de uso.
Cartagena (1998-2003-2008)**

Frecuencia de consumo	1998	2003	2008
Alguna vez	12,8	11,4	10,0
En el último año	5,8	6,3	6,1
En el último mes	4,3	5,5	4,0

Como podemos observar, **ha descendido ligeramente la proporción de aquellos que en alguna ocasión han consumido estos productos**, y existe también un ligero descenso en los que han consumido el último año y el último mes. Quizás, donde mejor observamos esta evolución es en la continuidad de uso: así, mientras en 2003 tomaron tranquilizantes en el último mes el 87% de los que los tomaron en el último año, actualmente este índice de continuidad desciende hasta el 66%.

La media en la edad de inicio de tranquilizantes en Cartagena es de 38,6 años, superior a la media de 2003 (31,7). La edad más frecuente a la que se empieza a consumir tranquilizantes en Cartagena se mantiene respecto a la de 2003 y es de 30 años.

Distribución de los que consumieron tranquilizantes alguna vez, según el estrato de edad en que lo consumieron por primera vez. Cartagena (1988-2003-2008)

Estrato de edad	1998	2003	2008
Hasta 14 años	2,2	3,0	1,8
De 15 a 17 años	4,3	5,8	0,5
De 18 a 21 años	9,2	17,0	2,6
De 22 a 25 años	12,0	6,2	3,1
De 26 a 40 años	43,9	46,2	52,5
41 y más años	28,4	21,8	39,6
Total	100,0	100,0	100,0
Media	34,6	31,7	38,6
Moda	40,0	30,0	30,0
Media de edad de inicio en España 2001		29,6	
Media de edad media de inicio España 2005-2006			28,6

Las diferencias del consumo de psicofármacos son significativas con respecto al consumo de drogas ilegales: la prevalencia de consumo de tranquilizantes es superior en las mujeres, ya que por cada varón que consume tranquilizantes 4,6 mujeres realizan este consumo, al tiempo que observamos mayores proporciones de consumidores de tranquilizantes en los estratos de edades superiores a los 34 años.

HIPNOTICOS

En cuanto al consumo de **hipnóticos** (somniaferos y pastillas para dormir, principalmente) en Cartagena, en la actualidad y su comparación con los resultados de 1998 y 2003, es el siguiente.

Porcentaje de consumidores de hipnóticos y frecuencia de uso (1998-2003-2008)

Frecuencia de consumo	1998	2003	2008
Alguna vez	4,9	4,5	4,1
En el último año	2,8	2,9	2,2
En el último mes	1,7	2,8	1,8

Desde el año 2003 hasta el 2008, se ha detectado un **ligero descenso en el porcentaje de consumidores en alguna ocasión y en el último año**, a su vez la continuidad en el consumo también experimenta un descenso más reseñable. Así, mientras en 2003, consumieron hipnóticos en el último mes el 97% de los que los tomaron en el último año, en la actualidad, este mismo índice de continuidad desciende al 82%. No obstante, aunque haya descendido la continuidad, todavía existe una alta continuidad en el consumo de psicofármacos.

El 0,8% de la población del municipio de Cartagena entre 15 y 64 años toma hipnóticos a diario, a los que habría que añadir el 0,5% que lo hace con una frecuencia semanal. Por tanto, encontramos una frecuencia de uso considerable entre los consumidores de estos productos.

Distribución de los que consumieron hipnóticos alguna vez, según el estrato de edad en que lo consumieron por primera vez. Cartagena (1998-2003-2008)

Estrato de edad	1998	2003	2008
De 15 a 17 años	4,3	4,8	10,0
De 18 a 21 años	9,2	20,6	6,7
De 22 a 25 años	12,0	5,0	3,3
De 26 a 40 años	43,9	46,9	36,7
41 y más años	28,4	22,7	43,3
Total	100,0	100,0	100,0
Media	34,6	32,6	41,0
Moda	40,0	33,0	40,0
Edad media de inicio España 2001		29,6	
Edad media de inicio España 2005-2006			30,5

Detectamos un aumento importante en la de edad media de inicio en el consumo de hipnóticos, pasando de una de edad media de 32,6 años en 2003 a 41 años en la actualidad. Sin embargo, percibimos un alto incremento de los que se inician entre los 15 y los 17 años. La edad más común de inicio en 2008 está en 40 años.

1.4. DROGAS ILEGALES

Aunque en el anterior estudio de 1998 incluimos las anfetaminas en el grupo de psicofármacos, y su aplicación farmacológica así lo aconsejaba, decidimos en esta ocasión incluir estas sustancias dentro del grupo de drogas ilegales, en el que además se aportan datos referentes a cánnabis, cocaína, drogas de síntesis y heroína.

CÁNNABIS

El **cánnabis** (hachís, marihuana y otros derivados) **es la droga ilegal cuyo uso está más generalizado**, llegando a alcanzar altas prevalencias de consumo en los segmentos de edades jóvenes.. En concreto, la situación sobre el uso de cánnabis en Cartagena en 2008, es la que mostramos a continuación comparándolo con los resultados de 1998 y 2003.

**Porcentaje de consumidores de cánnabis y frecuencia de uso.
Cartagena (1998-2003-2008)**

Frecuencia de consumo	1998	2003	2008
Alguna vez	16,0	24,9	28,8
En el último año	7,0	11,9	10,4
En el último mes	4,4	9,3	6,9

En general, la proporción de consumidores de cánnabis sobre el total de la población entre 15 y 64 años, **ha descendido en 2008**. En el último mes al 6,9% y en el último año al 10,4%. No obstante, hay un incremento en la proporción de población que ha consumido cánnabis alguna vez, respecto a estudios anteriores de 1998 y 2003, ya que casi un tercio de la población entre 15 y 64 años ha consumido cánnabis en alguna ocasión (el 28,8%). Parece, además, que la continuidad de uso entre estos consumidores del último año es elevada, de tal manera que la mayoría de ellos (aproximadamente 7 de cada diez), lo han seguido utilizando en el último mes.

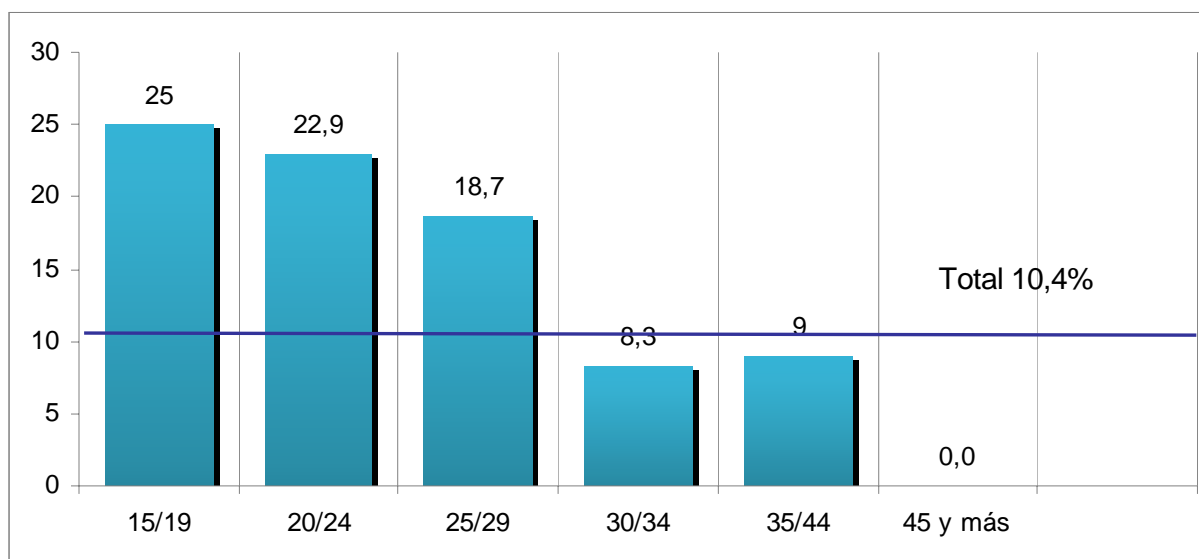
A continuación, podemos ver los que han consumido cánnabis en el último mes y su distribución según su frecuencia de uso.

**Frecuencia de consumo de cánnabis en el último mes,
sobre el total de población entre 15 y 64 años. Cartagena (1998-2003-2008)**

Frecuencia de consumo en el último mes	1998	2003	2008
Diariamente	0,7	1,7	0,6
De 2 a 6 veces por semana	1,0	2,8	2,4
Una vez por semana	1,1	1,6	1,5
Menos de una vez por semana	1,6	3,2	2,4
Total	4,4	9,3	6,9

Así, el 2,4% de la población del municipio de Cartagena entre 15 y 64 años consume cánnabis varias veces a la semana y el 0,6% diariamente. Lo que supone una reducción notable de los consumidores diarios que en 2003 era del 1,7%.

**Proporción de consumidores de cánnabis en el último año,
sobre el total de hombres y mujeres en cada segmento de edad. Cartagena 2008**



Atendiendo a la variable edad, nos encontramos con que **el consumo de cánnabis es mucho más habitual en las edades jóvenes**. Cabe destacar, el hecho de que se detecta una mayor proporción de consumidores en el segmento de edad más joven con un 25%, a partir del cual va disminuyendo progresivamente. Asimismo, se observa que a partir de los 30 años desciende considerablemente el consumo, aunque con un pequeño repunte en el grupo de edad de 35 a 44 años, situándose el consumo en un 9%.

Distribución de los que consumieron cánnabis alguna vez, según el estrato de edad en que lo consumieron por primera vez. Cartagena (1998-2003-2008)

Estrato de edad	1998	2003	2008
Hasta 14 años	10,3	15,3	10,9
De 15 a 17 años	43,1	48,2	57,0
De 18 a 21 años	38,5	30,8	26,7
De 22 a 25 años	5,3	3,6	3,7
26 y más años	2,9	2,1	1,7
Total	100,0	100,0	100,0
Media	17,0	17,3	17,0
Moda	17,0	17,0	16,0
Edad media de inicio España 2001		18,4	
Edad media de inicio España 2005-2006			18,5

La edad media de inicio en el consumo de cánnabis desciende ligeramente en estos últimos cinco años hasta los 17,0 años, mientras en 2003 era a los 17,3 años. La edad más frecuente de inicio baja hasta los 16 años.

Sin embargo, no detectamos diferencias entre hombres y mujeres, ya que ambos inician el consumo de cánnabis a una edad parecida, aunque les separa casi un año de diferencia (16,7 y 17,5 años, respectivamente).

COCAINA

Los resultados obtenidos sobre el consumo de **cocaína** en el municipio de Cartagena en 2008, en comparación con los de 1998 y 2003, son los siguientes.

Porcentaje de consumidores de cocaína y frecuencia de uso. Cartagena (1998-2003-2008)

Frecuencia de consumo	1998	2003	2008
Alguna vez	4,4	9,9	5,9
En el último año	2,3	4,2	1,7
En el último mes	1,4	3,3	1,4

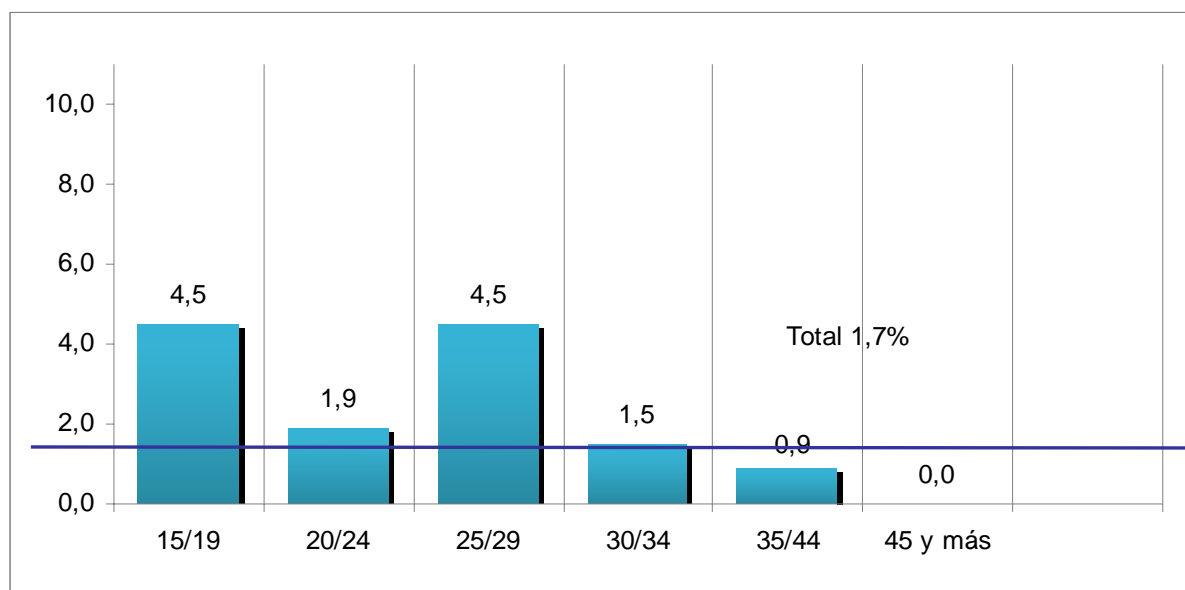
El consumo de cocaína ha experimentado un descenso, tal y como se refleja en la tabla anterior. En la actualidad, el 6% de las personas entre 15 y 64 años, han probado esta droga en alguna ocasión. Sin embargo, solamente el 1,7% la ha tomado en el último año. El 1,4 % de la población entre 15 y 65 la ha consumido en los últimos treinta días.

Entre los que sí han consumido cocaína en el último año, hay una alta continuidad de uso, dado que ocho de cada diez de esos consumidores en el último año, también la han consumido en el último mes. No se ha detectado consumo diario ni varias veces por

semana entre los que consumieron cocaína en los últimos treinta días; la frecuencia en el consumo se sitúa en el 1,3% que la consume menos de una vez por semana y el 0,1%, una vez a la semana.

En el grupo de edades comprendidas entre los 15 y 19 años detectamos un porcentaje relativamente elevado de consumidores de cocaína en el último año (4,5%). Asimismo, los mayores porcentajes de consumidores de cocaína en el último año los encontramos entre el grupo que acabamos de ver y el grupo de los 25 a los 29 años.

Proporción de consumidores de cocaína en el último año, sobre el total de hombres y mujeres en cada segmento de edad. Cartagena 2008



La edad de inicio en el consumo de cocaína, considerando a todos aquellos que en alguna ocasión han tomado esta droga, es la que se muestra a continuación:

Distribución de los que consumieron cocaína alguna vez, según el estrato de edad en que lo consumieron por primera vez

Estrato de edad	1998	2003	2008
Hasta 14 años	3,1	1,5	2,8
De 15 a 17 años	19,4	34,6	50,7
De 18 a 21 años	50,8	38,5	39,4
De 22 a 25 años	22,3	14,7	4,2
26 y más años	4,4	10,7	2,8
Total	100,0	100,0	100,0
Media	19,9	19,8	19,1
Moda	18,0	18,0	16,0
Edad media de inicio España 2001		20,3	
Edad media de inicio España 2005-2006			20,9

Desciende la media de edad de inicio en el consumo de cocaína (19,1 años), y también la edad más común de inicio, que en 2008 es a los 16 años. De todas formas, y aunque la representatividad de esa media de edad es alta, observamos alguna variación significativa con respecto a 2003, como es el hecho de que, en la actualidad, se incrementa la proporción de los que comienzan a consumir en edades inferiores a los 17 años. En cambio, desciende considerablemente la proporción de los que realizan su primer consumo entre los 22 y los 25 años.

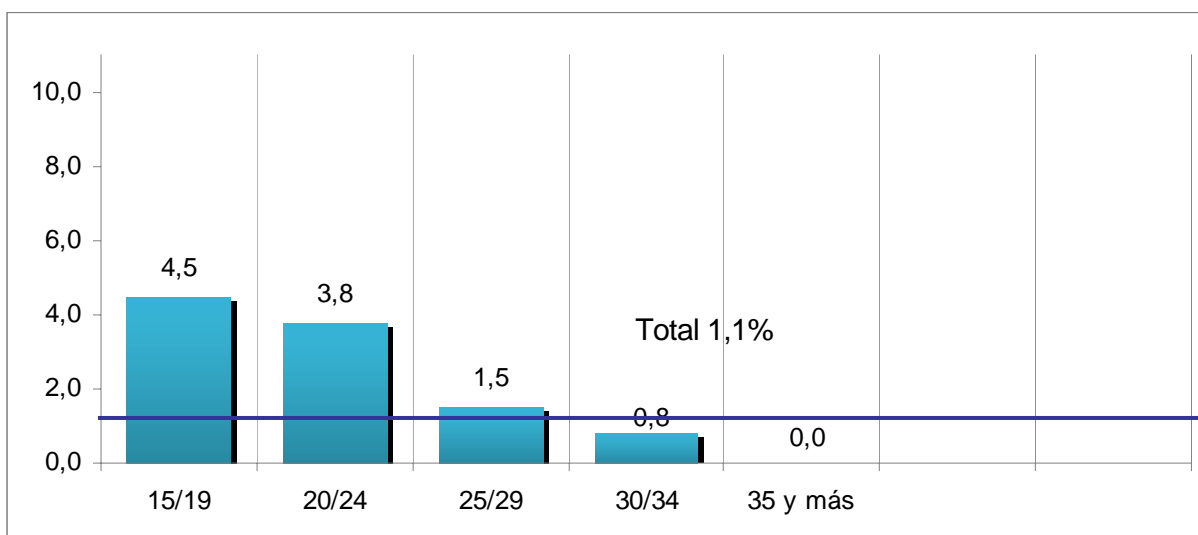
DROGAS DE SINTESIS

La realidad del consumo de **drogas de síntesis** del municipio de Cartagena, es la siguiente:

Porcentaje de consumidores de drogas de síntesis y frecuencia de uso. Cartagena (1998-2003-2008)			
Frecuencia de consumo	1998	2003	2008
Alguna vez	2,0	4,6	5,0
En el último año	0,7	1,6	1,1
En el último mes	0,4	1,2	0,6

Comprobamos que existe un muy ligero incremento en la tasa de consumidores que la han probado alguna vez, aunque la mayoría de ellos, no presentan continuidad en el consumo. La quinta parte de los que han probado las drogas de síntesis (el 22%), las han consumido en el último año. No obstante, estos consumidores, en el último año, se encuentran divididos, ya que solamente la mitad (55%) han continuado consumiéndolas en el último mes. En definitiva la proporción de consumidores de drogas de síntesis en el último mes se ha visto reducida del 1,2% de 2003 al 0,6% actual.

Proporción de consumidores de drogas de síntesis en el último año, sobre el total de hombres y mujeres en cada segmento de edad



El consumo de estas drogas suele estar asociado a las edades más jóvenes. En el gráfico anterior se muestra claramente cómo este consumo se concentra en los segmentos de edad más jóvenes (entre 15 y 24 años), siendo casi imperceptible a partir de los treinta años.

Distribución de los que consumieron drogas de síntesis alguna vez, según el estrato de edad en que lo consumieron por primera vez. Cartagena (1998-2003-2008)

Estrato de edad	1998	2003	2008
Hasta 14 años	4,9	4,6	--
De 15 a 17 años	36,8	31,0	52,2
De 18 a 21 años	32,1	53,4	40,3
De 22 a 25 años	14,3	11,0	6,0
26 y más años	11,9	0,0	1,5
Total	100,0	100,0	100,0
Media	20,6	18,2	17,9
Moda	17,0	18,0	16,0
Edad media de inicio España 2001		20,0	
Edad media de inicio España 2005-2006			20,3

Se ha producido un descenso en la de edad de inicio en el consumo de drogas de síntesis en los últimos cinco años, pasando de una media de 20,6 años en 1998, de 18,2 años en 2003, a 17,9 en 2008. No obstante, la edad más común de comienzo ha pasado de los 18 a los 16 años.

Actualmente el 92% de los que han tomado drogas de síntesis en alguna ocasión, las probaron por primera vez entre los 15 y los 21 años, concentrándose, por tanto, el inicio del consumo de estas drogas, en estos estratos de edad.

HEROÍNA

La situación actual respecto al consumo de **heroína**, en comparación a los datos de 1998 y 2003, es la que mostramos en la siguiente tabla.

Porcentaje de consumidores de heroína y frecuencia de uso. Cartagena (1998-2003-2008)

Frecuencia de consumo	1998	2003	2008
Alguna vez	0,9	1,1	0,4
En el último año	0,3	0,2	0,1
En el último mes	0,3	0,2	0,1

Como vemos, el consumo de heroína se mantienen en niveles muy parecidos a los de 1998, manteniéndose como **la droga con menos porcentaje de consumidores y disminuyendo su consumo de forma importante respecto a los datos de 2003.**

Las prevalencias de consumo de esta droga se encuentran en niveles más bajos que en 2003, al tiempo que se confirma la continuidad en su uso, de tal manera que aquellos que la han consumido en el último año, siguen haciéndolo en el último mes. Además, los usuarios de esta droga la consumen con una elevada frecuencia, diaria.

Como en años anteriores, continua existiendo un modelo consistente de policonsumo caracterizado por el **consumo bipolar de heroína y drogas estimulantes** (anfetaminas y cocaína, principalmente). Se mantiene el uso de vías de administración alternativas a la inyectada (inhalada), aunque ésta sigue siendo importante entre personas con problemas por consumo de heroína que acceden a programas de tratamiento en centros de atención de drogodependencias del área de Salud de Cartagena.

ANFETAMINAS

Centrándonos en los datos referentes al consumo de **anfetaminas** ofrecemos los resultados de 2008, en comparación con los de 1998 y 2003, en la siguiente tabla:

Porcentaje de consumidores de anfetaminas y frecuencia de uso. Cartagena (1998-2003-2008)			
Frecuencia de consumo	1998	2003	2008
Alguna vez	4,3	2,1	4,6
En el último año	0,7	0,2	0,7
En el último mes	0,2	0,2	0,1

Se percibe un **incremento en el consumo esporádico**, y por el contrario, descenso en el mantenimiento de su consumo. El 4,6 % ha probado anfetaminas en alguna ocasión, el 0,7 en el último año y el 0,1 en el último mes.

No se han detectado consumidores diarios pero si un 0,1 que las consume semanalmente. Señalamos, pues, que existe un consumo esporádico, no diario, que se asemeja más a un consumo realizado al margen de la prescripción médica.

La media en la edad de inicio en el consumo de anfetaminas se adelanta en los últimos cinco años, pasando de una media de 19,5 años en 2003, a una de 17,5 en 2008, como se ve en el siguiente cuadro:

Distribución de los que consumieron anfetaminas alguna vez, según el estrato de edad en que lo consumieron por primera vez. Cartagena 2008

Estrato de edad	1998	2003	2008
Hasta 14 años	4,9	0,0	2,2
De 15 a 17 años	36,8	47,1	65,4
De 18 a 21 años	32,1	25,6	23,4
De 22 a 25 años	14,3	16,9	9,0
26 y más años	11,9	10,5	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Media	20,6	19,5	17,5
Moda	17,0	18,0	16,0
Edad media de inicio España 2001		18,7	
Edad media de inicio España 2005-2006			19,6

El gran grueso de consumidores se inicia entre los 15 y 21 años, tal y como sucedía en 2003, aunque en la actualidad parece que se concentra aún más en los años más jóvenes de ese estrato (entre los 15 y los 17 años), siendo los 16 años, la edad más común de comienzo (en 2003, eran los 18).

ALUCINOGENOS

Centrándonos en los datos referentes al consumo de **alucinógenos** ofrecemos los resultados de 2008, en comparación con los de 1998 y 2003, en la siguiente tabla:

Porcentaje de consumidores de alucinógenos y frecuencia de uso. Cartagena (1998-2003-2008)

Frecuencia de consumo	1998	2003	2008
Alguna vez	2,5	3,6	3,1
En el último año	0,6	1,0	0,5
En el último mes	0,1	0,9	0,2

Este consumo, ha experimentado un **ligero descenso en estos últimos cinco años**, llegando a destacar, principalmente, que no existe mucha continuidad del consumo entre aquellos que lo tomaron en el último año, todo lo contrario a la situación con la que nos encontrábamos en 2003. Así, nos encontramos con que el 0,2% de la población del municipio de Cartagena entre 15 y 64 años consume alucinógenos al menos una vez al mes.

Distribución de los que consumieron alucinógenos alguna vez, según el estrato de edad en que lo consumieron por primera vez. Cartagena 2008

Estrato de edad	1998	2003	2008
Hasta 14 años	2,6	4,1	3,2
De 15 a 17 años	59,9	49,9	53,2
De 18 a 21 años	37,4	35,3	27,1
22 y más años	0,0	10,7	16,5
Total	100,00	100,0	100,0
Media	17,3	17,8	18,1
Moda	17,0	17,0	16,0
Edad media de inicio España 2001		18,7	
Edad media de inicio España 2005-2006			19,9

No se perciben grandes variaciones en la edad de inicio en el consumo de alucinógenos en Cartagena, siendo reseñable, un ligero retraso en la iniciación al consumo. Con respecto a la media española, parece que los consumidores de Cartagena, como todas las demás drogas estudiadas, se inician antes.

1.5. POLICONSUMOS

Casi la mitad de la población del municipio entre 15 y 65 años (el 46,7%) no ha tomado ninguna de estas drogas en los periodos considerados; dicho de otra forma: ni son fumadores diarios, ni beben alcohol de manera abusiva, ni tomaron las demás drogas en el último año. Ello supone un aumento porcentual de un punto respecto al número de abstinentes resultante en 2003 (45,6 %) y de más de dos puntos respecto a 1998 (44,0 %)

A continuación, ofrecemos un avance del fenómeno del policonsumo de drogas en Cartagena en 2008.

**Distribución de la población de Cartagena entre 15 y 64 años, según el número de drogas consumidas en el último año. 2008
(incluyendo el tabaco diario y el alcohol abusivo)**

Número de drogas consumidas	% sobre el total de población entre 15 y 64 años	% sobre el total de consumidores
Ninguna	46,7	--
Una	39,0	73,1
Dos	9,7	18,2
Tres	3,3	6,2
Cuatro	0,5	0,9
Cinco	0,7	1,3
Seis y más	0,2	0,3
Total	100,0	100,0

Por otra parte, **la mayoría de la población de Cartagena entre 15 y 64 años sólo consumió una droga (39%)**; se trata, principalmente, de los fumadores de tabaco (el 86,1% de los que tomaron sólo una de estas sustancias, son fumadores diarios de tabaco), aunque también destacan, por este orden, los que sólo consumieron tranquilizantes (el 7,2%), sólo cánnabis alguna vez (el 4,1%), sólo alcohol de manera abusiva (el 1%) o sólo hipnóticos (el 0,8%).

Entre el conjunto de consumidores de drogas, **el monoconsumo está asociado de manera muy mayoritaria al tabaco diario**, aunque también tiene cierta incidencia el consumo exclusivo de cánnabis. También es importante el consumo de tranquilizantes, o de alcohol de forma abusiva, como drogas de consumo único.

Además, el 18,2% de los consumidores tomó dos tipos de drogas diferentes, el 6,2% tomó tres sustancias diferentes, y el 2,5% consumió cuatro o más.

Las **asociaciones de consumo más destacables** entre los consumidores de cada droga son las siguientes:

- Más de la mitad de los **bebedores abusivos** (el 60,7%) consumen cánnabis; y el 55,2% también consumen tabaco a diario.
- La mayor parte de los consumidores de **cánnabis** (el 71,5%) son también consumidores de tabaco a diario, y un 15,3% consume cocaína.
- La inmensa mayoría de los que consumen **cocaína** (el 92,7%), son consumidores de cánnabis, aunque destaca también el uso que los consumidores de cocaína hacen de las drogas de síntesis (el 20,8%), y de los alucinógenos (el 17,7%).
- La totalidad de los usuarios de **drogas de síntesis** también toman cánnabis, y cómo la mayoría tabaco a diario (85,6%), en menor medida, la cocaína (el 34%), y las anfetaminas (el 15,3%).
- El consumo de **heroína** está asociada al consumo de varias sustancias como son: el tabaco diario (44%), cánnabis (30%), cocaína (30%) y alucinógenos (30%).
- La totalidad de los que toman **alucinógenos** son consumidores de cánnabis, destacando también el consumo que hacen de cocaína (el 60,1%), y en menor medida, drogas de síntesis (el 29,9%).
- Los consumidores de **anfetaminas** asocian su consumo al del cánnabis (el 92,3%), al alcohol abusivo (el 35,5%), al de las drogas de síntesis (el 24,5%), y también al consumo de la cocaína (el 16,8%).
- Los consumidores de **tranquilizantes** con un 45,6% que sólo consumen esta sustancia, destacamos que el 26,4% también toma hipnóticos y que el 40,1% fuma a diario.
- Por último, los usuarios de **hipnóticos** asocian el consumo de estos productos con el de cánnabis (el 18,6%) y, con el de tranquilizantes (el 12,8%).

2. CRITERIOS BASICOS

A partir del análisis del fenómeno del consumo de drogas, una intervención ante el problema requiere tener en cuenta los siguientes **criterios básicos**:

- **El problema no radica en la sustancia en sí misma.** Las drogodependencias son un fenómeno social complejo y multicausal, en el que **inciden múltiples factores personales, familiares y sociales**; así como las pautas culturales de consumo predominantes.
- En el abordaje del problema, es necesario **diferenciar el uso de drogas, el abuso y la dependencia.** Por lo que hay que contemplar las diferentes modalidades de consumo experimental, ocasional, habitual o compulsivo.
- **El alcohol y el tabaco son las drogas con más consumidores**, en comparación con las demás, y las que causan mayores problemas de salud a las personas y la sociedad.
- **Las drogodependencias influyen en el conjunto de la sociedad.** Hay que superar el alarmismo social basado en visiones sesgadas y estereotipadas sobre el consumo de cada una de las drogas, y que ubican el problema exclusivamente entre los jóvenes y entre lo delictivo/marginal.

3. MARCO NORMATIVO Y ESTRATEGIA DE ACTUACION

El **marco normativo específico sobre drogodependencias** en el que se fundamentan los objetivos y actuaciones del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias (PMAD) de Cartagena para este periodo, es:

- Ley Regional 6/1997, de 22 de Octubre, sobre Drogas para la prevención, la asistencia y la integración social.
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

El PMAD no pretende ser una acción exclusiva del Ayuntamiento, sino que pretende ser un Plan del Municipio en el que confluyan los diferentes esfuerzos de las instituciones públicas y de la iniciativa social sobre drogodependencias, potenciando al máximo la coordinación interinstitucional. Por lo que propone la siguiente **estrategia de actuación**:

- 1º **Actuar de forma coordinada en el municipio**, por lo que desde el Ayuntamiento se contemplan dos campos de intervención:
 - Por un lado, sus **actuaciones propias en el campo de la prevención e inserción social sobre drogodependencias**, desde una perspectiva global que implique y coordine los distintos servicios municipales, en cuanto que el PMAD es tarea de todos ellos (atención social, juventud, cultura, educación, deportes, mujer, sanidad, empleo, seguridad,...).

- Por otro lado, las **actuaciones sobre drogodependencias de las distintas instituciones y organizaciones sociales** en el territorio del municipio.
- 2º **Potenciar la normalización de las actuaciones** sobre drogodependencias y no poner el acento en la especificidad ni en la especialización, procurando que las acciones sean asumidas por los distintos servicios, instituciones y organizaciones, dentro de sus planes generales.
- 3º **Asegurar la continuidad y estabilidad de las acciones** que se emprenden en el marco del PMAD, ya que es condición necesaria para su eficacia.
- 4º **Priorizar la prevención** de las drogodependencias **y la integración social** de las personas con problemas de drogodependencias.
- 5º **Apoyar un enfoque psicosocial, educativo e integrador en las intervenciones**, procurando incidir tanto en los factores relacionados con las sustancias, como con las personas y el entorno social, de forma que aumenten los factores de protección y disminuyan los factores de riesgo respecto al consumo de drogas.
- 6º **Impulsar la participación social** como condición imprescindible para alcanzar los objetivos del PMAD.

4. FINALIDAD Y OBJETIVOS GENERALES

Contemplando la Promoción de la Salud como el marco idóneo y más adecuado para las actuaciones sobre drogodependencias, se establece como la **finalidad** última del PMAD:

TRABAJAR DE FORMA CONTINUADA POR UNA CARTAGENA MÁS SALUDABLE.

Para alcanzar esta finalidad, el PMAD se desarrolla en torno a dos **objetivos generales**:

- Prevenir y reducir el consumo de drogas en nuestro municipio, promoviendo estilos de vida más saludables entre la población.
- Atender de forma integral y solidaria a personas con problemas de drogodependencias, apoyando los servicios de ayuda y las alternativas necesarias a nivel educativo, de empleo, convivencia y tiempo libre.

En base a estos objetivos propuestos el PMAD de Cartagena se articula sobre **dos Programas Municipales de actuación** que se desarrollarán en esta quinta etapa entre 2008 y 2012:

- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
- PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIAS

5. LA COMISIÓN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

La **Comisión Municipal de Drogodependencias (CMD)** es el órgano específico que asume la **gestión, coordinación y seguimiento del PMAD de Cartagena**, y que posibilita la participación en el mismo de todos los sectores implicados.

Para cumplir este cometido, la CMD tiene la siguiente **estructura**:

5.1. UNIDAD DE COORDINACION POLITICA.

Es el órgano de **coordinación de los concejales delegados** de las áreas implicadas más directamente en las actuaciones del PMAD, y que son: Alcaldía, Atención Social, Educación, Juventud, Mujer, Deportes, Seguridad, Sanidad y Cultura.

5.2. PLENO DE LA CMD

En los Plenos de la Comisión Municipal de Drogodependencias (CMD) **participan todos los sectores implicados** en el desarrollo del PMAD:

- Representantes políticos del Ayuntamiento asignados oficialmente a esta Comisión.
- Técnicos de las diversas áreas municipales implicadas,
- Representantes de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia,
- Representantes de las diferentes organizaciones sociales.

El Pleno de la CMD tiene el carácter de órgano previo al Pleno del Ayuntamiento para la aprobación de los periodos plurianuales de planificación del PMAD de Cartagena.

Entre sus funciones principales está la de canalizar las demandas e iniciativas de las distintas instituciones y organizaciones sociales en materia de drogodependencias, y concretamente emitirá dictamen sobre:

- Actuaciones y el presupuesto anual del PMAD,
- Memoria anual de actuaciones del PMAD

Se reunirá de forma ordinaria con periodicidad anual. Se podrá reunir de forma extraordinaria cuando se estime necesario por cualquiera de los otros órganos de la estructura del PMAD.

Los Plenos de la CMD estarán presididos por el/la Alcalde/esa de Cartagena o el/la Concej/a en quién delegue como vicepresidente

5.3. GRUPOS DE TRABAJO

Son **grupos de carácter técnico** para llevar a cabo la coordinación y el desarrollo de programas y proyectos concretos relacionados con las drogodependencias.

Están formados por los técnicos de las distintas áreas municipales y por representantes de los colectivos sociales implicados. Se establecen dos grupos de trabajo diferenciados, atendiendo a los programas de actuación del PMAD:

- Grupo de trabajo sobre **Prevención**
- Grupo de trabajo sobre **Atención**

Se reunirán de forma ordinaria con periodicidad cuatrimestral, además de cuando se estime necesario para el desarrollo de actuaciones coordinadas.

Dentro de cada grupo de trabajo se podrán establecer subgrupos específicos de trabajo por ámbitos de actuación o intervenciones que contarán con un responsable técnico que los coordine.

5.4. OFICINA TÉCNICA DEL PMAD

Es el **órgano técnico del Ayuntamiento de Cartagena** que se encarga de impulsar y gestionar las actuaciones previstas del PMAD, y coordinar sus Grupos de Trabajo. Estará adscrita al **área de Atención Social**.

Contará con un Coordinador Técnico municipal, un Técnico de Prevención en Drogodependencias, un educador, un auxiliar técnico en prevención de drogodependencias, y un administrativo. Se podrán incorporar otros profesionales que se estimen necesarios para el mejor desarrollo de las actuaciones previstas.

6. FINANCIACIÓN

El Pleno de la Comisión Municipal de Drogodependencias (CMD) dictaminará cada año el Presupuesto del Plan en función de la programación anual propuesta por la Oficina Técnica del PMAD y los Grupos de Trabajo.

La financiación del presupuesto anual será mixta, procediendo por un lado de las aportaciones del propio **Ayuntamiento**, de subvenciones y convenios con la **Comunidad Autónoma** de la Región de Murcia, y de subvenciones o ayudas económicas para la prevención y atención de drogodependencias de **otras administraciones públicas** y **entidades privadas** a las que se pueda acceder como entidad local.

7. RECURSOS

Los recursos humanos con los que contará el PMAD lo conforman los profesionales y representantes de la administración pública y entidades sociales que actúan sobre la mejora de la calidad de vida en nuestro municipio, tanto en sus actuaciones generales como en actuaciones concretas relacionadas con la prevención y atención de drogodependencias.

7.1. RECURSOS DEL AYUNTAMIENTO

- **CONCEJALÍA DE ATENCIÓN SOCIAL e INSTITUTO MUNICIPAL DE SERVICIOS SOCIALES:** programas en barrios de dinamización comunitaria y desarrollo de proyectos de prevención; apoyo para la inserción social de personas con problemas de drogodependencias.
- **CONCEJALÍA DE EDUCACIÓN:** programas de Educación para la salud y Escuela de Padres en centros educativos.
- **CONCEJALÍA DE CULTURA y UNIVERSIDAD POPULAR:** talleres y actividades culturales en barrios y actuaciones generales; apoyo para la inserción socio-educativa de personas con problemas de drogodependencias
- **CONCEJALÍA DE DEPORTES y PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES:** actividades deportivas en barrios y generales.
- **CONCEJALÍA DE JUVENTUD y CENTRO DE RECURSOS JUVENILES:** dinamización de asociaciones juveniles en barrios y en Educación Secundaria; actuaciones específicas ámbito juvenil.
- **CONCEJALÍA DE LA MUJER:** actuaciones específicas con mujeres, asociaciones de mujeres y población general.
- **CONCEJALÍA DE INTERIOR y POLICÍA LOCAL:** control del cumplimiento de ordenanzas y normativas autonómicas y estatales sobre venta, promoción y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- **AGENCIA DE DESARROLLO LOCAL Y EMPLEO:** acciones de inserción laboral relacionadas con la prevención y atención de personas con problemas de drogodependencias.
- **CONCEJALÍA DE SANIDAD:** control del cumplimiento de la normativa vigente sobre venta y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco en el municipio.
- **OFICINA TÉCNICA DEL PMAD:** coordinación y gestión de actuaciones previstas en las programaciones del PMAD.

7.2. RECURSOS DE OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

- Centros de Atención Primaria de Salud, Centro de Salud Mental y de Atención de Drogodependencias en Cartagena del SERVICIO MURCIANO DE SALUD: colaboración en proyectos de prevención comunitaria; tratamiento a personas con problemas de drogodependencias.
- Servicios de Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias de la CONSEJERÍA DE SANIDAD: apoyo técnico para las actuaciones de Prevención.
- CENTROS EDUCATIVOS y CENTRO DE PROFESORES Y RECURSOS (CPR) DE CARTAGENA: colaboración y apoyo en actuaciones de Prevención en el ámbito educativo
- COMISIÓN DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DE LA ARMADA EN CARTAGENA: colaboración y apoyo a actuaciones dirigidas a personal militar.

7.3. RECURSOS DE ORGANIZACIONES SOCIALES

- ASOCIACIONES CON ACTUACIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD o prevención de drogodependencias (ACCIÓN FAMILIAR, CRUZ ROJA JUVENTUD DE CARTAGENA, UN PASO MÁS, RASCASA,...): colaboración y apoyo a actuaciones y programas de prevención comunitaria.
- ASOCIACIONES CON ACTUACIONES DE ATENCIÓN Y APOYO A PERSONAS DROGODEPENDIENTES (ALCOHOLICOS ANONIMOS, APAD, COLECTIVO DE PADRES Y AMIGOS CONTRA LAS DROGAS,...): colaboración y apoyo a actuaciones de prevención y de inserción social de drogodependencias.
- COORDINADORAS DE COLECTIVOS DE BARRIOS Y POBLACIONES: colaboración y apoyo a actuaciones y programas de prevención comunitaria.
- FEDERACIONES DE ASOCIACIONES DE MADRES Y PADRES DE ALUMNOS/AS del municipio (CONCAPA y FAPA-CARTAGENA), colaboración y apoyo a actuaciones de prevención en el ámbito educativo.
- CONSEJO DE LA JUVENTUD y ASOCIACIONES JUVENILES.: colaboración y apoyo a actuaciones de prevención dirigidas a población juvenil;
- ASOCIACIONES DE MUJERES: colaboración y apoyo a actuaciones de prevención y atención.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE VECINOS DE CARTAGENA Y COMARCA: colaboración y apoyo a actuaciones y programas de prevención comunitaria.
- ORGANIZACIONES SINDICALES (UGT, CCOO,...) y comités de Salud laboral: colaboración y apoyo a actuaciones de prevención y atención en el ámbito laboral.

- ORGANIZACIONES EMPRESARIALES y servicios médicos de empresa: colaboración y apoyo a actuaciones de prevención y atención en el ámbito laboral.
- COLECTIVO “LA HUERTECICA” (Casa de Acogida, Comunidad Terapéutica, Centro de día, y Centro de encuentro y acogida): colaboración y apoyo a actuaciones de prevención y atención de personas con problemas de drogodependencias.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA (Programa de Atención a drogodependientes en Instituciones penitencias, comisarías y Juzgados y Programa de Atención a prostitutas): colaboración y apoyo a actuaciones de prevención y atención de personas con problemas de drogodependencias.
- COMITÉ ANTISIDA (Programa de intercambio de jeringuillas y de café y calor) colaboración y apoyo a actuaciones de prevención y atención de personas con problemas de drogodependencias
- FEDERACIÓN DE TROPAS Y LEGIONES DE LAS FIESTAS DE CARTHAGINESES Y ROMANOS: colaboración y apoyo a actuaciones de promoción de salud y Prevención del abuso de alcohol en el municipio
- ASOCIACIÓN DE HOSTELEROS DE CARTAGENA (HOSTECAR): colaboración y apoyo a actuaciones de promoción de salud y Prevención del abuso de alcohol en el municipio.
- FUNDACION EDEX: colaboración y apoyo a actuaciones de prevención en el ámbito educativo.

8. EVALUACIÓN

El PMAD de Cartagena contemplará **diversos instrumentos** para su evaluación, tanto del proceso de realización como de los resultados de sus actuaciones, como son:

- **Fichas de actividades** realizadas; que contendrán datos sobre número de participantes, duración, horario, lugar, y valoración del proceso.
- **Cuestionarios de evaluación** de las actividades realizadas y resueltos por los participantes a las mismas.
- **Reuniones** de los grupos de trabajo de la CMD
- **Memorias anuales** de actuaciones realizadas desde la Oficina Técnica del PMAD
- **Estudios sociológicos** sobre opiniones, actitudes y consumo de drogas que se realizan a nivel municipal, autonómico y estatal.

PROGRAMA MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

1. CRITERIOS BASICOS PARA LA PREVENCIÓN

- **La Prevención es la principal prioridad** del Plan Municipal de Acción sobre las Drogodependencias para los próximos años (2008-2012), al igual que en periodos anteriores, respondiendo a la demanda de la población que actualmente la consideran el medio más importante para abordar los problemas que causan el consumo de drogas en la sociedad.
- En el marco de las actuaciones se desarrollará especialmente la **prevención universal y selectiva** para provocar un cambio en la población del municipio hacia estilos de vida más saludables; también para reducir al máximo el consumo de alcohol y tabaco, que son las drogas que más incidencia negativa tienen en la salud del conjunto de la población.
- Es necesario **integrar la prevención de drogodependencias en actuaciones más generales de Promoción de Salud**, dirigidas a potenciar el conocimiento de los factores que inciden en la Salud de las personas, en sus aspectos físico, mental y social; la forma de influir positivamente en estos factores para mantener y mejorar la salud individual; y el deseo de conseguir una comunidad más saludable. Esta manera de concebir la prevención, implica subrayar:
 - La **dimensión comunitaria** de los programas de intervención, desarrollando los mismos en los ámbitos donde la población vive su cotidianeidad (el barrio, el centro educativo, la empresa, ...)
 - La **participación de los diferentes actores sociales** que articulan la comunidad.
- Para mejorar las intervenciones de prevención es imprescindible **aprender a convivir con el alcohol, el tabaco y las demás drogas** para reducir los riesgos y los problemas derivados del consumo de las mismas. Por lo que debemos adaptar los mensajes preventivos centrados en el “no consumo”, hacia otros mensajes más realistas y basados en un “posible consumo” pero relacionado con la moderación, la responsabilidad personal, la seguridad y el respeto a los demás. Especialmente cuando las acciones se dirijan a personas mayores de edad.
- **El alcohol y el tabaco son las primeras drogas que se consumen y las que tienen mayor número de consumidores** en todos los sectores de población, por lo que habrá que realizar actuaciones de prevención dirigidas a población general y jóvenes que sirvan para disminuir riesgos y problemas respecto a las mismas. Pero también han de servir para aumentar el conocimiento sobre aspectos generales y conceptos relacionados con todas las drogodependencias (tolerancia, síndrome de abstinencia, toxicidad, sobredosis, disminución de riesgos ...)

2. OBJETIVOS GENERALES

El Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias (PMAD) tiene como objetivo referente a la prevención del problema el de **prevenir y reducir el consumo de drogas en nuestro municipio, promoviendo estilos de vida más saludables entre la población.**

Para ello, los objetivos generales del PMAD en este campo son:

1. Reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como los riesgos y las consecuencias sociales asociados al mismo.
2. Potenciar un cambio en la actitud social frente al alcohol, el tabaco y las otras drogas hacia estilos de vida más saludables.
3. Incidir sobre las causas y condiciones sociales que influyen en el consumo de las diferentes drogas, minimizando los factores de riesgo e incrementando los factores de protección.
4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar de forma continuada la evolución del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en nuestro municipio.
- Apoyar la formación de mediadores sociales y profesionales sobre Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias, de modo que tenga un efecto multiplicador en las comunidades donde participan.
- Desarrollar proyectos de Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias que favorezcan cambios hacia estilos de vida más saludables.
- Promover y apoyar alternativas a escala ocupacional, educativa, cultural y de tiempo libre dirigidas a menores y jóvenes, en los barrios más desfavorecidos o con mayor riesgo de exclusión social del municipio.
- Favorecer la participación social de la comunidad mediante las asociaciones en actuaciones de Promoción de Salud y Prevención de drogodependencias,
- Colaborar en el control de la venta, promoción y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la Junta Local de Seguridad, y especialmente en lo referente a menores.

4. AMBITOS DE INTERVENCION Y ACTUACIONES

4.1. AMBITO COMUNITARIO

Dentro de este ámbito de actuación, se trata de combinar el trabajo directo de prevención selectiva de sectores de población concretos, con actividades más generales de prevención universal que permitan llegar a capas más amplias de la población del municipio e impulsen la participación de los ciudadanos en la Prevención de drogodependencias.

Dentro de este ámbito comunitario se contemplan tres apartados según la población destinataria de las actuaciones, como son:

- POBLACIÓN GENERAL
- POBLACIÓN DIANA (MENORES Y JÓVENES)
- POBLACIÓN DE BARRIOS Y POBLACIONES

4.1.1. POBLACIÓN GENERAL

Se continuarán realizando actuaciones sobre prevención de drogodependencias de tipo universal, que lleguen a todos los sectores de población del municipio, y procurando que participe el mayor número de ciudadanos al final del periodo en la valoración y aportación de sugerencias para mejorar el PMAD de Cartagena. Las actividades de promoción de salud y prevención en este ámbito se referirán fundamentalmente al alcohol y al tabaco, como estrategia preventiva para aumentar la capacidad de respuesta social ante todas las drogodependencias.

OBJETIVOS 2008-2012

- Analizar la evolución de la problemática relacionada con el consumo de drogas en el municipio.
- Desarrollar acciones generales informativas y de promoción de la salud que favorezcan cambios en la percepción y actitudes de la población ante el alcohol, el tabaco y las otras drogas.
- Promover el cumplimiento de la normativa vigente en materia de consumo, venta y promoción del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

ACTUACIONES 2008-2012

- Difusión del documento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias (PMAD) para el periodo 2008-2012.
- Realización de la cuarta Investigación Sociológica sobre opiniones, actitudes y consumo de drogas entre la población del municipio al final del periodo.
- Realización de las quintas Jornadas Municipales de Acción sobre las Drogodependencias al final del periodo.
- Divulgación de materiales informativos sobre Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias.
- Realización de actuaciones informativas que promuevan la adopción de estilos de vida saludables y la prevención de drogodependencias entre la población.
- Realización de actuaciones específicas de Promoción de salud y Prevención del abuso de alcohol durante las fiestas locales del municipio (Carthagineses y Romanos, fiestas en barrios, fiestas en pueblos).
- Intervención de la policía local en el control de la venta, promoción y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, especialmente cuando afecta a menores de edad.

4.1.2. POBLACION DIANA (MENORES Y JOVENES)

En el marco del PMAD y de otros planes municipales y programas dirigidos a actuar con jóvenes y menores del municipio de Cartagena, la Comisión Municipal de Drogodependencias impulsará actuaciones de prevención selectiva de drogodependencias dirigidas a menores y jóvenes, como poblaciones diana diferenciadas. Para ello se coordinará especialmente con la Concejalía de Juventud, el Consejo de la Juventud y el Instituto Municipal de Servicios Sociales.

OBJETIVOS 2008-2012

- Apoyar la realización de actividades de tiempo libre más saludables entre los menores y jóvenes del municipio en colaboración con la Concejalía de Juventud y el Consejo de la Juventud de Cartagena.
- Apoyar la realización de actividades de tiempo libre más saludables entre los menores y jóvenes de las zonas de población más desfavorecidas y con mayor riesgo de exclusión social del municipio en colaboración con el Instituto Municipal de Servicios Sociales
- Promover y apoyar a las asociaciones juveniles en la realización de actividades específicas de Promoción de salud y prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en grupos de menores y jóvenes.

ACTUACIONES 2008-2012

- Realización de actividades de tiempo libre más saludable, de tipos artísticas, lúdicas y deportivas, dirigidas a menores y jóvenes del municipio durante todo el año de forma continua y estable.
- Realización de actividades formativas sobre promoción de salud y prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas para mediadores juveniles.
- Creación y mantenimiento de recursos públicos para menores y jóvenes que favorezcan la práctica de actividades alternativas al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en barrios y pueblos más desfavorecidos o con más riesgo de exclusión social: Café Joven Lo Campano.
- Realización de actividades sobre Promoción de Salud y prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en las asociaciones y colectivos juveniles del municipio: video-coloquios, fiestas saludables sin bebidas alcohólicas, talleres de promoción de bebidas más saludables y talleres de promoción de hábitos más saludables.

4.1.3. POBLACIÓN DE BARRIOS Y POBLACIONES

Se impulsarán y/o apoyarán estrategias de prevención comunitaria en los diferentes barrios y poblaciones del municipio con las siguientes características:

- **Protagonismo de la comunidad** posibilitando la implicación y coordinación de los agentes sociales propios de la zona.
- **Descentralización:** facilitando autonomía de gestión a las Asociaciones y Coordinadoras de asociaciones de los barrios en el desarrollo de los proyectos, mediante la realización de convenios de colaboración que permitan una mayor responsabilidad y compromiso de las organizaciones implicadas.

OBJETIVOS 2008-2012

- Facilitar la formación en Prevención de drogodependencias de mediadores sociales, de forma descentralizada, en barrios y poblaciones del municipio
- Apoyar y potenciar el diseño y realización de Programas de Prevención Comunitaria de Drogodependencias en barrios y poblaciones del municipio.
- Integrar objetivos y acciones específicas de Prevención de Drogodependencias en barrios y poblaciones del municipio que cuenten con Programas de Desarrollo Comunitario y/o Promoción de la Salud.
- Desarrollar actividades puntuales sobre Educación para la Salud y Prevención de Drogodependencias en barrios y poblaciones del municipio.

ACTUACIONES 2008-2012

- Realización de cursos de formación sobre Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias a mediadores sociales y representantes de colectivos sociales y entidades del barrio o población donde se inicie una intervención.
- Realización de análisis comunitario de la problemática específica del barrio o población respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como de los recursos disponibles para desarrollar acciones preventivas.
- Realización de Proyectos de Prevención Comunitaria de Drogodependencias ajustados a la realidad y necesidades de cada barrio, y que integren aspectos referentes a de prevención como:
 - Actuaciones que incrementen la conciencia crítica de la población respecto al alcohol, el tabaco y las otras drogas y que estimulen la participación social para conseguir un barrio más saludable: Semanas de Salud, fiestas comunitarias sin alcohol,...
 - Actuaciones de Promoción de Salud y Prevención del abuso de alcohol en fiestas populares de barrios y poblaciones del municipio.
 - Actuaciones de promoción de salud y control de espacios libres de humo del tabaco en locales y espacios públicos de las asociaciones del municipio.
 - Actuaciones de Educación para la salud con grupos estables del barrio: charlas-coloquio, video-coloquios, talleres de salud, actividades formativas continuadas,...
 - Actividades que den respuesta a necesidades sociales básicas de tiempo libre, educación, promoción del asociacionismo, inserción socio-laboral de jóvenes en riesgo de exclusión social,...
- Incorporación de acciones específicas de Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias en barrios y poblaciones con programas comunitarios más amplios.

4.2 ÁMBITO EDUCATIVO

El Programa Municipal de Prevención de las Drogodependencias, contempla la intervención en la Comunidad Educativa desde los siguientes criterios:

- La prevención de drogodependencias en la escuela se relaciona con una perspectiva más amplia de **prevención comunitaria**, interconectando la intervención en la escuela, con la intervención en el barrio donde ésta se encuentra, y con otras actuaciones generales a nivel municipal, autonómico o estatal.
- La prevención de las drogodependencias en la escuela, se integra plenamente en una estrategia global de **educación para la salud**. No se trata de informar de la "maldad" de

las drogas o de meter miedo ante ellas, sino de fomentar actitudes personales favorables a la salud y estilos de vida más saludables en relación al alcohol, el tabaco y las otras drogas. Hay que evitar actuaciones que se basen exclusivamente en el miedo, o en mensajes negativos y alarmistas sobre las drogas, ya que se ha demostrado su ineficacia y carácter contrapreventivo de las mismas.

- Una intervención más eficaz sobre prevención de drogodependencias en la escuela requiere reforzar las **habilidades para la vida** de los menores (autoestima, comunicación, toma de decisiones, respeto,...) como base para la prevención de este y otros problemas que se puedan presentar a nivel personal y social.
- Es necesaria la **normalización y continuidad** de las intervenciones en nuestro sistema educativo, integrando la educación para la salud y la prevención de las drogodependencias en el curriculum escolar. Siguiendo los criterios de la UNESCO³ la prevención no se puede reducir a acciones puntuales sin continuidad realizadas por especialistas externos a la comunidad escolar. Se trata de apoyar y reforzar el papel educativo propio del profesorado y de los padres y madres de alumnos/as.
- Se priorizan actuaciones en los niveles de **Educación Primaria y Educación Secundaria**, en los que se encuentran toda la población de 6 a 16 años, sin olvidar otros niveles de nuestro sistema educativo como los de Educación Infantil, Educación de Personas Adultas y Universidad.
- También se actuará para **reforzar la función de los padres y madres como agentes preventivos básicos y de primer orden**, mediante el apoyo a iniciativas de información y formación sobre temas de educación y desarrollo psicosocial de los hijos/as, y procurando el abordaje de la Educación para la Salud dentro del grupo familiar.

El criterio común será el de incidir sobre el conjunto de la comunidad escolar y las familias aportando principalmente herramientas y apoyo técnico a profesores, madres y padres para reforzar su función educativa. Dentro de este ámbito comunitario se contemplan cuatro apartados según la población destinataria de las actuaciones, como son:

- PROFESORADO DE EDUCACION PRIMARIA
- PROFESORADO DE EDUCACION SECUNDARIA
- ASOCIACIONES DE MADRES Y PADRES DE ALUMNOS/AS
- FAMILIAS

³"Se estima que la educación preventiva debe correr a cargo de un personal docente capacitado que esté acostumbrado a tener contactos con los jóvenes y que sepan inspirarles confianza, y son éstas unas características que pueden no poseer personas ajenas al centro. Además, la utilización de especialistas exteriores tiende a aislar y a destacar la singularidad de la educación preventiva, cuando en realidad, es preferible tratarla como una parte normal de la disciplina a la cual haya quedado incorporada".

OBJETIVOS 2008-2012

- Apoyar e impulsar la prevención de drogodependencias en el curriculum escolar de los centros educativos del municipio en el marco de la Educación para la Salud y la Educación para el Tiempo Libre.
- Facilitar a los Centros Educativos actividades complementarias y extraescolares de Educación para la salud y prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que refuercen y estimulen su trabajo educativo.
- Potenciar la participación de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos/as (AMPA's), como principales educadores de sus hijos respecto a la salud y las drogodependencias, en los proyectos y/o acciones de prevención que se articulen en los centros.
- Ofrecer información. Asesoramiento y orientación personalizada a familias preocupadas por el consumo de drogas de hijos e hijas menores de edad.
- Favorecer el cumplimiento de la normativa vigente referida a la limitación de consumo, venta y promoción de tabaco y bebidas alcohólicas en los Centros Educativos.

4.2.1. PROFESORADO DE EDUCACION PRIMARIA

ACTUACIONES 2008-2012

- Apoyo para el desarrollo de Proyectos de Educación para la Salud o de Educación para el Tiempo Libre en Centros Educativos de Primaria.
- Asesoramiento y orientación al profesorado sobre Educación para la Salud y Prevención de Drogodependencias en horario escolar y en el propio centro.
- Oferta de materiales didácticos sobre Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias para la realización de actividades en cada uno de los cursos de Educación Primaria.

4.2.2. PROFESORADO DE EDUCACION SECUNDARIA

ACTUACIONES 2008-2012

- Apoyo para el desarrollo de Proyectos de Educación para la Salud o de Educación para el Tiempo Libre y Prevención de drogodependencias en Centros Educativos de Secundaria.
- Asesoramiento y orientación al profesorado sobre Educación para la Salud y Prevención de Drogodependencias en horario escolar y en el propio centro.

- Oferta de materiales didácticos sobre Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias para la realización de actividades en cada uno de los cursos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).
- Realización de sesiones compartidas de tutoría sobre prevención del abuso de alcohol con alumnos/as de tercer curso de ESO en colaboración con el departamento de Orientación de cada Centro.
- Realización de sesiones compartidas de tutoría sobre prevención del tabaquismo con alumnos/as de segundo curso de ESO en colaboración con el departamento de Orientación de cada Centro.
- Realización de sesiones compartidas de tutoría sobre prevención del consumo de otras drogas (sobre todo cánnabis) con alumnos/as de cuarto curso de ESO en colaboración con el departamento de Orientación de cada Centro.
- Realización de sesiones compartidas de tutoría sobre ocupación saludable del tiempo libre con alumnos/as de primer curso de ESO en colaboración con el departamento de Orientación de cada Centro.
- Apoyo para la promoción de bebidas más saludables sin alcohol y para la promoción de hábitos de vida más saludables sin tabaco en el marco de semanas culturales, de salud o fiestas escolares de Centros de Educación Secundaria.

4.2.3. ASOCIACIONES DE MADRES Y PADRES DE ALUMNOS/AS

ACTUACIONES 2008-2012

- Oferta de actividades formativas enmarcadas en programas de Escuela de Padres de cada centro educativo: charlas-coloquio sobre salud y prevención, ciclos formativos sobre salud y prevención y talleres de Prevención
- Difusión de materiales informativos sobre Educación para la Salud y Prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Apoyo para la realización de actividades extraescolares complementarias en los centros educativos que refuercen la adopción de estilos de vida más saludables y la educación para el tiempo libre.
 - Actividades en el marco de las campañas generales que se celebren en el municipio.
 - Actividades extraescolares normalizadas de los Centros, como: fiestas del centro, de fin de curso, pro-viaje de estudios, etc., procurando que sean experiencias de ocio saludable.
 - Talleres de Salud y Tiempo libre para alumnos/as de Primaria a través de las AMPA's en horario extraescolar y en los centros educativos.
 - Conexión de los centros con los programas y actividades de prevención comunitaria que se realicen en su entorno.

- Utilización de los Centros Educativos como espacios abiertos al barrio para el fomento y realización de alternativas saludables de tiempo libre.
- Cumplimiento en los Centros Educativos de la legislación vigente referida a la limitación de consumo, venta y promoción de tabaco y bebidas alcohólicas en los mismos.

4.2.4. FAMILIAS

ACTUACIONES 2008-2012

- Creación y mantenimiento de un recurso público para familias preocupadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en sus hijos e hijas menores de edad que ofrezca información, asesoramiento y orientación de forma personalizada y estable.
- Realización de actividades sobre Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias entre familias más desfavorecidas o de barrios y poblaciones con mayor riesgo de exclusión social.

4.3. AMBITO LABORAL

La **empresa**, como lugar de trabajo y convivencia de un segmento importante de la población, puede ser también un espacio estratégico para la prevención de las drogodependencias.

- Los programas de intervención habrán de centrarse en especial en **el tabaco y el alcohol**, que son las que representan un mayor problema entre la población trabajadora en general, mientras que el consumo de otras drogas tienen mucha menos incidencia.
- La intervención sobre drogas ha de plantearse desde una perspectiva de **promoción de la salud laboral** y de **prevención de riesgos laborales**, puesto que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre los trabajadores no es ajeno a sus condiciones de trabajo. Además, las consecuencias de las drogodependencias en el ámbito laboral son de una gran trascendencia en términos de salud laboral: enfermedades profesionales, desadaptación laboral, accidentes de trabajo, relaciones interpersonales y absentismo laboral.
- La **participación de los sindicatos y empresarios** es condición imprescindible: el desarrollo de acciones preventivas en el medio laboral no puede hacerse eficazmente sin su implicación directa; la aceptación y eficacia de las mismas dependerá en buena medida del grado de participación en ellas de los representantes de los trabajadores.

OBJETIVOS 2008-2012:

- Favorecer el cumplimiento de la normativa vigente referida a la limitación de consumo, venta y promoción de tabaco y bebidas alcohólicas en los Centros y lugares de trabajo.
- Promover y apoyar el abordaje de actuaciones de prevención sobre drogodependencias en los centros de trabajo, y en especial las referidas al tabaco y al alcohol.
- Divulgar materiales informativos y de sensibilización en las empresas y centros de trabajo del municipio sobre prevención y atención de drogodependencias.
- Colaborar en las iniciativas de formación sobre salud laboral, prevención de riesgos laborales y/o prevención de drogodependencias del personal de las empresas.

ACTUACIONES 2008-2012

- Apoyo a actividades de formación y sensibilización sobre salud laboral y prevención de drogodependencias en empresas y organizaciones sindicales.
- Apoyo para lograr el cumplimiento en los Centros y lugares de trabajo de la normativa vigente referida a la limitación de consumo, venta y promoción de tabaco y bebidas alcohólicas en los mismos.
- Divulgación de materiales informativos sobre prevención y atención del tabaquismo en los centros de trabajo.
- Desarrollo de actuaciones de prevención y control del tabaquismo en centros de trabajo de la administración local.

4.4. AMBITO INSTITUCIONAL

Es importante que haya una **coordinación institucional** lo más normalizada posible y que procure la complementariedad de los diversos recursos y actividades que se puedan desarrollar dirigidos a la población del municipio. Por eso, en este ámbito se incluyen actuaciones referidas a otros organismos e instituciones públicas con planes, programas o iniciativas en prevención de drogodependencias con incidencia en el municipio de Cartagena.

Para este periodo del PMAD se establecen actuaciones concretas de coordinación y colaboración con diversas entidades públicas, como son: el **Plan Regional sobre Drogas** a través de la Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo de la Consejería de Sanidad, **Plan General de Prevención del Consumo de drogas de las Fuerzas Armadas** a través del Centro de Psicología de la Armada y el **Plan Nacional sobre Drogas** a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

OBJETIVOS 2008-2012

- Favorecer la participación y coordinación de los diversas entidades públicas y privadas que abordan la prevención de drogodependencias en el municipio
- Establecer acuerdos y convenios de colaboración que aseguren la disponibilidad de recursos humanos y materiales para el desarrollo de programas y actuaciones de Prevención de drogodependencias en el municipio.
- Prestar apoyo a las iniciativas que se emprendan en prevención de drogodependencias en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia o el Plan General de Prevención del Consumo de drogas de las Fuerzas Armadas

ACTUACIONES 2008-2012

- **PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS**

La **Ley 6/1997 de 22 de octubre, sobre Drogas**, para la prevención asistencia e integración social y su desarrollo en el **Plan Regional sobre Drogas 2007-2010** establecen las directrices para abordar la prevención de drogodependencias en el territorio de la Comunidad Autónoma de Murcia. Actualmente su coordinación corresponde a la Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo de la Consejería de Sanidad de la Consejería de Sanidad, y por tanto su relación con la administración local de la Región de Murcia.

Entre sus principios programáticos referentes a la prevención de drogodependencias, está la participación activa de la comunidad mediante la creación de canales que favorezcan el protagonismo en la transformación de los factores que propician el consumo abusivo de drogas, a través de la contribución de las Entidades Locales de la Región de Murcia en esta materia. Para ello establece vías de financiación por parte de la Consejería de Sanidad para prevención de drogodependencias a través de convenios de colaboración.

Las actuaciones en este periodo, serán:

- Participación en el grupo de trabajo de prevención y plenos de la CMD como miembro de pleno derecho.
- Distribución de materiales de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas del Plan Regional sobre Drogas en el municipio.
- Establecimiento de convenios de colaboración para la cofinanciación de actuaciones de prevención de drogodependencias que se convoquen a nivel regional dirigidas a la administración local.
- Colaboración de técnicos municipales en cursos, jornadas y/o seminarios sobre prevención de drogodependencias que se organicen a nivel regional y municipal.
- Apoyo a las iniciativas que se emprendan en prevención de drogodependencias en el marco del Plan Regional sobre Drogas.

- **FUERZAS ARMADAS**

Como colectivo de profesionales, las **Fuerzas Armadas**, se incorpora al PMAD y participa como miembro de la Comisión Municipal de Drogodependencias en este programa municipal de prevención aportando las actuaciones que tradicionalmente desarrollan para la prevención del consumo de drogas desde el Centro de Psicología de la Armada en Cartagena.

El **Plan General de Prevención del Consumo de drogas de las Fuerzas Armadas** es el marco en el que desarrollan sus actuaciones, y tiene entre sus finalidades: posibilitar estilos de vida saludables que incentiven, entre los profesionales de las Fuerzas Armadas, el rechazo al consumo de drogas; y establecer instrumentos precisos de coordinación para llevar a cabo una acción integrada en materia de drogas que evite la tenencia, el tráfico y prevenga su consumo en el interior de las Unidades, así como se preste asistencia a los consumidores que lo necesiten o lo demanden.

Las actuaciones en este periodo, serán:

- Participación en el grupo de trabajo de prevención y plenos de la CMD como miembro de pleno derecho.
- Distribución de materiales de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en centros militares del municipio.
- Colaboración de técnicos municipales en cursos, jornadas y/o seminarios de prevención de drogodependencias dirigidos a profesionales militares que organice el Centro de Psicología de la Armada en Cartagena.
- Apoyo a las iniciativas que se emprendan en prevención de drogodependencias en el marco del Plan General de Prevención del Consumo de drogas de las Fuerzas Armadas.

- **PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS**

El Plan Nacional sobre Drogas de España es el marco de las actuaciones a nivel estatal sobre prevención de drogodependencias con iniciativas que necesitan de los ayuntamientos para intervenir con la población, ya que la administración local es la que está más cerca de los ciudadanos. De acuerdo con las diferentes estrategias y planes de acción que se establecen desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, actualmente ubicada en el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ayuntamiento de Cartagena prestará apoyo y establecerá los convenios de colaboración necesarios para desarrollar actuaciones de prevención de drogodependencias desde la administración local.

Las actuaciones en este periodo, serán:

- Distribución de materiales de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas del Plan Nacional sobre Drogas en el municipio.
- Establecimiento de convenios de colaboración para la cofinanciación de actuaciones de prevención de drogodependencias que se convoquen a nivel nacional dirigidas a la administración local.
- Colaboración de técnicos municipales en cursos, jornadas y/o seminarios sobre prevención de drogodependencias que se organicen a nivel nacional y municipal.

PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENCION A PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIAS

1. CRITERIOS BÁSICOS PARA LA ATENCION

- Las drogodependencias son, principalmente, un **problema psicosocial y de salud**, La problemática relacionada con el abuso de drogas tiene una dimensión física, psíquica y social para las personas y la sociedad. El proceso de asistencia e integración social de las personas con problemas de drogodependencias ha de ser, por tanto, un **proceso integral de recuperación del individuo en relación con su medio**, para que cada individuo asuma un estilo de vida más saludable y equilibrado, que le permita vivir sin dependencia de las drogas. Esto implica:
 - Un tratamiento integral e interdisciplinar de la persona drogodependiente, que contemple la **intervención médica, psicológica, educativa, social y jurídica adecuada** a las características de cada caso.
 - Es necesario incidir no sólo en el individuo directamente, sino también en su **entorno familiar y social**.
- La Atención a personas con problemas de drogodependencias se estructura en dos etapas integradas, de **Asistencia e Integración social**, y que a su vez comprende los procesos de: acogida, diagnóstico, desintoxicación, deshabituación e inserción social.
- El **papel de los servicios municipales** en este contexto, es el de facilitar el acceso al tratamiento, llevar a cabo la intervención social con los afectados, e impulsar su inserción social a través de los diferentes recursos locales.
- Los esfuerzos del PMAD se concentrarán prioritariamente en **potenciar la inserción social**, ya que es la clave del proceso de recuperación de las personas que han sufrido dependencia de las drogas.
- Es fundamental e insustituible el papel de la **iniciativa social** y del **voluntariado** en todo este ámbito de la rehabilitación e inserción social de personas drogodependientes. Por ello, hay que apoyar y potenciar dichas iniciativas desde el PMAD, siempre que cumplan los requisitos mínimos en el abordaje de las drogodependencias exigidos por las administraciones autonómica y estatal.
- La **Comisión Municipal de Drogodependencias** es un espacio de confluencia que debe permitir una mayor coordinación de los recursos existentes y el impulso de nuevos recursos complementarios. Esa coordinación debe ser fluida, flexible y dirigida a rentabilizar el conjunto de recursos presentes en el municipio. Se trata de evitar la duplicidad en las intervenciones, y propiciar el **apoyo a los recursos existentes y la coordinación entre los mismos**.

2. OBJETIVOS GENERALES

El Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias (PMAD) tiene como objetivo referente a la Atención del problema el de **asegurar una respuesta solidaria a los que viven una situación de dependencia de las drogas, facilitándoles una atención integral que haga posible su inserción social.**

Para ello, los objetivos generales del PMAD en este campo son:

- Garantizar la atención a todas las personas con problemas de abuso o dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas residentes en el municipio de Cartagena.
- Mejorar la coordinación y eficacia de los Recursos de Atención a personas con problemas de drogodependencias existentes en el territorio del municipio.
- Potenciar actuaciones y programas que faciliten la Inserción Social de personas drogodependientes en proceso de rehabilitación, ofertándoles las alternativas necesarias a nivel educativo, de empleo, convivencia y tiempo libre.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Facilitar a la población en general, y a los afectados en particular, información y asesoramiento sobre los recursos existentes para el tratamiento del tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias.
- Procurar la toma de contacto con los servicios asistenciales del mayor número posible de personas con abuso o dependencia de drogas.
- Posibilitar una coordinación eficaz de los recursos del ayuntamiento, de la Comunidad Autónoma, y de la iniciativa social, en todo el proceso de tratamiento de las toxicomanías, asegurando una mayor interrelación entre los recursos primarios y los recursos especializados de tratamiento.
- Apoyar recursos de atención a personas drogodependientes que mejoren sus niveles de salud física, mental y social.
- Favorecer un cambio de actitudes en la población general que mejore la percepción social de las personas con problemas de drogodependencias.
- Facilitar el acceso de personas drogodependientes a los recursos sociales normalizados a nivel laboral, educativo, de tiempo libre y de convivencia a través de la coordinación con las diversas instituciones.
- Apoyar el desarrollo de programas específicos dirigidos a conseguir la integración socio-laboral de personas drogodependientes

4. AMBITOS DE INTERVENCION Y ACTUACIONES

4.1. AMBITO ASISTENCIAL

OBJETIVOS 2008-2012

- Difundir entre la población los recursos existentes de atención a personas con problemas de drogodependencias en nuestro municipio y la forma de acceso a los mismos.
- Apoyar el funcionamiento de servicios de ayuda a personas drogodependientes sin apoyo familiar que mejoren su calidad de vida en relación a su consumo de drogas y motiven a acceder a la red asistencial.
- Mejorar la coordinación entre los diferentes agentes implicados en el abordaje de los problemas de drogodependencias: Servicios Asistenciales, Servicios Sociales, Educación y Justicia, de forma que se garantice una utilización adecuada de los recursos existentes.

ACTUACIONES 2008-2012

- Actualización, reedición y difusión de la Guía de Recursos para la Atención de personas con problemas de drogodependencias en Cartagena.
- Difusión de información-orientación a través de las Unidades de Trabajo Social y programas específicos de Servicios Sociales que permitan acceder a los recursos de atención a drogodependencias a los sectores más desfavorecidos de la población del municipio.
- Información específica a Servicios Médicos de Empresas, Departamentos de Orientación en Centros Educativos y otros agentes sociales y de salud, para reforzar su papel a nivel de orientación-derivación a personas con problemas de drogodependencias.
- Potenciación y colaboración para el mantenimiento de recursos asistenciales existentes en el municipio del Colectivo "La Huertecica", como son: Comunidad Terapéutica, Centro de Día, y Centro de Encuentro y Acogida.
- Potenciación y colaboración para el mantenimiento de recursos asistenciales existentes en el municipio de Cruz Roja Española, como son: el programa de atención a Drogodependientes en Comisarías y Juzgados; y el Programa de Atención a prostitutas.
- Potenciación y colaboración para el mantenimiento de recursos asistenciales existentes en el municipio del Comité Antisida de la Región de Murcia en Cartagena, como son: Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), y de Café y Calor.

4.2. AMBITO DE INTEGRACION SOCIAL

OBJETIVOS 2008-2012

- Potenciar el desarrollo y consolidación de experiencias de Inserción laboral de personas con problemas de drogodependencias.
- Asegurar el seguimiento de los procesos personales de inserción socio-laboral de personas con problemas de drogodependencias en tratamiento.
- Promover y apoyar espacios de encuentro, debate y formación entre los distintos profesionales y voluntarios que trabajan en recursos de integración social y/o reducción de daños de personas con problemas de drogodependencias.

ACTUACIONES 2008-2012

- Coordinación de los recursos donde los sujetos hayan realizado un tratamiento, con los servicios sociales municipales para el apoyo y seguimiento de su proceso de inserción.
- Incorporación de personas en tratamiento a recursos generales y normalizados de formación - empleo: escuelas taller, cursos formación ocupacional, etc.
- Apoyo y colaboración con asociaciones de ayuda a personas con problemas de drogodependencias y familiares: Alcohólicos Anónimos, APAD, y Colectivo de Padres y Amigos contra las Drogas.
- Apoyo y colaboración con programas y experiencias de inserción socio-laboral dependientes del Colectivo "La Huertecica": Centro de formación y empleo.
- Apoyo y colaboración con programas y experiencias de inserción socio-laboral dependientes de la Asociación "Diagrama" de Intervención Psicosocial: contratación de personas ex-drogodependientes en empresas de la Región Murciana.
- Apoyo y colaboración para la realización de Jornadas de Trabajo dirigidas a profesionales y colaboradores de la CMD en las que se analicen los procesos y dificultades de inserción social y/o reducción de daños de personas drogodependientes que acceden a los diferentes recursos de atención.

4.3. AMBITO INSTITUCIONAL

OBJETIVOS 2008-2012

- Favorecer la participación y coordinación de los diversas entidades públicas y privadas que abordan la atención a personas con problemas de drogodependencias en el municipio
- Establecer acuerdos y convenios de colaboración que aseguren la disponibilidad de recursos humanos y materiales para el desarrollo de programas y actuaciones de atención a personas con problemas de drogodependencias en el municipio.
- Prestar apoyo a las iniciativas que se emprendan en atención a personas con problemas de drogodependencias en el marco del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

ACTUACIONES 2008-2012

- PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS. SERVICIO MURCIANO DE SALUD

La **Ley 6/1997, de 22 de octubre, de la Región de Murcia sobre Drogas**, para la prevención asistencia e integración social y su desarrollo en el **Plan Regional sobre Drogas 2007-2010** establecen las directrices para abordar la asistencia y la inserción de drogodependientes en el territorio de la Comunidad Autónoma de Murcia. Actualmente su coordinación corresponde a la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica del SERVICIO MURCIANO DE SALUD, y por tanto su relación con la administración local de la Región de Murcia.

Entre sus principios programáticos establece vías de financiación por parte de la Consejería de Sanidad para inserción de drogodependencias a través de convenios de colaboración.

Las actuaciones en este periodo, serán:

- Participación en el grupo de trabajo de atención y plenos de la CMD como miembros de pleno derecho.
- Establecimiento de convenios de colaboración para la cofinanciación de actuaciones de atención de drogodependencias que se convoquen a nivel regional dirigidas a la administración local.
- Apoyo a las iniciativas que se emprendan en atención de drogodependencias en el marco del Plan Regional sobre Drogas.