

UN MODELO DE GESTIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN LA PROVINCIA DE CORDOBA DESDE UN ENFOQUE COMUNITARIO.

***UNIDAD DE DROGAS Y ADICCIONES-CPD.
INSTITUTO PROVINCIAL DE BIENESTAR SOCIAL.
DIPUTACIÓN DE CÓRDOBA***

1.-INTRODUCCIÓN.

La prevención de las adicciones y la promoción de la salud de personas consumidoras de sustancias o con conductas de riesgo, aunque son dos hechos distintos entre sí, sus objetivos se superponen.

El primero esta relacionado con la interacción de las sustancias con el sujeto en un contexto determinado de relación, sobre los que sería necesario intervenir si queremos conseguir una mejora de la vida de las personas (modelo ecológico) y que abarcaría toda acción tendente a evitar o disminuir el consumo de drogas o a paliar los efectos que el consumo puede ocasionar en los consumidores.

El segundo se sitúa dentro de un concepto más amplio de promoción de la salud lo que conlleva poner en marcha acciones que apoyen a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables y a que desarrollen condiciones de vida y ambientes que promocionen la salud, **y no se puede entender si no es con la participación de la comunidad.**

Las acciones de prevención y de promoción de la salud deberán llevarse a cabo a través de estrategias de Educación para la Salud, que promueve la participación activa de las personas y de la comunidad como elemento fundamental.

Los objetivos de mejorar los problemas relacionados con el consumo de sustancias o conductas adictivas y disminuir los costes personales y sociales que generan los trastornos adictivos sólo se pueden conseguir desde enfoques de salud pública. Dentro de este marco, y de los procesos que pueden mejorar la salud de las personas consumidoras, se incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad que esto conlleva, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas. **Para ello, las estrategias que se diseñen tendrán que apoyarse, entre otras, en actividades comunitarias, en un territorio concreto y con instrumentos válidos.**

Diferentes tipos de evidencias sugieren que las adicciones y sus determinantes se pueden mejorar con cambios planificados en el entorno social o físico de la persona; de la misma forma, dicha evidencia también nos dice que el consumo de sustancias se relaciona de manera no coincidente con trastornos mentales, con delitos, fracaso escolar, practicas de sexo no seguro, accidentes de circulación e inactividad física, describiéndose una agrupación entre este tipo de problemas.

Más allá de estas consideraciones, la prudencia nos aconseja que debemos realizar siempre una evaluación de las actuaciones que llevemos a cabo y de los resultados obtenidos; así como de monitorizar los cambios experimentados tanto a nivel social como medioambiental para ampliar la evidencia y alentar a mejorar las actuaciones llevadas a cabo en prevención, adaptándolas a cada momento, lugar y población al que van dirigidas.

Desafortunadamente, nos encontramos en muchas ocasiones con profesionales con un alto nivel de capacitación que, inmersos en el quehacer diario, están con frecuencia tan preocupados con los problemas inmediatos, de las personas que tienen un problema adictivo, que se olvidan de poder prestar atención a aquellos que están "bien".

Con este modelo de gestión pretendemos superar estas barreras, describiendo aquellas actuaciones que es necesario implementar en diferentes ámbitos y en distintas situaciones, basándonos en la evidencia científica disponible en este momento y que ha proporcionado algunas de las intervenciones que en salud se vienen llevando a cabo, desde el consenso con los profesionales y con la sociedad sobre las características comunes de

las adicciones, la **cooperación con los distintos agentes sociales** así como con las variaciones que existen entre las diferentes concepciones del problema.

2.-EL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES ES ASUNTO DE TODOS.

La prevención de las adicciones necesita estar integrada como parte de las políticas de salud, **dentro de una política de prevención integral, basada en la educación**, con el fin de conseguir un estatus y una dirección estratégica que nos permita actuaciones de éxito.

Prevención entendida como un conjunto de valores, **intervenciones** y objetivos **acordes con la salud**, cuya finalidad es:

- **Utilizar los recursos humanos, materiales e institucionales de la comunidad para resolver los problemas relacionados con el consumo y abuso de drogas y adicciones antes de que aparezcan.**
- Mejorar los problemas, **si ya se han instaurado** y reducir la carga que las adicciones generan en la sociedad.

Para ello es necesario que se plantee una propuesta del modelo de intervención que queremos, lo que conlleva establecer qué es lo que debemos esperar o lograr una vez puesta en marcha. Supone elaborar un conjunto de **actuaciones y estrategias**; un conjunto de objetivos **a corto y medio plazo**, medibles que a la vez establezcan una serie de tareas alcanzables para el mejoramiento de la salud.

3.-MARCO GENERAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES.

El marco general **de nuestra intervención**, contempla tres aspectos:

1.-El concepto de promoción de la salud en adicciones se enfoca desde una perspectiva positiva poniendo el énfasis sobre la salud y no sobre la enfermedad adictiva o sobre las sustancias o conductas, dirigiéndose a hacer partícipe a la persona y empoderándola, **fortaleciendo su capacidad para la decisión y la acción.**

2.-Un modelo de planificación y control que permita implementar los principios y estrategias analizadas.

3.-Las estrategias deben de resaltar los factores individuales, sociales y ambientales que influyen en la adicción, proporcionando un marco sólido para un enfoque positivo, haciendo hincapié en la salud de la persona, redes de apoyo, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de atención hacia un modelo más integral y comunitario

4.-PRINCIPIOS A TENER EN CUENTA.

Entre los principios que debemos tener en cuenta a la hora de gestionar acciones en materia preventiva, **señalar:**

-**El de la educación y promoción de la salud**, entendida como las acciones encaminadas a abordar el conjunto de los determinantes de la salud que son potencialmente modificables.

-**El de prevención de la enfermedad**, entendida como las acciones que se centran en **los distintos factores** que dan origen a la enfermedad.

-**El de la intersectorialidad**, que permita dar una respuesta conjunta **por parte de las distintas instituciones y agentes implicados en el problema** de las adicciones, bajo los principios de eficacia y eficiencia. **Para ello, es necesario intervenir en diferentes niveles:** desde el nivel local al nivel provincial; desde el individual al grupal o al general y también en

función de los diferentes ámbitos. **Es un pilar básico la coordinación y cooperación con los Servicios Sociales y las distintas entidades y agentes que actúan en el territorio.**

-El de la **participación comunitaria**

-El de la **prudencia** que reconoce que toda evidencia tiene deficiencias, lo que significa que no siempre sabremos lo suficiente para poder actuar con certeza pero que podemos tener la certeza, en muchos casos, sobre la calidad de la evidencia existente para hacer recomendaciones en cuanto a la acción.

-El de **evidencia de la efectividad.**

-El de **adaptación y aceptabilidad cultural.**

-El de **rendimiento y beneficio global.**

5.-MARCO CONCEPTUAL PARA LA ACCION.

Definir el marco conceptual para la acción permite guiar nuestros esfuerzos tanto en la prevención de las adicciones como en la promoción de la salud. **Esto supone:**

- Identificación de los grupos de población que deben ser prioritarios para la acción. Grupos de riesgo
- Concentrarse en los determinantes sociales que condicionan los factores de riesgo.
- Tener en cuenta las distintos modelos de prevención y promoción de la salud que funcionan, en función de los niveles y tipos de población. **Establecer en qué nivel de intervención preventiva (universal, selectiva o indicada) va a situarse la acción.**
- Participación de todos los profesionales que trabajan en prevención independientemente de los ámbitos y/o perfiles.
- Establecer alianzas de cooperación y colaboración entre el sector público, privado y organizaciones no gubernamentales.

Es necesario que las intervenciones que pongamos en marcha garanticen, desde la evidencia disponible, resultados de éxito, como son aquellas que actúan:

a)Mejorando las condiciones de habitabilidad: los efectos de una vivienda adecuada sobre la salud en general y sobre la promoción y prevención de las adicciones en particular sugiere un impacto prometedor en las repercusiones de ésta sobre el sujeto, incluyendo mejoras en la seguridad y en la reducción de los delitos y sobre la participación social y comunitaria de la persona.

b)En el ámbito educativo:

- **Mejorando el nivel educativo de los jóvenes** aumentamos la capacidad cognitiva-intelectual, así como la probabilidad de disponer de un puesto de trabajo, reduciendo las desigualdades y los riesgos de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias.
- **Intervenciones educativas y sociales para preescolares:** hay evidencias que indican que las intervenciones tempranas como programas de lectura, detección de problemas de salud, programas de recreación organizada y programas que enseñan las habilidades de lectura y valores socioemocionales a niños, mejoran las habilidades y facilitan la transición a la escuela.
- **Mejorando el bienestar emocional en el entorno escolar:** los niños necesitan destrezas sociales y emocionales, también necesitan la seguridad que les permita usar esas destrezas de forma constructiva con el objetivo de desarrollar un sentido de identidad, es lo que se denomina aprendizaje social y emocional

g) Intervenciones efectivas en la escuela para adolescentes y jóvenes: algunas intervenciones planteadas se llevan a cabo considerando a la escuela desde enfoques integrados y otras se llevan a cabo identificando grupos de riesgo. Con respecto a las primeras, las intervenciones universales se concentran generalmente sobre los factores genéricos de riesgo y problemas tales como el fracaso escolar, y los problemas de conducta habiendo demostrado una mejor resiliencia. En el segundo caso las intervenciones han ido dirigidas fundamentalmente a mejorar las destrezas sociales y emocionales de los jóvenes, así como incrementar la capacidad de resolución de problemas (Caplan y otros. 1992).

c) Impulsando las redes comunitarias: centrados en la elaboración de procesos de empoderamiento y la de un sentido de responsabilidad social dentro de los miembros de la comunidad. Prevención comunitaria

d) Programas educativos dirigidos a mujeres consumidoras embarazadas porque ese consumo, está asociado al hecho de que los hijos desarrollen una adicción a sustancias en la adolescencia y en la adultez temprana.

h) Programas multicomponentes: aquellos que se enfocan simultáneamente en diferentes niveles abordando múltiples factores de riesgo y protección en el individuo, la escuela y la familia.

i) Programas para la prevención del estrés en los lugares de trabajo: permiten capacitar a los empleados para afrontar problemas o adaptarse al medio laboral.

j) Programas dirigidos a mejorar el nivel de empoderamiento de las personas entendido como la capacidad de las personas de buscar su propias soluciones para sus problemas.

K) Estrategias dirigidas a mejorar el apoyo social dirigidas a fortalecer las organizaciones comunitarias para desarrollar estilos de vida saludables en la población.

6.-ETAPAS EN LA GESTIÓN:

Es importante tener en cuenta, si queremos llevar a cabo actuaciones eficientes en la promoción y la prevención de las adicciones, **que nos debemos incorporar a las estructuras comunitarias. La evidencia demuestra que la prevención debe partir de los espacios comunitarios desde los que implementaremos los recursos y las distintas acciones.**

Esto supone avanzar en las distintas etapas:

6.1.-PLANIFICACIÓN: Para poner en marcha un plan de acción es necesario:

1.1.-Estudio detallado de las necesidades, de los recursos que se disponen, de las prioridades, de la estructura de la comunidad, "haciendo con la comunidad" y no "para la comunidad".

1.2.-Acuerdos sobre un plan de acción, implementación y monitoreo de las acciones y los procesos de cambio.

1.3.-Evaluación y difusión de las mejores prácticas con atención al almacenamiento y mejora de la calidad.

6.2.-METAS Y ACCIONES EN PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Poner en marcha un plan para la promoción y la prevención de las adicciones nos exige que determinemos cuáles van a ser las metas a conseguir, lo que nos va a permitir establecer las acciones que tenemos que llevar a cabo. Acciones relacionadas con los factores personales, sociales y medioambientales que determinan una mayor vulnerabilidad del sujeto ante el problema de las drogas o de las conductas adictivas.

Dichas acciones se pueden agrupar conceptualmente en tres apartados:

-Desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables: hace referencia a ambientes de protección y seguridad, con buenas condiciones de habitabilidad, educativas, de empleo, de apoyo social, permitiendo la autodeterminación y el control de la propia vida.**(Relacionadas con estrategias para reducir la oferta)**

-Capacidad de cada persona para afrontar situaciones sociales a través de destrezas personales como la tolerancia y la responsabilidad: se relaciona con experiencias positivas de lazos afectivos tempranos, apego, relaciones, comunicación y sentimientos de aceptación.**(Relacionadas con estrategias formativas)**

-Capacidad para afrontar sentimientos y pensamientos, el manejo de la propia vida y la resiliencia: esto se relaciona con la autoestima, la capacidad para manejar los conflictos y la capacidad para aprender.**(Relacionadas con estrategias para reducir la demanda)**

Además hay que poner en marcha un enfoque que combine tanto la promoción de la salud como la prevención de las adicciones, lo que permite clasificar a las intervenciones de acuerdo con los niveles de riesgo de enfermedad en diferentes grupos de población y determina que tipo de acción colectiva se requiere:

-Universal: dirigida a la población general.

-Selectiva: dirigida a subgrupos de población con riesgos significativos.

-Indicada: dirigida a personas en situaciones de alto riesgo con síntomas mínimos pero detectables.

6.3.-DOMINIOS POTENCIALES DE ACTUACIONES A LLEVAR A CABO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES.

Las acciones en la prevención comunitaria **y formación en adicciones**, parten de las **necesidades** que la comunidad y los individuos tengan en relación a las mismas, teniendo en cuenta la percepción del problema, los estereotipos y los valores.

ESCENARIOS DE PREVENCIÓN COMUNITARIA		
	PREVENCIÓN	FORMACIÓN
FAMILIA	UNIVERSAL: "Ciudades ante las Drogas", Colectivos sociales, Escuelas de Familia, SSCC SELECTIVA: P. FAMILIA, Esc. Padres/Madres, AMPAS, familias en situación de riesgo social INDICADA: P. FAMILIA, mujeres exconsumidoras con hijos a cargo	--Grupos Familias con hijos adolescentes/consumidores. -Escuelas de Padres/Madres -Asociaciones -P. Ciudades ante las DRogas"
ADOLESCENTES y	UNIVERSAL: "Ciudades ante las Drogas", Asoc, juveniles, SSCC, intervenciones en lugares de ocio	-Mediadores juveniles

JÓVENES	<p>SELECTIVA: P. JOVEN, jóvenes en riesgo de exclusión social, jóvenes con medidas en C. Menores, jóvenes con medidas judiciales en medio abierto</p> <p>INDICADA: P. JOVEN, jóvenes con medidas en medio abierto y Centros de Menores,</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mediadores sociales -Asociaciones -Ciudades ante las Drogas -SSCC
COMUNIDAD EDUCATIVA	<p>UNIVERSAL: acciones dirigidas a alumnos absentistas y con fracaso escolar, Ciudades ante las Drogas, FORMA JOVEN, AMPAs</p> <p>SELECTIVA: P: JOVEN, acciones dirigidas a alumnos consumidores, Talleres para alumnado universitario</p> <p>INDICADA: Derivación a los Equipos de Tratamiento y recursos específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Equipos de Orientación Educativa -Orientadores y Profesorado -Equipos Directivos de los Centros educativos -Educadores sociales -Coordinación con el Centro de Profesores -FORMA JOVEN -Mediadores sociales -
COLECTIVOS PROFESIONALES		<ul style="list-style-type: none"> -Servicios Sociales Comunitarios -Equipos de Tratamiento Familiar -Profesionales de la salud -Profesionales de la educación -Medios de comunicación -Fuerzas y Cuerpos de Seguridad -Colegios Profesionales Centros de la Mujer
ÁMBITO LABORAL	<p>UNIVERSAL: Ciudades ante las Drogas</p> <p>SELECTIVA: Programas de Prevención en el medio laboral, acciones dirigidas a trabajadores, acciones dirigidas a Comités de Empresa y Salud Laboral</p> <p>INDICADA: Derivación a los Equipos de Tratamiento y recursos específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Comités de Empresa -Empresarios -Acciones con los Comités de Salud Laboral y los servicios médicos de las distintas empresas

7. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

“La comunidad es un espacio concreto en el que conviven una heterogeneidad de sujetos que tienen en común unos lazos afectivos (Historia, cultura...), comparten unas necesidades y unos recursos y se organizan para mejorar la calidad de vida de su entorno o resolver aquellos problemas (sociales, de salud...) que dificultan y/o deterioran el desarrollo armónico de su entorno que, a su vez, repercute en el de cada sujeto” (Mowbray, 1997)

Para que la intervención preventiva sea eficaz es necesaria una metodología que permita adecuar las estrategias a los nuevos retos que surgen en el ámbito de las adicciones, con acciones planificadas y programadas y que cumplan los principios de eficacia, eficiencia y rentabilidad.

La Unidad de Drogas y Adicciones-CPD se centrará en la prevención selectiva e indicada, entendiendo que, según la legislación vigente, son los Servicios Sociales Comunitarios los que desarrollarán acciones preventivas universales, dirigidas a toda la comunidad por su proximidad e inserción y por su perspectiva de normalización. La UDA-CPD asesorará, planificará intervenciones, intervendrán y evaluarán acciones de prevención universal a demanda e instancias de los profesionales de SSCC como impulsores de las mismas en el ámbito local.

Como se viene planteando, este modelo de gestión apuesta por la coordinación y cooperación con todas las entidades e instituciones que actúen y tengan competencias en un mismo territorio, con el objetivo de optimizar los recursos a través de la eficiencia.

Para tal fin se ha articulado una estructura de coordinación en el ámbito de los diferentes territorios de la provincia de Córdoba donde se planifican, desarrollan y evalúan acciones dirigidas tanto a las personas como a la comunidad:

7.1.COMISIONES TÉCNICAS DE COORDINACIÓN SOCIOCOMUNITARIA:(ver anexo II)

7.2.DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

PREVENCIÓN:

- Análisis de la realidad y demandas (SSCC y UDA)
- Planificación de las intervenciones preventivas (SSCC)
- Intervención en la comunidad y participación en las actividades comunitarias (SSCC y UDA)
- Detección de grupos de riesgo (SSCC)
- Intervención en grupos de riesgo (UDA)
- Formación a mediadores (UDA y SSCC)
- Formación a agentes de prevención (
- Evaluación

ASISTENCIA E INCORPORACIÓN SOCIAL:

- Atención a familias y jóvenes consumidores
- Protocolos de derivación
- Gestión de casos
- Derivación y búsqueda a los recursos específicos de incorporación
- Derivación a recursos normalizados

8.-LA INTERSECTORIALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES.

Los factores que promueven la salud o favorecen las adicciones se encuentran tanto en la persona, como en la sustancia o en el contexto donde ambos se interrelacionan, es por ello que una política encaminada a prevenir las adicciones o a promocionar la salud debe contemplar la colaboración intersectorial. Proceso que permite articular una respuesta conjunta al problema de las adicciones.

Los elementos más importantes de un enfoque intersectorial en la prevención de las adicciones incluye:

- La adopción de un lenguaje unificado con el cual trabajar los diferentes sectores.
- El establecimiento de alianzas que permite la distribución **tareas** y compartir los recursos.
- Búsqueda de sinergias a través de la dimensiones individuales, organizacionales y comunitarias.

Sin olvidarnos de que los profesionales de distintos ámbitos y perfiles que trabajan en cooperación necesitan:

- Formar parte de las actividades independientemente de los sectores, entornos u organizaciones a las que pertenezcan.
- Establecer mecanismos de coordinación en función de las actuaciones y de los niveles de intervención planteados.
- Establecer relaciones de colaboración horizontales dentro de los equipos y organizaciones.

ANEXO 1.-INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES A NIVEL COMUNITARIO DESDE LOS CTAS POR LOS EQUIPOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS EN ADICCIONES.

PRELIMINAR UNA: El concepto de intervención en adicciones en Córdoba conlleva en este momento un cambio de visión que se puede resumir en lo siguiente:

- Prestar atención a la comunidad y al entorno del paciente frente o además de una atención a la persona de manera aislada ya que ambos están interrelacionados..
- Atención integral (biopsicosocial) e integrada (prevención asistencia e incorporación social) en la comunidad y con el resto de sistemas de atención que hay en ésta.
- Atención basada en las necesidades detectadas en la población, con participación social en la planificación.
- Atención descentralizada permitiendo una mejor accesibilidad, equidad y transferencia de responsabilidades.
- Atención continuada y equitativa a través de programas de intervención.
- Atención activa, no sólo sujeta a la demanda sino también dirigida a situaciones como la identificación y atención a grupos de riesgo, familias, colectivos sociales.

PRELIMINAR DOS: El EAEDA realiza las siguientes funciones:

- Función de atención directa: a nivel preventivo, asistencial y de incorporación social.
- Función formativa y docente con dos objetivos: contribuir a la formación de los postgrados y formación y capacitación de los profesionales de la UDA-CPD.
- Función investigadora como actividad permanente de los equipos donde existe un amplio número de temas.
- Función administrativa que incluye: elaboración de documentos, informes, evaluación de programas, coordinación con técnicos de instituciones y colectivos, coordinación con otros niveles asistenciales, registro y gestión estadística de datos propios.

PRELIMINAR TRES: Sostenibilidad de los programas en la prevención de las adicciones.

Hace referencia a la capacidad que tiene una intervención para continuar aportando beneficios o ganancias a la salud de las personas más allá de las actuaciones iniciales. Todo ello, hace necesaria una planificación técnica de las intervenciones preventivas, dentro de estructuras que permitan la continuidad y estabilidad de los programas. Lo más adecuado es plantear la prevención desde una metodología comunitaria.

Por tanto nuestros esfuerzos deben estar siempre encaminados a hacer sostenibles los programas y con ello a seguir logrando beneficios. Para ello hay que prestar atención serie de factores que nos dicen si el programa es o no sostenible:

- Evidencia de que el programa es efectivo.
- Respaldo institucional y comunitario.
- Disponibilidad de recursos.
- Debe estar integrado en la organización.
- Disponer de dinamizadores del mismo.
- No existencia de resistencias que se opongan al mismo.
- Ser innovadores.
- Adaptado a la comunidad y a los grupos en su caso.
- Sirve de referencia para otras organizaciones.

PRELIMINAR CUATRO: Para poder llevar a cabo intervenciones en drogodependencias y adicciones a nivel comunitario es necesario hacer un diagnostico del estado en el que se encuentra la comunidad basado en definir los problemas y las necesidades que en esta

materia tiene la comunidad, formular objetivos y programar actividades tendentes a lograr estos objetivos.

A.-DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS Y LAS NECESIDADES:

Esto incluye un diagnóstico de la situación, lo que supone:

1.-Nivel de demandas de atención que por problemas de adicciones se han dado en el territorio y cuáles han sido los motivos más frecuentes. Nos permitirá saber la tasa de demandas de atención y su comparación con el resto de la población.

2.-Los factores que condicionan esta situación como:

- Estilos de vida relacionados con el consumo de tabaco, alcohol, u otras sustancias.
- La población en cuanto a su edad, tamaño, migraciones, distribución, así como las condiciones sociolaborales y educativas.
- Recursos existentes en el territorio tanto materiales (instituciones, colectivos) como humanos, y las actividades, y programas que se están llevando a cabo.
- Violencia de género.
- Enfermedades mentales o físicas que pueden estar relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, así como alteraciones del comportamiento o problemas relacionados con aspectos educativos.

3.-Identificar y analizar los problemas adictivos desde las siguientes perspectivas:

- Demandas de atención tanto a nivel individual como familiar y por instituciones o colectivos. Demanda que manifiesta una percepción de las necesidades que la comunidad tiene sobre esta materia y un malestar que la comunidad está percibiendo.
- Necesidades que tenemos que definir frente a las demandas planteadas y que corresponde hacer a los profesionales en función de nuestro conocimiento científico, y de los recursos existentes.
- Oferta: tras el análisis realizado e identificados los problemas, debemos priorizar los problemas en orden a su importancia para darle respuesta con los recursos de los que disponemos.

B.-FORMULAR OBJETIVOS:

A la hora de plantear los objetivos tenemos que tener en cuenta que éstos deben ser: definirlos a corto y medio plazo, que estén relacionados, no muy numerosos, bien definidos y por tanto concretos, medibles y siempre por escrito.

Es importante que sean definidos desde la participación de todos, lo que facilita la aceptación y se garantiza el compromiso de los participantes en su consecución.

C.-PROGRAMAR ACTIVIDADES:

Metodología: **en base a los objetivos planteados, se diseñarán una serie de actividades:**

1.-Actividades obligatorias: aquellas que deben de realizar el EAEDA del CTA son las programadas desde la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD.

2.-Actividades de primer nivel: son las que tiene que realizar el EAEDA en coordinación y de manera compartida con los profesionales de las **distintas** instituciones o colectivos sociales del territorio, en función de las necesidades.

3.-Actividades de segundo nivel: son las que tienen que realizar el EAEDA exclusivamente por ser su competencia.

D.-EVALUACION:

Se llevará a cabo en los siguientes niveles:

- 1.-Evaluación en torno al diagnóstico y la demanda.
- 2.-Evaluación en torno a la priorización de las actuaciones que se traducen en una serie de acciones y recomendaciones.
- 3.-Evaluación de las actividades propuestas
- 4.-Evaluación de los resultados en términos de mejora de los indicadores

E.-INTERVENCIÓN POR SECTORES:

1.-Sobre los estilos de vida de la población a nivel del territorio. Los estilos de vida es lo que más influencia ejerce en el estado de salud y bienestar de una población:

1.1.-Tabaquismo: intervención básica en todos los casos y por todos los profesionales. Intervención avanzada: derivar a su médico/a de cabecera.

1.2.-Consumo de alcohol: entre las estrategias a llevar a cabo:

- Detección precoz de familias de riesgo para intervención en prevención específica.
- Detección precoz de personas en riesgo para intervención en prevención específica.
- Siempre intervenciones breves por parte de todos los profesionales.
- Información sobre accidentabilidad y consumo de alcohol a través de prevención universal.

1.3.-Consumo de drogas ilegales:

- Detección precoz de familias de riesgo para intervención en prevención específica.
- Detección precoz de personas en riesgo para intervención en prevención específica.
- Detección precoz de grupos de riesgo para intervención en prevención selectiva.
- Siempre intervenciones breves por parte de todos los profesionales.
- Información sobre accidentabilidad y consumo de alcohol a través de prevención universal.

2.-Accidentes de tráfico, laborales o domésticos:

- Detectar la relación entre estas situaciones y el consumo de sustancias.

3.-Salud mental:

- Detección precoz de jóvenes con trastorno del comportamiento, de las emociones y su posible relación con el consumo de drogas para intervención en prevención selectiva.
- Detección precoz de personas mayores con trastornos de ansiedad, afectivos, del sueño o de la conducta alimentaria y su relación con el consumo de drogas para una intervención en prevención selectiva.
- Detección precoz de personas adultas con trastornos de ansiedad, afectivos, del sueño o de la conducta alimentaria y su relación con el consumo de drogas para una intervención en prevención selectiva.

4.-A nivel educativo:

- Detección precoz de adolescentes con problemas educativos y del comportamiento y su posible relación con el consumo de drogas para una intervención preventiva.
- Detección precoz de grupos de adolescentes con problemas educativos y del comportamiento y su posible relación con el consumo de drogas para una intervención preventiva.

Por todo ello:

DIRECTRIZ UNA: El trabajo en la comunidad se refiere a encuentros y comunicaciones del equipo con la población e instituciones o colectivos sociales fuera del ámbito del Centro de Salud. Se trata por tanto de llevar a cabo actividades programadas de tipo prevención tanto universal como selectiva e indicada, además de asesoramiento, de formación y de coordinación, a realizar con los Equipos de Salud Mental, EOES, Servicios Sociales Comunitarios en municipios de más y de menos de 20.000 habitantes, con los técnicos de los Centros Municipales de Información a la Mujer, con los colectivos sociales de la zona, con los Centros Educativos, con los técnicos del programa "Ciudades ante las Drogas".

DIRECTRIZ DOS: Estas iniciativas pueden surgir de los colectivos sociales de la zona, que requieran de la colaboración del EAEDA.; de los propios miembros del EAEDA ante una necesidad detectada o en función de unos objetivos propuestos; por iniciativa de las instituciones existentes en el territorio (S.M., Educación, EOES, CMIM, SSCC.); a iniciativa de la Gerencia del IPBS o del Coordinador y de los/as responsables de dinamizar cada una de las Áreas de la UDA-CPD.

DIRECTRIZ TRES: Esto supone incluir entre las actividades que tiene el equipo, encuentros para reuniones o contactos telefónicos o por correo electrónico con técnicos de otros ámbitos de actuación, facilitando la relación entre ellos, disponiendo de tiempo para lo que hay que atenderse a la directrices mandadas con anterioridad referente a la organización y distribución de las actividades en agenda.

DIRECTRIZ CUATRO: Cada equipo tiene asignada una zona y una población concreta potencialmente usuaria de nuestros servicios o subsidiaria de mejorar sus hábitos en torno a las drogas, así como a sus familias y centros educativos, para lo que debemos conseguir que nos conozcan al igual que conocen a su médico/a de cabecera, o al profesor/a que les da o les dio clase.

DIRECTRIZ CINCO: Para poder llevar a cabo estas actuaciones se produce una transferencia de responsabilidad a los equipos con el objeto de que estos, teniendo en cuenta las directrices estratégicas marcadas desde la UDA-CPD para cada año, se autogestionen en lo que a planificación de actuaciones, fijación de objetivos en su zona o territorio, tiempo, horarios, evaluación, manejo de datos y autoevaluación se refiere.

ANEXO 2.: ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN

ESTRUCTURA DE COORDINACIÓN	INSTITUCIONES	EJECUTORES	ÁMBITOS
<u>Comisiones Técnicas de Coordinación Sociocomunitaria</u>	-Instituto Provincial de Bienestar Social. -Ayuntamientos de más y menos 20.000 habitantes. -Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social.	-Servicios Sociales Comunitarios. -Equipos de Tratamiento Familiar. -UDA-CPD. -Técnicos de "Ciudades ante las Drogas"	-Territorio
<u>Comisión Técnica de Coordinación con EOE</u>	-Delegación Provincial de Educación. -IPBS. -Ayuntamientos de más y menos 20.000 habitantes.	-EOEs. -UDA-CPD. -Servicios Sociales Comunitarios	-Centros educativos
<u>Comisiones Técnicas de Coordinación con los CMIM.</u>	-Instituto de la Mujer. -IPBS. -Ayuntamientos de más y menos 20.000 habitantes.	-Equipos Técnicos de los CMIM. -UDA-CPD. -Servicios Sociales Comunitarios.	-CMIM
<u>Comisiones Técnicas de Coordinación con Salud Mental</u>	-Delegación de Salud. -Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Distritos o Área Sanitaria -IPBS.	-Equipos Salud Mental Comunitaria de Distritos o Área Sanitaria. -UDA-CPD	-Distrito o Área Sanitaria