

3^{ER} PLAN MUNICIPAL DE ACCIÓN EN CONDUCTAS ADICTIVAS DE ECIJA 2014 - 2019

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN SOBRE LAS DROGAS Y ADICCIONES.

2.1. EL PANORAMA EUROPEO.

2.2. LA SITUACIÓN EN ECIJA.

3. METODOLOGIA DE ELABORACIÓN.

4. MARCO NORMATIVO.

5. LÍNEAS PRIORITARIAS.

6. PRINCIPIOS RECTORES.

7. ESTRUCTURA DEL PLAN: ÓRGANOS DE COORDINACIÓN, GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN.

8. EVALUACIÓN.

9. ÁREAS DE ACTUACIÓN.

9.1. ÁREA DE PREVENCIÓN.

9.2. ÁREA DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIO.

9.3. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL.

10. DOCUMENTACIÓN.

11. PARTICIPANTES.

1. INTRODUCCIÓN.

El Plan Municipal de Acción en Conductas Adictivas de Ecija, se renueva con este documento de planificación para los próximos seis años. Se trata de un Plan integrador y de consenso. Todas las instituciones y entidades que van a estar implicadas en su posterior despliegue han participado activamente en su diseño, aportando objetivos y estrategias.

Se trata de un Plan que colabora en la eliminación de las desigualdades, proyectando programas específicos para las personas con mayores dificultades. La introducción de la perspectiva integrada de género en la planificación de los diversos programas y recursos permitirá también avanzar hacia la igualdad efectiva entre las mujeres y los hombres que se atienden desde la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones.

Otra población prioritaria para este Plan son las personas jóvenes y adolescentes. El consumo de sustancias psicoactivas se inicia, según indican las encuestas y estudios, en la etapa adolescente y se concentran durante la juventud. Es fundamental trabajar desde el Área de Prevención para retrasar la edad de contacto con el consumo de drogas y evitar la instauración de patrones de consumo problemáticos y adicciones. Para ello se implementará un modelo de intervención en prevención basado en el nivel de riesgo para el desarrollo de adicciones y adaptado a las características y necesidades de las diversas poblaciones destinatarias. De igual manera, debe mantenerse el énfasis en los Programas de Reducción de Riesgos y Daños, adaptándolos a los nuevos patrones de riesgo y, más concretamente, al consumo combinado de sustancias legales e ilegales en ambientes recreativos.

Por otra parte, en los últimos tiempos, la evidencia científica apunta a una presencia importante de conductas adictivas en edades tempranas, relacionadas con el uso de tecnologías de la comunicación, a las que se pretende hacer frente, a través del diseño de programas específicos de prevención y atención de este tipo de adicciones en adolescentes y jóvenes.

Las tecnologías de la información y la comunicación tienen igualmente un papel muy positivo en la sociedad actual y muy especialmente en la población adolescente y joven como herramienta de comunicación y aprendizaje, nuestro deseo es incorporarlas como herramienta en nuestro trabajo creando una página web, facebook o portal interactivo, accesible a todos y todas las personas que participan en el Plan, así como a otros usuarios.

Por último, este nuevo Plan se inicia en la calidad, en aras de la mejora continua, asentada sobre la amplia base de conocimiento acumulado.

2. ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN SOBRE LAS DROGAS Y ADICCIONES.

2.1. EL PANORAMA EUROPEO.

Resumen del informe europeo sobre drogas 2013.

Los rasgos principales del paisaje europeo de las drogas se han mantenido relativamente estables en los últimos años. El consumo sigue siendo alto en términos históricos, si bien cabe observar cambios positivos, como las cifras récord de administración de tratamiento y la disminución en lo que respecta al consumo por vía parenteral, al inicio en el consumo de heroína y al consumo de cocaína y de cannabis. Debe matizarse, sin embargo, cualquier optimismo, ante la perspectiva de que el desempleo juvenil y los recortes de los servicios favorezcan la reaparición de «viejos» problemas. Por otra parte, un examen más detallado indica una situación muy fluida en el ámbito de las drogas, debido a la presencia

de «nuevos» problemas que suponen un reto para las políticas y las prácticas actuales: aparecen, en efecto, nuevas drogas sintéticas y pautas de consumo, tanto en el mercado de drogas ilegales como en el contexto de las sustancias no controladas.

CANNABIS: A pesar de algunos signos de una tendencia decreciente, el consumo de cannabis en Europa sigue siendo alto en términos históricos y cuenta con un mercado amplio y relativamente sólido. Ha aumentado asimismo la diversidad de tipos de productos disponibles. La hierba de cannabis, a veces de alta potencia, desempeña ahora un papel más importante y se acompaña de la reciente aparición de productos sintéticos «similares al cannabis». Ambos son cambios potencialmente preocupantes desde el punto de vista de la salud pública. Dada su condición de droga de consumo más frecuente, el cannabis representa un tema importante en la labor de prevención con los jóvenes.

Esta droga es la segunda más notificada por los consumidores que inician tratamiento especializado. Aunque estos últimos suelen ser hombres de edad relativamente joven, cada vez se reconocen más los problemas asociados a los consumidores crónicos.

HEROÍNA Y OTROS OPIÁCEOS: Ante el telón de fondo de un aumento general de la disponibilidad de tratamiento para los consumidores de heroína, los indicadores señalan ahora una tendencia a la baja tanto en el consumo como en la disponibilidad de esta droga.

COCAÍNA: Sólo unos pocos países informan de problemas con el consumo de crack y los casos en que se da suelen solaparse con el consumo problemático de otras sustancias, como la heroína. El consumo de cocaína en polvo es mucho más común, pero tiende a concentrarse en un número relativamente pequeño de países de Europa occidental. En términos generales, tanto los indicadores de consumo como los de oferta de cocaína muestran tendencias decrecientes en los últimos años.

En los países con mayor prevalencia, tanto los datos de las encuestas como los de tratamiento apuntan a una disminución reciente del consumo, aunque los niveles siguen siendo altos en términos históricos. El número de muertes asociadas al consumo de cocaína ha disminuido ligeramente, aunque hay que tener prudencia al interpretar los datos en este ámbito.

DROGAS ESTIMULANTES SINTÉTICAS: La anfetamina y el éxtasis siguen siendo las drogas de este tipo más consumidas en Europa y compiten en cierta medida con la cocaína.

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS: Cada vez es mayor en Europa el número de nuevas sustancias psicotrópicas, a menudo concebidas para imitar los efectos de las drogas controladas. Algunas se venden directamente en el mercado ilegal, mientras que otras, los «euforizantes legales», se venden de forma más abierta. La evolución en este campo es muy rápida y aparecen nuevas sustancias a ritmo muy vivo.

OFERTA DE DROGAS EN EUROPA.

Debido a la elevada prevalencia de su consumo, **el cannabis** es, con diferencia, la droga objeto de un mayor número de incautaciones en Europa. **El segundo** lugar lo ocupa la **cocaína**, cuyas incautaciones duplican las de las anfetaminas o la heroína. El número de incautaciones de éxtasis es inferior y ha disminuido considerablemente en los últimos años.

En cuanto a las plantas de cannabis, las incautaciones pueden considerarse como un indicador de la producción interior, aunque la calidad de los datos disponibles al respecto plantea problemas de comparación.

CONSUMO DE DROGAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS.

Al menos 85 millones de europeos adultos han consumido una droga ilegal en algún momento de su vida, lo que supone la cuarta parte de la población adulta. La mayoría declaran haber consumido cannabis (77 millones), siendo muy inferiores las cifras correspondientes a las demás drogas: 14,5 millones para la cocaína, 12,7 millones para las anfetaminas y 11,4 millones para el éxtasis.

El cannabis es la droga ilegal que tiene más probabilidades de ser probada por los escolares europeos. Los ratios de género oscilaron entre 1 y 2,5 chicos por cada chica. Considerando las tendencias a escala europea, el consumo de cannabis por los escolares aumentó entre 1995 y 2003, se redujo ligeramente en 2007 y desde entonces se ha mantenido estable.

En 2011, el cannabis fue la segunda droga principal, después de la heroína, entre los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en Europa y la más frecuentemente mencionada entre los que iniciaron tratamiento por primera vez.

La cocaína, las anfetaminas y el éxtasis son los estimulantes ilegales más consumidos en Europa. Los datos de tratamiento muestran pautas similares para la cocaína y las anfetaminas, mientras que las cifras de consumidores que inician tratamiento por problemas con el éxtasis son bajas. El consumo habitual de cocaína se ha asociado a problemas de salud: cardiovasculares, neurológicos y mentales y a un elevado riesgo de accidente y dependencia. El consumo de cocaína por vía parenteral y el de *crack* se asocian a los riesgos sanitarios más altos, incluida la transmisión de enfermedades infecciosas.

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa. Son relativamente elevados los niveles de consumo de adultos jóvenes (2,5-4,2%) en el último año notificados por Dinamarca, Irlanda, España y el Reino Unido.

La cocaína fue citada como droga principal por el 14% de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2011, y por el 19% de los que iniciaron tratamiento por primera vez.

Los opiáceos siguen siendo responsables de una parte desproporcionadamente elevada de la mortalidad y la morbilidad por consumo de drogas en Europa. De ellos, el que más se consume es la heroína, que puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral.

La mayoría de los consumidores de opiáceos son politoxicómanos y las cifras de prevalencia son más elevadas en zonas urbanas y entre grupos marginados. Aparte de problemas de salud, los consumidores de opiáceos que inician tratamiento notifican en general niveles de desempleo y de carencia de hogar más altos y niveles de estudios más bajos que los que se dan en consumidores de otras drogas.

La prevalencia media del consumo problemático de opiáceos entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,41%, lo que da 1,4 millones de casos en Europa en 2011. En términos tendenciales, se observa en Europa una disminución del número de consumidores de opiáceos que inician tratamiento.

RESPUESTAS AL CONSUMO.

Las respuestas a los problemas de las drogas pueden clasificarse en dos grandes grupos según que impliquen actividades de reducción de la demanda o de reducción de la oferta. Las primeras incluyen intervenciones sanitarias y sociales, como la prevención, la reducción de daños, el tratamiento y la reinserción social. Las segundas incluyen el cumplimiento de la legislación sobre drogas, principalmente a través de la policía, el sistema de aduanas y la administración judicial, con el objetivo fundamental de reducir la disponibilidad de drogas.

Se estima que al menos 1,2 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en Europa durante 2011. Los consumidores de opiáceos representan el grupo mayor, mientras que los datos sobre comienzo del tratamiento indican que el segundo y el tercer lugar corresponden a los consumidores de cannabis y de cocaína, aunque con diferencias observables entre unos países y otros.

Las intervenciones psicosociales, la sustitución de opiáceos y la desintoxicación son las principales modalidades de tratamiento de la drogodependencia en Europa, que se lleva a cabo en su

mayor parte en entornos ambulatorios, como centros especializados, consultas de médicos generales y centros de bajo umbral. Hay por otra parte una proporción significativa, aunque decreciente, de los tratamientos que se prestan en régimen de ingreso.

REINSERCIÓN SOCIAL: ¿EL ELEMENTO QUE FALTA?

Los datos sobre consumidores que iniciaron tratamiento por drogodependencia en 2011 demuestran que la mayoría de ellos estaban desempleados (47%) y casi uno de cada diez carecía de vivienda estable (9%). Es común en ellos el bajo nivel de estudios, ya que un 36% solo habían finalizado la educación primaria y un 2% ni siquiera eso.

La prestación de servicios de reinserción social, dirigidos a mejorar las competencias sociales, a promover la educación y la empleabilidad o a atender las necesidades de vivienda, puede tener lugar coetánea o posteriormente a la finalización del tratamiento de la drogodependencia. Aunque la mayoría de los países informan de la existencia de servicios de este tipo, los niveles de prestación suelen ser insuficientes para las necesidades. Por otra parte, el acceso a ellos es muchas veces condicional, es decir, se supedita por ejemplo a la superación de la drogodependencia o a la disponibilidad de vivienda estable, lo que puede excluir a algunos de los más necesitados de apoyo.

El éxito de las medidas de reinserción social depende a menudo de una colaboración eficaz entre los distintos tipos de servicios de apoyo.

2.2. LA SITUACION EN ECIIJA.

Datos correspondientes a las memorias del CEMID 2013.

Durante el 2013, iniciaron tratamiento 126 personas entre inicios y reinicios, 24 son mujeres y 102 hombres. Siendo la población total de Ecija y su comarca de 48.851 (Ecija, sus pedanías, la Luisiana, el Campillo y Cañada Rosal).

El perfil del usuario **hombre** que inicia tratamiento es, mayoritariamente consumidor de sustancias psicoactivas (heroína, cocaína y cánnabis), seguido por el alcohol, con edad media de 37 años, estudios primarios y parado de larga duración sin cualificación profesional que acude al centro por iniciativa propia o presionado por la familia.

En cuanto al perfil de **mujeres** que acude al centro es fundamentalmente consumidora de tabaco (80%) seguido del alcohol (11%) con una edad media de 40 años al iniciar tratamiento, con un nivel de estudios medios, en paro y que acude al centro también, por iniciativa propia o por presión familiar.

La distribución según el **género** de esta población es de un **80,95%** de hombres frente a un **19,05%** de mujeres. Este año, el porcentaje de mujeres ha bajado con respecto al 2012 que fue del 27%. Los datos nos indican que las drogas usadas por las mujeres y que las llevan a acudir a este recurso siguen siendo mayoritariamente las drogas legales (alcohol y tabaco).

El promedio de **edad** en los inicios de tratamiento realizados durante el 2013 se situó en los 37 años en los hombres y en las mujeres en 42 años, aunque este dato se matiza si analizamos las distintas adicciones. De esta manera puede afirmarse que los pacientes más jóvenes son los que consultan por cánnabis y los de mayor promedio de edad son los que lo hacen por cocaína, tabaco y alcohol. Tanto si hablamos de hombres como de mujeres.

Por otro lado, si tenemos en cuenta la **media de edad en el inicio al consumo**, en los hombres es de 16,4 años y en las mujeres está en 17,3 ha bajado 3 puntos en los dos sexos con respecto al año 2012, y además la diferencia entre hombres y mujeres es solo de 1 año.

Los hombres se inician en la adolescencia en el consumo de las drogas tabaco a los 14 cánnabis a los 14,4 y alcohol a los 15 (la media de edad de abuso en los hombres está en los 26 años).

En el caso de las mujeres las estadísticas son diferentes. La edad de inicio en el consumo es en la adolescencia, a los 16 años cánnabis, tabaco a los 18, y alcohol a los 17 años, mientras que el abuso de alcohol es a los 37. Esto nos quiere decir que aunque las mujeres se inicien en la adolescencia en el consumo de alcohol, este consumo se hace problemático en edad más avanzada por circunstancias personales de las mujeres y no por la influencia del grupo o la sociedad, que si bien tiene que ver con el inicio del consumo, no tiene tanto que ver con el consumo problemático. La soledad, maltrato, falta de atención, evasión, etc., serían algunos ejemplos de las razones por las que el consumo de alcohol llega a convertirse en un problema en el género femenino.

En cuanto a **la ocupación**, actualmente en nuestra población trabaja solo el **15,38%**, frente al 22% que trabajaba en 2012. El 64,10% de nuestros usuarios y usuarias están parad@s.

Si hacemos un recorrido por años anteriores, el panorama es desolador, la población activa disminuye cada año, aumentando la población en desempleo cada vez más. En este caso, las diferencias de género son mínimas.

Es evidente que la crisis continua afectando notablemente a nuestros usuarios pasando de una población activa del **63% en el 2007, al 50% en el 2008, el 36,77% en el 2009 y 2010, del 40 % en 2011** tan solo un **22,13%** en 2012 y **el 15,38%** este año y una tasa de desempleo del **64,10%**.

El usuario de este CTA tiene un **nivel educativo** medio-bajo, aunque se observa un aumento progresivo en el mismo, con respecto a años anteriores. Un 7% no sabe leer ni escribir (curiosamente, todos hombres); el 19% poseen la enseñanza primaria incompleta; el 25,4% enseñanza primaria completa (hasta 6º de EGB); un 45,23% con enseñanza secundaria (ESO, graduado escolar, FP o bachillerato) y con estudios universitarios solo el 2,38%. En cuanto a las diferencias de género no son muchas, destacar que hay un porcentaje mayor de mujeres que de hombres con enseñanza secundaria y universitaria.

Incidencias legales El **92,37%** de los casos atendidos manifiestan no tener ninguna incidencia **legal previa** al consumo y solo un **6, 32%** sí las tenían. Las diferencias por género aquí son notables, ninguna mujer tenía incidencias legales previas al consumo. Se observa un aumento de los problemas legales previos al consumo.

En cuanto a las incidencias **legales posteriores** al consumo el **63,49%** no tiene ninguna incidencia y en el **14,05%** sí se han detectado incidencias legales.

Si atendemos al tipo de droga que produce más incidencias legales serían **el cánnabis y la cocaína** con 32 casos (16 en cada una de las sustancias), con incidencias legales posteriores al consumo, que representan un **13,22%** respecto del total.

3. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN.

La característica fundamental de la metodología de elaboración del 3^{er} plan es la alta y variada participación con la que ha contado. Se trata de una metodología activa y constructiva, ya que su contenido se ha articulado a partir de las propuestas elaboradas por los diversos agentes participantes, siendo debatido y revisado por los mismos. Todo ello con la coordinación del comité de seguimiento

formado por 2 representantes del Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias y la coordinadora del Ciudades Ante las Drogas.

El proceso de elaboración, propiamente dicho, ha sido llevado a cabo desde finales de 2013 hasta mediados de 2014. Se han desarrollado una serie de reuniones conjuntas del comité de coordinación que cuenta con representantes de diferentes entidades públicas y/o privadas, donde se han expuesto las ideas y los objetivos que a nuestro modo de ver eran necesarios y convenientes.

Posteriormente y una vez elaborado dicho documento, en borrador, será revisado por cada una de las entidades que participan para que aporten o sugieran ideas o modificaciones que serán estudiadas por el comité de coordinación. Así mismo, se acercará el documento a otras entidades sociales y/o culturales no presentes en la elaboración del mismo para que también puedan hacer sugerencias.

Concluido este proceso, se elaborará el documento final que será llevado a Pleno para su aprobación. Finalmente, el documento será editado bajo la dirección del Área de Bienestar Social y Familia del Excmo. Ayuntamiento de Ecija.

Han participado en la elaboración del Plan:

ENTIDAD Y/O ÁREA	PERSONA/S PARTICIPANTES
Área de Bienestar Social, Igualdad y familia.	-Rosario Díaz Sánchez - Mamen Parejo González
Servicios sociales comunitarios	-Cristina Hidalgo delgado
Área de Juventud y Deportes	- Silvia Martín Chia
Policía Local	- Miguel A. Grao Escobar - Manuel Duvisón Rodríguez
Asociación "Nuevo Caminar"	- Cinta Espuny Rodríguez
IES "Sagrada Familia" (Departamento de Orientación)	-Elsa Sánchez Rodríguez
IES San Fulgencio (Departamento de Orientación)	- Rocío Mayén Higuera
Asociación "Sombra y luz"	-M ^a Carmen Cabrera García. -M ^a del Valle Arroyo Puerta
IES "Nicolás Copérnico" (Departamento de Orientación)	-Vanessa Sánchez Martín
Atención Primaria de salud	-M ^a Fernanda García Alcántara -Patri Jiménez Bravo
Hospital de Alta Resolución de Ecija	- Francisca Gasco Fernández
Andalucía Emprende Fundación Pública Andaluza CADE Ecija	Sara Laguna Onetti
Centro de Información de la Mujer	Yolanda Martín Tamarit
Coordinadora del Programa "Ecija, Ciudad sin drogas"	Mayte García Ruíz
Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias	-Raquel Alvea Encina -Natividad Bermudo Sanz

Las reuniones celebradas para la elaboración del documento han sido las siguientes:

MES	COMITÉ DE COORDINACIÓN	COMITÉ DE SEGUIMIENTO	TOTAL
Diciembre 2013	1 Reunión el día 12 de diciembre	2 reuniones: 26 de noviembre y 12 de diciembre	3
Febrero 2014	1 Reunión el día 13 de Febrero	2 reuniones: 17 de Enero y 7 de Febrero	3
Abril 2014	1 Reunión 10 Abril	1 Reunión: 7 de marzo	2
Mayo 2014	1 Reunión 15 de mayo	1 reunión: 7 de mayo	2
Junio 2014	1 Reunión 19 de Junio	1 reunión: 11 de Junio	2
TOTALES	5	7	12

4. MARCO NORMATIVO

LEYES EN EL ÁMBITO NACIONAL

- La Constitución Española:**
En su artículo 93, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la Salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho:
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.**
Constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud y dice así “Esta ley tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva”.
- La ley reguladora de bases de régimen local, de 2 de abril de 1.985.**
En su artículo 25, define las competencias de los Municipios en la promoción y desarrollo de recursos e instrumentos de apoyo social: protección de la salubridad pública, seguridad en lugares públicos, etc.
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la 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.

LEYES EN EL ÁMBITO AUTONÓMICO:

- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.**
En su artículo 40, establece La autonomía local en salud pública:

 - Corresponde a los municipios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones públicas, el ejercicio de las competencias propias establecidas en la legislación básica en materia de entidades locales, en la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, y en el artículo 38 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
 - Sin perjuicio de las competencias autonómicas, corresponderá a los municipios andaluces velar en sus respectivos territorios por la protección y la promoción de la salud de la

población en las competencias que puedan asumir, conforme a lo dispuesto en la correspondiente legislación reguladora en esta materia.

3. Los municipios asumen la coordinación de las intervenciones contempladas en el Plan Local de Salud en materia de promoción de salud comunitaria en su territorio, incorporando y articulando la acción y participación de la población y de los diferentes sectores públicos y privados implicados.

- **La Ley 2/1998 de Servicios Sociales de Andalucía** estipula como competencia de los Ayuntamientos la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios, contemplando entre sus áreas de actuación la prevención de todo tipo de drogodependencia.
- **Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas** (BOJA nº. 3, de 19 de julio de 1997), modificada por Ley 1/2001, de 3 de mayo (BOJA nº. 59, de 24 de mayo de 2001), y por Ley 12/2003, de 24 de noviembre (BOJA nº. 237, de 10 de diciembre de 2003).
- **Ley 1/2011, de 17 de febrero, de reordenación del sector público de Andalucía.**

5. LÍNEAS PRIORITARIAS

- **Integración de la perspectiva de género:** Como línea transversal a todas las Áreas del 3^{er} Plan, considerando la situación, condiciones y necesidades diferenciales de las mujeres y de los hombres, con el fin último de hacer efectiva la igualdad entre ambos.
- **Potenciar la coordinación interna entre los componentes del Plan y externa con otras entidades:** El abordaje integral e inclusivo de las personas con problemas de drogodependencia que necesitan ser atendidas en la Red, requiere seguir profundizando en la coordinación con entidades públicas y/o privadas externas, no sólo de drogodependencias y adicciones.
- **Priorización de los programas e intervenciones de prevención y atención a la población joven y adolescente:** Se observa un incremento de las prevalencias de consumo en la población joven y adolescente durante la última década.
- **Desarrollo de estrategias de intervención dirigidas a personas de alto riesgo de exclusión social:** Existen determinados factores que asociados a las drogodependencias y adicciones posicionan a las personas en una situación de mayor riesgo de exclusión social, debido a su especial vulnerabilidad.
- **Modernización y calidad de los servicios y programas e impulso a las nuevas tecnologías:** Sería aconsejable la incorporación de sistemas de gestión de calidad en el desarrollo de las actividades previstas para el objetivo de mejora continua de los servicios prestados.

6. PRINCIPIOS RECTORES

Las intervenciones que en materia de drogas y adicciones se desarrollen en el marco del 3^{er} Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones se regirán por los siguientes principios:

- **Universalidad.** La universalidad en la atención lleva implícito el **respeto a la diversidad** como uno de los principios básicos a la hora de aproximarnos a la realidad de la sociedad actual. La

no discriminación alguna por razón de sexo u orientación sexual, orígenes étnicos o sociales, lengua, cultura, religión, etc., será una regla en las intervenciones del Plan.

- **Participación.** Se impulsará la implicación e intervención activa de las instituciones, los agentes económicos y sociales, el tejido asociativo, las personas afectadas por las drogodependencias y adicciones, así como de la ciudadanía en general.
- **Perspectiva de género.** Tenemos el compromiso de integrar la perspectiva de género de forma transversal, considerando en todas sus actuaciones la situación, condiciones y necesidades diferenciales de las mujeres y los hombres. Esta perspectiva inspira a todas y cada una de las actuaciones a la que hace referencia este Plan.
- **Equidad y accesibilidad.** Se garantizará la información, el acceso y la atención en condiciones de igualdad a toda la ciudadanía y prestando atención preferente a las personas más vulnerables a las drogodependencias o adicciones o en riesgo de exclusión social.
- **Abordaje Integral:** Esta conceptualización conlleva intervenciones dirigidas a promover cambios positivos en todos los aspectos de la vida de las mujeres y hombres en situación de drogodependencia o adicción.
- **Promoción de la salud.** Existe una relación entre los estilos de vida y el consumo de drogas o desarrollo de una conducta adictiva. La reducción de las causas que aparecen en la base de las drogodependencias y las adicciones mediante la adopción de medidas orientadas a la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de situaciones de exclusión social será otro de los principios que guiarán las intervenciones de este Plan.
- **Coordinación.** La multiplicidad de factores que condicionan la drogodependencia o adicción exige estrategias integrales de coordinación intersectorial que dote de coherencia las actuaciones de las distintas áreas y/o entidades implicadas.
- **Incorporación + Acción positiva.** Haciendo uso, en la medida de lo posible, de cauces y recursos habituales dirigidos a la población en general, y desarrollando medidas específicas con otras instituciones de salud, educación, servicios sociales, empleo, atención jurídica, etc. que faciliten a las personas en situación de drogodependencia o adicción el acceso a recursos externos a la Red.
- **Calidad.** Se promoverá la calidad en todos los servicios, actividades y programas que se lleven a cabo en el marco de este 3^{er} Plan.

7. ESTRUCTURA DEL PLAN: ÓRGANOS DE COORDINACIÓN, GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN.

El 3^{er} Plan de Acción en conductas adictivas contará con un Comité de coordinación y un comité de seguimiento. Ambos comités se reunirán de forma periódica las veces que sea necesario, mínimo dos al año.

El **Comité de coordinación** estará formado por:

AREA Y/O ENTIDAD
Área de Bienestar Social, Igualdad y familia.
Área de Juventud y Deportes
Área de Interior
Área de Educación.
Área de Participación Ciudadana
Área de desarrollo y empleo (SEDESA)
Asociación "Nuevo Caminar"
Asociación "Sombra y luz"
Atención Primaria de salud
Andalucía Emprende Fundación Pública Andaluza CADE Ecija
Centro de Información de la Mujer
Programa "Ciudades ante las drogas"
Institutos de Enseñanza Secundaria
Policía Local
Hospital de alta resolución de Écija
Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias
Policía Nacional
Andalucía Orienta

El **Comité de Seguimiento** estará formado por:

Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias
Programa "Ciudades ante las drogas"

8. EVALUACIÓN

El tercer Plan contiene desde su concepción un diseño de evaluación, que responde a su vocación participativa y de mejora continua. Dicha evaluación, se ha concebido como un **proceso continuo** a lo largo de todo el periodo de vigencia del mismo. Se han incorporado indicadores que facilitan la evaluación final.

La realización de evaluaciones continuas tiene como principal ventaja el permitir modular el despliegue de un plan o programa en función de su grado de cumplimiento paulatino e incorporando las medidas correctoras pertinentes en caso de detectarse desviaciones o errores.

La evaluación final se dirigirá fundamentalmente a valorar tanto el diseño del Plan (evaluación de diseño) como la consecución de los objetivos y líneas prioritarias establecidas al inicio del proceso y la efectividad final del Plan sobre las poblaciones diana y la sociedad ecijana en general (evaluación de resultado y de impacto).

Todo el proceso de evaluación se llevará a cabo desde un **enfoque global, integral y desde la perspectiva integrada de género**, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas, que ofrezcan una visión completa del desarrollo de todo el Plan, contando con la participación de las diversas partes implicadas en el proceso. El objetivo es orientar la planificación de nuevas intervenciones y ayudar a la

toma de decisiones mediante el conocimiento continuo y la valoración de las acciones realizadas. Para ello utilizaremos las reuniones que se celebren periódicamente.

Finalmente, debe recordarse que para que la evaluación surta sus efectos y cumpla las funciones para las que ha sido diseñada, es fundamental atender y cuidar la difusión y comunicación de los resultados, conclusiones y aprendizajes extraídos en las diversas etapas de este proceso.

9. ÁREAS DE ACTUACIÓN.

El tercer Plan se estructura en torno a tres áreas de actuación: Prevención, Atención Socio-sanitaria e Incorporación Social. Cada una de ellas contiene objetivos generales y específicos que se alcanzarán a través de las estrategias que se proponen.

A continuación se detalla el contenido planificado para cada una de estas Áreas para los próximos seis años.

9.2. ÁREA DE PREVENCIÓN.

Hay muchas definiciones de prevención, así, según el Plan Nacional sobre Drogas, la prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo.

Así mismo, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías dice que la prevención es la socialización basada en la evidencia, donde el objetivo principal es la toma de decisiones individuales con respecto a los comportamientos socialmente apropiados. Su objetivo no es sólo para prevenir el consumo de sustancias, sino también para retrasar la iniciación, reducir su intensificación o prevenir la escalada en el consumo problemático.

Las propuestas que se concretan en este 3er Plan parten de la experiencia acumulada durante el desarrollo del anterior plan y su evaluación, las tendencias actuales observadas en los consumos de drogas y otras conductas adictivas y la evidencia científica basada en la evaluación de las acciones puestas en marcha en los últimos años. Asimismo se busca la coherencia con las actuales estrategias y planes de acción europeos y nacionales.

Los datos de prevalencias apuntan hacia la importancia de continuar manteniendo intervenciones preventivas dirigidas, por un lado, a retrasar las edades de inicio al consumo de las diversas sustancias, sobre todo alcohol y tabaco, que son las más precoces y más usadas y por otro, a la reducción de consumos abusivos y de riesgo, dedicando una especial atención al consumo concomitante de más de una sustancia, entre las que se detecta una importante presencia del alcohol.

Para abordar estos objetivos, este 3er Plan se replantea el modelo preventivo, asumiendo la clasificación de prevención que proponen desde el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías y el Plan Nacional sobre Drogas, en la que el criterio principal de clasificación será la población objetivo en función de su nivel de riesgo en el uso o abuso de sustancias. **Los tipos** de intervención preventiva podrán ser de tipo universal, selectiva o indicada, según el objetivo al que se dirijan:

Prevención universal: se dirige a una población general y se centra en el desarrollo de habilidades y valores, percepción de la norma y la interacción con sus compañeros y la vida social.

Prevención selectiva: se dirige a grupos que presentan determinados factores de riesgo, donde a menudo se concentra el consumo de sustancias y se centra en la mejora de sus oportunidades en las condiciones de vida difíciles.

Prevención indicada: se dirige a personas altamente vulnerables y les ayuda a tratar y hacer frente a sus rasgos de personalidad individuales que los hacen más vulnerables a la escalada del consumo de drogas.

Prevención ambiental: está dirigida a modificar el entorno inmediato, se ocupa de las sociedades o ambientes sociales y va enfocada a las normas sociales, incluyendo las regulaciones del mercado.

Igualmente este nuevo modelo contemplará la adaptación de las intervenciones a las características y necesidades de las personas destinatarias, teniendo especialmente en cuenta aquellas situaciones que supongan un mayor riesgo de exclusión social.

La perspectiva de género será un elemento prioritario en el desarrollo de estrategias, existiendo diferencias de género que se encuentran en la base del acercamiento a las drogas y a las diversas conductas adictivas y afectan tanto a las motivaciones, como a los riesgos asumidos y a la percepción de los diversos consumos y conductas. Estas diferencias tendrán que tenerse en cuenta en el abordaje preventivo dirigido a los chicos y a las chicas para conseguir llegar igualmente a unos y a otras.

En el área de Prevención resulta especialmente relevante conseguir implicar a la ciudadanía y hacerla partícipe de manera activa, logrando una mayor coherencia de los diversos mensajes sociales que apoyen la labor preventiva, resultando de especial relevancia la participación de la población joven.

Así mismo, es fundamental impulsar la acción coordinada con otras instituciones y entidades que trabajan en los diversos ámbitos de la prevención., así como el trabajo con las familias como agentes activos de prevención.

Se mantiene en este plan como objetivo el promover la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas, actuando especialmente con jóvenes y adolescentes.

Además, el plan incorpora las nuevas tecnologías y medios de comunicación como objetivo, ya que juegan un papel fundamental en la difusión de mensajes y en la conformación de actitudes frente al consumo de drogas u otras adicciones.

El impulso al área de prevención durante el 3er plan se completa con la incorporación de la cultura de la calidad y de la evaluación en el modelo de intervención desarrollado, dotando de homogeneidad a las actuaciones preventivas de los diversos ámbitos

Área de prevención

OBJETIVO GENERAL 1: Evitar el consumo y/o retrasar la edad de inicio al consumo de las diversas sustancias psicoactivas así como otras actividades susceptibles de convertirse en adicciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS
1.1. Potenciar los factores de protección y minimizar los de riesgo, promoviendo actitudes y hábitos de vida saludables, desde todos los ámbitos de la prevención, prestando atención a las personas más vulnerables y a las diferencias entre hombres y mujeres.	1.1.1.	Ampliando y consolidando los centros educativos que desarrollan programas de prevención del consumo de drogas y adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Que al menos el 75% de Centros Educativos desarrollen programas de prevención de drogodependencias y adicciones. • Nº de actuaciones que se desarrollan en colaboración con centros educativos (charlas, talleres...).
	1.1.2.	Desarrollando programas de actuación en empresas de todo tipo, consiguiendo aumentar el número de empresas que trabaja la prevención laboral.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actuaciones que se llevan a cabo en empresas por año. • Nº de empresas que trabaja la prevención.
	1.1.3.	Fomentando y desarrollando actividades de ocio negociado con los y las jóvenes, haciendo hincapié en aquéllos residentes en zonas más desfavorecidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de entidades juveniles que participan. • Nº de actuaciones que se han llevado a cabo en colaboración con los y las jóvenes. • Nº actuaciones llevadas a cabo en zonas más vulnerables. • Nº de jóvenes que participan en estas actividades. • Grado de satisfacción de los jóvenes que participan
	1.1.4.	Desarrollando actividades dirigidas a mujeres, especialmente para aquéllas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de entidades de mujeres que existen y participan. • Nº de actividades que se llevan a cabo. • Nº de participantes en cada actividad. • Grado de satisfacción de las mujeres que participan.
	1.1.5.	Llevando a cabo actuaciones para el cumplimiento de las normas vigentes que regulan la promoción, venta y consumo de tabaco y alcohol dentro de la localidad, incidiendo en la venta de alcohol a menores.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actuaciones realizadas por año • Nº de sanciones.

	1.1.6.	Fomentando actividades deportivas, culturales, etc., dirigidas a niños/niñas y adolescentes (teatros, cuentacuentos, carreras, competiciones...).	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de actividad y nº de participantes.
	1.1.7.	Facilitando los accesos a actividades deportivas y culturales: ampliación de horarios polideportivo, casa de la juventud, facilidades para el abono de determinadas actividades...	<ul style="list-style-type: none"> • Nº medidas adoptadas • Nº de Beneficiarios
1.2. Promover y coordinar actuaciones preventivas, facilitando la coordinación entre los diferentes agentes.	1.2.1	Manteniendo y consolidando las comisiones de seguimiento y coordinación de este plan.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones celebradas del comité de coordinación. • Nº de reuniones celebradas del comité de seguimiento.
	1.2.2.	Facilitando la incorporación de nuevos miembros a la comisión de coordinación del 3er plan en función de la idoneidad de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de personas que se incorporan a lo largo de la vigencia del plan.
	1.2.3.	Participando en reuniones con diferentes agentes para la coordinación de diferentes actividades.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones que se desarrollan y personas que integran esas reuniones.
1.3. Fortalecer la capacidad de las familias como agente de prevención, potenciando las habilidades necesarias para alcanzar un estilo educativo que fomente actitudes responsables y autónomas.	1.3.1.	Continuando con el desarrollo de la Escuela de Madres y Padres.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de madres y padres que participan.
	1.3.2.	Proponiendo actividades de ocio y tiempo libre, educativas, etc. entre padres-madres e hijos.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actividades realizadas. • Nº de participantes.
	1.3.3.	Desarrollando talleres o actuaciones dirigidas a madres y padres de personas en contacto con los recursos de drogodependencias de la ciudad.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actuaciones que se llevan a cabo. • Nº de participantes de estos talleres.
	1.3.4.	Fomentando actividades entre padres y madres que les permitan ejercer de mediadores/as y/o instrumentos de facilitación del cambio.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actividades realizadas • Nº de personas que participan

OBJETIVO GENERAL 2: Evitar la instauración y dependencia de conductas adictivas y sustancias psicoactivas, así como los consumos de riesgo y abusivos.			
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
2.1. Promover la reducción de riesgos y daños, informando, formando y dotando de recursos, atendiendo a las diferencias entre hombre y mujeres	2.1.1.	Realizando campañas informativas dirigidas a todos los ámbitos: comunitario, educativo, laboral, así como a población específica (jóvenes, mujer, etc.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de campañas realizadas.
	2.1.2.	Diseñando y realizando material informativo o de otro tipo, que sirva de apoyo a las campañas programadas o para cualquier otra actividad.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de materiales diseñados. Nº de materiales distribuidos.
	2.1.3.	Realizando actividades de formación dirigidas a mediadores sociales y otro personal que se crea necesario (profesionales de la industria recreativa, hosteleros, monitores deportivos,...)	<ul style="list-style-type: none"> Nº de actividades programadas. Nº de participantes en estas actividades. Tipo de actividades.
	2.1.4.	Poniendo en marcha actividades de sensibilización en las zonas de consumo habitual.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de actividades realizadas. Nº de participantes.
	2.1.5.	Consolidando los puntos Forma Joven de la ciudad	<ul style="list-style-type: none"> Nº Puntos Forma Joven; personas atendidas; tipos de demandas.
2.2. Mejorar los canales de comunicación entre las diferentes administraciones públicas y entidades sociales para reducir la instauración de drogodependencias y otras adicciones, así como otros daños asociados.	2.2.1.	Elaborando protocolos de derivación entre los centros escolares y puntos forma joven y el Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias.	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo en meses hasta el establecimiento del protocolo. Nº de protocolos enviados y recibidos
	2.2.2.	Consolidando la utilización de los protocolos de derivación entre Salud Mental, Atención Primaria, Servicios Sociales, Hospital e Instituciones Penitenciarias con el Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias.	<ul style="list-style-type: none"> Nº o porcentaje de derivaciones al CEMID de cada entidad
2.3. Garantizar la atención a jóvenes que tienen consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, sin que lleguen a cumplir criterios de dependencia, así como a las familias que lo demanden.	2.3.1.	Llevando a cabo programas de información, orientación y tratamiento a jóvenes consumidores/as y familiares por parte del centro de tratamiento ambulatorio.	<ul style="list-style-type: none"> Programas que se llevan a cabo. Jóvenes que inician estos programas. Padres, madres o familiares que son atendidos.

OBJETIVO GENERAL 3: Sensibilizar e informar a la población sobre el fenómeno de las drogas y las conductas adictivas a través de las Nuevas Tecnologías y medios de comunicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Nº	ESTRATEGIAS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
3.1. Promover el uso de las Nuevas Tecnologías como canal de comunicación con la población.	3.1.1.	Creando una web específica sobre Drogas y Conductas Adictivas.	<ul style="list-style-type: none"> Nº meses en poner en marcha
	3.1.2.	Estando presentes en las redes sociales: facebook, twitter, tanto propios como de los medios locales.	<ul style="list-style-type: none"> Nº meses en poner en marcha Presencia de noticias en webs locales
	3.1.3.	Actualizando tanto la página como las redes sociales con contenidos renovados: noticias, actividades...	<ul style="list-style-type: none"> Nº de actualizaciones Nº de noticias y eventos publicados
3.2. Potenciar el uso de los medios de comunicación locales como medios de difusión	3.2.1.	Informando a través de notas y ruedas de prensa de todas las actividades que se realizan.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de ruedas de prensa realizadas.
	3.2.2.	Realizando programas en tv., radio, etc.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de programas realizados
3.3. Servir como instrumento de consulta y derivación a través de las nuevas tecnologías.	3.3.1.	Estableciendo un apartado de consulta y/o derivación dentro de la web.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de consultas realizadas Perfil del usuario Nº de consultas resueltas

OBJETIVO GENERAL 4: Promover criterios de calidad y evaluación en las actuaciones programadas.

4.1. Fomentar la participación activa de la ciudadanía, instituciones y agentes implicados en el análisis de las necesidades y expectativas.	4.1.1	Impulsando la participación en el Plan Municipal.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de personas que participan Nº de sectores participantes
	4.1.2.	Recogiendo las decisiones adoptadas en los documentos pertinentes.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de actas realizadas
	4.1.3.	Consolidando los canales de comunicación adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de correos electrónicos enviados Nº de llamadas de teléfono Nº reuniones celebradas en relación indirecta con el Plan.

4.2. Establecer un sistema de evaluación y medición continua con indicadores de calidad y de género para las actuaciones de prevención que potencie su mejora continua.	4.2.1	Incorporando indicadores de calidad desagregados por sexo en los diversos programas y actividades de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de hombre y mujeres que participan.
	4.2.2.	Evaluando las actuaciones de prevención que se lleven a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de documentos de evaluación elaborados. • Nº de cuestionarios realizados • Grado de satisfacción

9.3. ÁREA DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

El Área de **Atención Socio-Sanitaria** parte en este nuevo Plan, de un importante grado de desarrollo y cobertura, que constituyen una sólida plataforma para afrontar los nuevos retos que se plantean de cara al desarrollo del 3er Plan de Acción en conductas adictivas.

En los últimos años hemos asistido a una notable diversificación del tipo de sustancias y patrones de consumo entre las personas admitidas a tratamiento. Si bien la mayor parte de las que están en tratamiento presentan como principal problema la adicción a opiáceos, otras sustancias, como el alcohol, el cánnabis y/o la cocaína, motivan la mayor parte de las admisiones a tratamiento en la Red Asistencial. A este cambio de perfiles, se une el cada más extendido fenómeno del policonsumo, es decir, el consumo concomitante de más de una sustancia, que supone una complicación añadida para el tratamiento de la dependencia.

La adaptación de los recursos, programas e intervenciones a las personas que demandan tratamiento, teniendo en cuenta sus características y necesidades, y haciéndoles partícipes del diseño de su itinerario terapéutico seguirá siendo uno de los elementos presentes en este Plan, con el objetivo de lograr una mayor efectividad de los tratamientos y satisfacción de las personas usuarias.

Seguiremos trabajando y prestando especial atención a las personas excluidas y/o en mayor riesgo de exclusión social, normalizando su situación en la medida de nuestras posibilidades y facilitándoles el acceso tanto a los recursos locales específicos de drogodependencias (asociaciones, centro de día, Comunidades, etc.) como a los recursos más generales (Servicios sociales, formativos, juveniles, etc.). Al mismo tiempo, se intentará ampliar la oferta de programas y estrategias de reducción de riesgos y daños, para minimizar o limitar los daños socio-sanitarios ocasionados por las adicciones y el uso de drogas (Programa de Buprenorfina, atención a personas VIH, etc.)

Tanto las encuestas realizadas a nivel andaluz como los datos de prevalencia de las personas que inician tratamiento nos dicen que aunque el número de mujeres consumidoras ha aumentado en los últimos años, éstas no llegan a los recursos de nuestra red asistencial de drogas. Este dato podría estar indicando que existen factores que inhiben la demanda de tratamiento por parte de las mujeres afectadas por problemas de drogas o adicciones. Estudiar estas circunstancias en profundidad y darles la respuesta más oportuna es una de nuestras prioridades, dando así cumplimiento a los principios rectores de equidad y accesibilidad, incorporando además la perspectiva de género. Adecuaremos los recursos, programas y actuaciones a las necesidades de la demanda de mujeres y hombres diferenciándolos por su género.

La consolidación de la asistencia a todos los tipos de adicción, con o sin sustancia, en el Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias va a suponer un importante desarrollo en la oferta terapéutica. En el ámbito de las adicciones sin sustancia, se asume el compromiso de atención específica a las conductas adictivas de jóvenes y adolescentes, principalmente vinculadas a las tecnologías del ocio y la información (telefonía móvil, internet, videojuegos...), que representan una preocupación emergente en nuestra sociedad por su impacto sobre la salud y el desarrollo positivo de las generaciones más jóvenes. El 3^{er} Plan promueve, así mismo, la participación e implicación de las familias como parte integrante fundamental en el proceso de tratamiento, especialmente en el caso de menores de edad.

Por otra parte, en coordinación con la entidad sombra y luz, a través de su programa Jurídico-Penal, seguiremos impulsando el trabajo terapéutico con los usuarios que se encuentren con problemas judiciales así como con aquellos que estén en algún centro penitenciario de Andalucía, especialmente en Sevilla.

No podemos olvidar tampoco, la coordinación, base fundamental de todos los Planes ejecutados hasta el momento, que seguirá siendo uno de los ámbitos de interés en esta nueva etapa en general.

Finalmente, dentro de este Área se encuentra también presente el impulso a la cultura de la calidad, incorporándola a la gestión de los diferentes programas y recursos.

Área de Atención Socio-Sanitaria

OBJETIVO GENERAL 1: Mejorar la accesibilidad a los recursos de drogodependencias, público y/o privados, adaptándolo a las características de la población con problemas de drogodependencias y otras adicciones.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
1.1. Garantizar la atención de las personas con problemas de adicciones dotando a la ciudad de los recursos suficientes en materia de drogodependencias.	1.1.1.	Adaptando el Plan municipal de acción en conductas adictivas a las necesidades de los/as usuarios, fomentando la participación de más entidades en el mismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del porcentaje de áreas municipales y/o entidades que participen en la elaboración y ejecución del 3^{er} Plan. • Nº de personas que participan en el plan, al año, desagregadas por sexo y áreas o entidades. • Nº de reuniones celebradas al año.
	1.1.2.	Favoreciendo el acercamiento de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones a las personas en situación de exclusión social, a través de actuaciones de reducción de riesgos y daños, a través del movimiento asociativo y/u otras entidades en coordinación con el/los CTA.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actuaciones de reducción de riesgos y daños dirigidos a personas en situación de exclusión social al año. • Nº de participantes en las mismas. • Número de personas que se benefician del programa de dispensación de tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas. • Nº de personas detenidas con problemas de drogodependencias.
	1.1.3.	Acercando los recursos asistenciales en materia de drogodependencias a la comarca.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de encuentros y/o reuniones anuales celebradas con entidades o instituciones de la comarca (centros de salud, ayuntamiento, etc.). • Nº de profesionales que participan en las reuniones. • Ratio de personas activas en el CTA por municipio al año.
	1.1.4.	Disponiendo en Ecija de un centro Municipal de intervención en drogodependencias que garantice la continuidad en el proceso asistencial y realice las derivaciones a servicios más especializados.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de derivaciones anuales realizadas a todos los recursos de la red asistencial de drogas de Andalucía. (UDH, Comunidades, centros de día, centros de encuentro y acogida, viviendas, etc.).
	1.1.5.	Garantizando la respuesta asistencial a las demandas motivadas por todo tipo de adicciones	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de personas admitidas a tratamiento al año por cada tipo de adicción.

	1.1.6	Garantizando la continuidad asistencial en el proceso de tratamiento, aunque el usuario se traslade de ciudad y/o provincia.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de derivaciones totales realizadas entre recursos.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
1.2. Adecuar los recursos y programas a las necesidades de la demanda de mujeres y hombres prestando especial atención a las personas excluidas y/o en riesgo de exclusión social.	1.2.1	Adaptando los proyectos de atención socio-sanitaria a las diferentes características de hombres y mujeres en la intervención terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia y porcentaje de mujeres y hombres admitidos a tratamiento al año. Porcentaje y/o Nº de personas en tratamiento en los diferentes programas terapéuticos. Nº de actividades y/o proyectos específicos realizados con mujeres u hombres drogodependientes y en riesgo de exclusión social. Nº de participantes en las mismas. Nº de actividades realizadas con mujeres con problemas de carácter social y drogodependientes. Nº de proyectos llevados a cabo en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y nº de participantes.
	1.2.1.	Manteniendo la oferta de tratamientos con sustitutivos a opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> Nº de programas de tratamiento con sustitutivos opiáceos. Nº de personas que participan en ellos desagregadas por población y sexo. Nº y tipo de altas llevadas a cabo en dichos programas.
	1.2.3	Poniendo en marcha proyectos para la atención a adolescentes y jóvenes con problemas de alcohol, cánnabis u otras sustancias	<ul style="list-style-type: none"> Nº de jóvenes que participan desagregados por sexo y edad. Nº de actividades desarrolladas. Nº de entidades y de profesionales que participan. Nº de programas específicos implicados.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
	1.3.1	Difundiendo información sobre los recursos de la red a otras instituciones y entidades	<ul style="list-style-type: none"> Nº de reuniones celebradas y nº de instituciones y/ o entidades que participan Nº de folletos publicados. Programas de TV, prensa, radio, etc. Creación de página web de drogodependencias.
	1.3.2	Continuando con la atención integral a menores con problemas relacionados con el consumo de drogas o	<ul style="list-style-type: none"> Nº de menores con medidas judiciales atendidos en el CTA u otras entidades participantes en el plan.

1.3. Facilitar el acceso de las personas con problemas de adicciones a la red andaluza de drogodependencias e incrementar la información de los recursos de la red		conductas adictivas con medidas judiciales	<ul style="list-style-type: none"> Nº de menores que inician actividades ocupacionales o acciones formativas de algún tipo
	1.3.3	Apoyando la intervención básica a las personas fumadoras en los centros de atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Nº de personas fumadoras que inician el programa de deshabituación tabáquica en los centros de salud. Nº de altas y tipos. Nº de sesiones grupales realizadas y nº de grupos que se realizan.
	1.3.4	Manteniendo la Unidad de Apoyo al tabaquismo en Ecija	<ul style="list-style-type: none"> Nº de usuarios atendidos en dicha unidad. Nº de altas y tipos.
	1.3.5	Manteniendo y apoyando el programa jurídico para mejorar la atención a las personas con adicciones privadas de libertad, y con causas jurídico-penales pendientes.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de personas incluidas en este programa. Nº de seguimientos jurídicos realizados a personas en prisión. Nº de visitas realizadas a la prisión y usuarios que se benefician de las mismas. Nº de informes realizados. Nº de coordinaciones realizadas al sistema judicial (abogados, jueces, CIS, etc.). Nº de reuniones celebradas para tema jurídico con la asociación sombra y luz y/o nuevo caminar
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
1.4. Poner en marcha estrategias que permitan aumentar la permanencia y la adherencia de hombres y, especialmente de mujeres, a los programas de tratamiento que se llevan a cabo en los centros de drogodependencias y/u otros recursos de la ciudad (asociaciones, centros de día, etc.)	1.4.1	Fomentar la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones del proceso terapéutico, estableciendo objetivos de forma consensuada	<ul style="list-style-type: none"> Conseguir al menos el 50% de los objetivos planteados en el proceso terapéutico.
	1.4.2	Fomentando la participación e implicación de las familias en el proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> Nº de familias atendidas en las diferentes entidades que pertenezcan al plan. Nº de familias que participan en actividades grupales.
	1.4.3	Realizando actividades de reducción del daño y seguimiento de la adherencia del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Nº de preservativos repartidos a usuarios. Nº de personas que se mantienen en el programa de mantenimiento con metadona. Nº de Actividades formativas de carácter preventivo- sanitarias realizadas y nº de participantes en las mismas. Nº de personas que se benefician de los programas de emergencia social y/o ayuda a afectados y tipo de ayudas realizadas (alquiler, alimentación, libros, acompañamientos, etc.) Compra y Administración de medicación a través de la asociación sombra y luz

OBJETIVO GENERAL 2: Garantizar los espacios de cooperación y coordinación con otras instituciones implicadas en el ámbito de la atención a las personas en tratamiento.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
2.1. Potenciar la coordinación interna entre los recursos de la red para la atención a las drogodependencias y adicciones para mejorar la eficacia en la atención.	2.1.1	Estableciendo protocolos de actuación que recojan las coordinaciones llevadas a cabo	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de coordinaciones telefónicas realizadas. • Nº de reuniones de coordinación establecidas entre los diferentes recursos (CTA, asociaciones, centro de día, comunidades, etc.)
	2.2.2	Manteniendo el trabajo en equipo y la coordinación del equipo de tratamiento mediante sesiones clínicas y reuniones de coordinación.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones de coordinación celebradas al año. • Nº de casos clínicos revisados y/o supervisados.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
1.2. Impulsar la coordinación con el sistema sanitario público.	2.2.1	Estableciendo protocolos de actuación conjunta entre el CTA y los centros de salud de Ecija y su comarca	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones de coordinación celebradas. • Nº de consultas o coordinaciones telefónicas. • Nº de casos consultados diferentes al año.
	2.2.2	Estableciendo protocolos de actuación conjunta entre el CTA, el Hospital de Alta Resolución de Ecija y Hospital de la Merced de Osuna.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones de coordinación celebradas. • Nº de consultas o coordinaciones telefónicas. • Nº de casos consultados diferentes al año.
	2.2.3	Manteniendo y renovando el protocolo de actuación conjunta entre el equipo de salud mental y el CTA	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de interconsultas realizadas al año. • Realización del censo de patología dual. • Nº de personas que componen el censo. • Nº de reuniones de coordinación y sesiones clínicas realizadas al año.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
1.3. Establecer y protocolizar cauces de coordinación con el sistema de servicios sociales.	2.3.1.	Estableciendo espacios formales y eficaces de coordinación con los profesionales de los servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones de coordinación celebradas al año. • Nº de profesionales de servicios sociales que participan activamente en el Plan. • Nº de casos en los que se trabaja coordinadamente.
	2.3.2	Estableciendo un procedimiento de actuación para el acceso a recursos de servicios sociales ante situaciones de emergencia social de personas con problemas de adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de personas con problemas de adicciones que acceden a recursos de servicios sociales ante situaciones de emergencia social a través del protocolo de actuación.

OBJETIVO GENERAL 3: Impulsar la utilización de sistemas y herramientas de evaluación de la calidad en la gestión de los diferentes programas y recursos asistenciales.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
3.1. Garantizar la calidad del servicio ofertado, homogeneizando y documentando los procesos de intervención.	3.1.1	Documentar los procesos de intervención en la medida de nuestras posibilidades	<ul style="list-style-type: none">• Nº de documentos creados.• Nº de procesos documentados.
	3.1.2	Realizando evaluaciones sistemáticas y continuadas de las actividades realizadas anualmente	<ul style="list-style-type: none">• Nº de actividades evaluadas.• Nº de entidades que participan.• Nº de personas que participan en la evaluación
	3.1.3	Incorporando la perspectiva de género en todas las actuaciones	<ul style="list-style-type: none">• % de recursos y programas que incluyen la perspectiva de género en las actuaciones realizadas

9.4. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La incorporación de las personas con problemas de adicciones a la vida ciudadana de pleno derecho es uno de los objetivos fundamentales de la atención ofrecida desde la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones. La intervención en el Área de Incorporación Social consiste en una serie de actuaciones y estrategias planificadas, atendiendo a un itinerario personalizado, que se despliegan a lo largo de todo el proceso terapéutico, con el fin de favorecer que la persona asuma las decisiones que afectan a su vida y participe de manera activa en su entorno, siempre desde sus parámetros personales, culturales y sociales.

Entre las personas usuarias existe una gran diversidad de perfiles y situaciones sociales, lo que implica que las actuaciones dirigidas a la incorporación social deberán planificarse de manera personalizada, teniendo especialmente presente, de manera transversal e integrada, la perspectiva de género.

La base de las actuaciones en esta área será la implementación de modelos de intervención no excluyentes, favoreciendo el acceso de las personas usuarias a los recursos generales de bienestar social disponibles para la ciudadanía en su conjunto. Aquellos perfiles con mayores dificultades para la incorporación y un mayor riesgo de exclusión social, van a requerir recursos y programas específicos que apoyen este proceso, como fase intermedia al acceso a recursos generalistas. En estas circunstancias se encuentran, entre otras, las personas con patología psiquiátrica asociada, la población reclusa y ex reclusa, las personas migrantes y las minorías étnicas.

Se hace muy necesario impulsar el trabajo dirigido a facilitar la formación y el empleo a las personas con adicciones crónicas, ya que son dos aspectos con una gran capacidad inclusiva y que facilita la consecución de los objetivos terapéuticos marcados.

Las intervenciones con las personas más vulnerables y en situación de exclusión social constituyen una línea de trabajo fundamental para todo el Plan, resultando relevante la participación del movimiento asociativo, como viene haciendo desde hace años. Su mayor flexibilidad en la gestión, le permite realizar una labor imprescindible e insustituible con las poblaciones más vulnerables.

La situación jurídica y legal de las personas usuarias es otro factor determinante dentro de un proceso terapéutico que repercute en gran medida en su evolución, por lo que se trabajará para facilitar el acceso al asesoramiento jurídico a las personas usuarias y para consolidar la colaboración de agentes judiciales y policiales, así como de abogadas y abogados de oficio, sensibilizando a estas categorías profesionales en las peculiaridades del abordaje de las adicciones, desde el punto de vista jurídico.

Otro elemento importante para la Incorporación Social es la atención al ocio y tiempo libre. En este sentido, el Plan contempla favorecer el acceso de personas en proceso de Incorporación Social a los recursos deportivos, culturales y de ocio y tiempo libre disponibles en el entorno.

El éxito de la incorporación social de las personas afectadas por adicciones requiere de la aceptación e implicación de toda la comunidad en la que se insertan. Con este fin, se promoverá, principalmente en colaboración con los medios de comunicación social, una imagen social realista de las personas con problemas de adicciones, alejada de los estereotipos negativos que tradicionalmente la han acompañado. El establecimiento de redes de coordinación con los agentes económicos y sociales, y con otras instituciones y entidades implicadas en la atención a las personas en proceso de incorporación social será también un elemento esencial para la implicación comunitaria en este proceso.

AREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

OBJETIVO GENERAL 1: Favorecer la incorporación social y laboral de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, mejorando la accesibilidad a los recursos y programas de incorporación socio-laboral de la Red de drogodependencias y Adicciones en Andalucía y prestando especial atención a las personas más vulnerables, excluidas y/o en riesgo de exclusión social.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
<p>1.1.- Ajustar la oferta de recursos y programas de incorporación social a las necesidades actuales, flexibilizando el acceso a los mismos, teniendo en cuenta las diferentes características de las personas usuarias, y especialmente, de las personas más vulnerables o en riesgo de exclusión social.</p>	1.1.1	Revisando los criterios de acceso a los recursos y programas de incorporación social para facilitar la inclusión de las personas en riesgo de exclusión social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de criterios modificados como medida de adaptación a las personas más vulnerables. • Nº de servicios con los que nos reunimos para ello. • Nº reuniones celebradas al año.
	1.1.2	Desarrollando actuaciones específicas de incorporación social para personas que presentan un mayor deterioro biopsicosocial o consumidoras en activo o que no reúnen los requisitos necesarios para el acceso a los programas existentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actuaciones puestas en marcha. • Nº de entidades que las promueven.
	1.1.3	Acercando las tecnologías de la información y comunicación a las personas con problemas de drogodependencias o adicciones, mediante la formación a distancia, acercamiento al certificado digital y otras medidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de terminales con conexión a internet disponibles para las personas usuarias en los recursos locales. • Nº de personas usuarias que han asistido a algún curso sobre el uso o aplicaciones de las tecnologías de la información.
	1.1.4	Mejorando las condiciones de vida de las personas en riesgo de exclusión social, con especial incidencia en las que se encuentren sin hogar, en prisión, afectados por VIH y mujeres prostituidas a través de programas y proyectos dirigidos al avance en participación, integración, inserción laboral así como el acceso a la vivienda, a los recursos sociales y a las tecnologías.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de mujeres y hombres que acceden a recursos sociales para mejorar su calidad de vida. • Nº de programas específicos para estos colectivos. • Nº de reuniones mantenidas.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
	1.2.1	Estableciendo un protocolo de actuación con las personas detenidas en comisaría que manifiesten tener problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de personas informadas en Comisaría sobre el centro de referencia existente, al año.

<p>1.2.- Abordar la situación jurídica de personas usuarias para facilitar su incorporación social, entendiendo que la misma provoca una mayor Vulnerabilidad.</p>		con el consumo de sustancias psicoactivas o conductas adictivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de personas derivadas en Comisaría al Centro de Tratamiento Ambulatorio de referencia, al año y desagregado por sexo.
	1.2.2.	Distribuyendo información sobre los recursos y programas de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones dirigidos a las personas detenidas en Comisaría.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de documentos de información entregados. • Número y tipo de folletos elaborados.
	1.2.3.	Sensibilizando a las abogadas y abogados de oficio con el fin de mejorar la atención jurídica a las personas afectadas por un trastorno adictivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de coordinaciones anuales. • Nº de reuniones. • Nº de encuentros de trabajo llevados a cabo.
	1.2.4.	Cumpliendo los acuerdos de colaboración establecidos en materia jurídica para el intercambio de información sobre las personas en tratamiento en la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de informes emitidos por el equipo técnico del Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias de Écija para el sistema judicial, al año.
	1.2.5.	Sensibilizando a los diferentes agentes judiciales para mejorar el conocimiento sobre el abordaje de la drogodependencia y las adicciones, que facilite la incorporación social de las personas usuarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de coordinaciones anuales. • Nº de reuniones. • Nº de encuentros de trabajo llevados a cabo.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
<p>1.3.- Facilitar el acceso y la participación de las mujeres y los hombres en el proceso de incorporación social a recursos de formación y empleo.</p>	1.3.1	Prestando a poyo a “SERVILUZ”, empresa de inserción social de Écija para aquellas personas en riesgo o excluidas socialmente	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de acciones de sensibilización en la comarca sobre esta empresa.
	1.3.2	Facilitando la acreditación de la situación de exclusión social de las personas usuarias para acceder a las empresas de inserción social y a los puestos de trabajo ofertados para personas en riesgo de exclusión social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de informes realizados dirigidos a facilitar la acreditación de la situación de exclusión social.
	1.3.3	Facilitando el acceso a la formación becada y adaptada a las necesidades de las personas usuarias y del mercado laboral.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de becas de formación concedidas al año a personas en tratamiento.
	1.3.4	Solicitando a la administración local y autonómica iniciativas de fomento para el empleo que faciliten el acceso a recursos de formación y empleo de mujeres y hombres con problemas de drogodependencias o adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de propuestas realizadas. • Nº de iniciativas puestas en marcha. • Nº de reuniones mantenidas.

	1.3.5	Facilitando información a empresas, centros y a servicios locales sobre recursos de formación y de empleo específicos de la Red de drogodependencias y Adicciones a los que puedan acceder.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de acciones informativas realizadas. • Nº de iniciativas puestas en marcha. • Nº de colaboraciones entre entidades. • Nº de documentos informativos distintos realizados.
	1.3.6	Apoyando y asesorando a personas en tratamiento por adicciones para la creación de empresas.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de personas informadas. • Nº de sesiones informativas grupales realizadas
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
1.4. Promover la participación y la colaboración en los procesos de incorporación social de agentes económicos y sociales, medios de comunicación, instituciones y entidades, así como de la ciudadanía en su conjunto, cambiando la imagen social de mujeres y hombres con Trastornos adictivos.	1.4.1	Diseñando acciones de difusión y campañas de sensibilización en medios de comunicación y redes sociales para mejorar la imagen social de las mujeres y los hombres con trastornos adictivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de acciones de sensibilización realizadas al año por tipo de soporte (prensa, TV, radio, redes sociales).
	1.4.2	Difundiendo periódicamente los resultados de los programas específicos entre los agentes económicos y sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de instituciones a las que se remite información sobre los resultados de los programas al año (asociación de empresarios, CADE, sindicatos, etc.)
	1.4.3	Impulsando en el conjunto de la población la comprensión del fenómeno de las adicciones, para generar actitudes de respeto a la dignidad de la persona con adicciones y de su entorno.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actuaciones realizadas (campañas, reuniones informativas, mesas...)
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES
1.5. Ofertar una atención personalizada en el ámbito de la incorporación social.	1.5.1	Utilizando un modelo de diagnóstico social que facilite el diseño de un itinerario personalizado de Incorporación social.	<ul style="list-style-type: none"> • % de historias clínicas con diagnóstico social.
	1.5.2	Promoviendo el acompañamiento en los procesos individualizados de incorporación social de las personas en situación de exclusión social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de programas desarrollados que incluyen el acompañamiento, al año. • Nº de profesionales que realizan acompañamientos y entidades que participan. • Nº de personas que han sido acompañadas en este tipo de programas.

OBJETIVO GENERAL 2: Impulsar la coordinación entre los diversos recursos de drogodependencias y de éstos con otras instituciones y agentes sociales, favoreciendo la accesibilidad a los recursos normalizados y la participación de la sociedad en los procesos de incorporación social y de reducción de las desigualdades sociales y de género.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
2.1. Facilitar a los hombres y a las mujeres en proceso de incorporación social el acceso a los recursos normalizados	2.1.1	Estableciendo acuerdos de colaboración entre las diferentes áreas y/o entidades municipales para facilitar el acceso de las personas en tratamiento en la Red para la Atención a las drogodependencias y Adicciones a los recursos de formación y empleo.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de acuerdos de colaboración. • Nº de áreas participantes y/o entidades.
	2.1.2	Asesorando e informando a las personas en tratamiento en la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones sobre los recursos generales y su forma de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de citas de asesoramiento sobre recursos. • Nº de personas asesoradas
	2.1.3	Potenciando iniciativas que favorezcan el acceso de personas en proceso de Incorporación Social a los recursos deportivos, culturales y de ocio y tiempo libre disponibles en el entorno.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de iniciativas. • Nº personas en proceso de incorporación social que accede a los recursos de este tipo. • Nº de reuniones mantenidas.
	2.1.4	Facilitando la información sobre el acceso a recursos de alojamiento y vivienda a las personas en proceso de incorporación social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de personas informadas. • Nº derivaciones realizadas.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
2.2. Establecer un sistema de coordinación entre las distintas áreas municipales implicadas en la incorporación social de las personas con problemas de drogodependencias y/u otras adicciones.	2.2.1	Impulsando la creación de una Comisión Técnica Municipal de Incorporación Social como órgano de coordinación y seguimiento de las actuaciones en materia de Incorporación Social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones de coordinación celebradas al año. • Nº de personas que participan. • Nº de áreas y/o entidades que participan. • Tiempo que se tarda (fecha de creación)
	2.2.2	Estableciendo la figura del Responsable Municipal de Incorporación Social.	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha del nombramiento.
	2.2.3	Manteniendo reuniones periódicas semestrales de coordinación con las áreas municipales o servicios implicados.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones celebradas
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
2.3. Fomentar el conocimiento mutuo de programas y recursos, potenciando el intercambio de información entre las diversas instituciones y entidades implicadas en los procesos de Incorporación social.	2.3.1	Creando una página web municipal sobre Drogas y Adicciones con información sobre los programas y recursos de Incorporación Social, con el objeto de aumentar el grado de conocimiento de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo en meses hasta que se ponga en marcha esta web.

OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
2.4.- Establecer cauces de coordinación con agentes económicos y sociales, para facilitar el acceso a la formación y al empleo.	2.4.1	Creando una cartera de empresas colaboradoras en los programas de Incorporación Social en la comarca.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de empresas colaboradoras.
	2.4.2	Realizando acciones informativas y de sensibilización con empresas, organizaciones sindicales, asociaciones y confederaciones empresariales.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actividades de sensibilización e información.
OBJETIVO GENERAL 3: Impulsar la utilización de sistemas y herramientas de evaluación de la calidad en la gestión de los diferentes programas y recursos de Incorporación Social.			
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
3.1. Homogeneizar el proceso de intervención en incorporación social con personas afectadas por las drogodependencias u otras adicciones, para garantizar la calidad y equidad del servicio ofertado.	3.1.1	Documentando los procesos de incorporación social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de documentos creados. • Nº de procesos documentados.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
3.2.- Fomentar la participación activa de personas usuarias, instituciones y agentes implicados, analizando las necesidades y expectativas detectadas desde una perspectiva de género e incorporándolas al modelo de intervención diseñado.	3.2.2	Impulsando el asociacionismo de las personas consumidoras a través del papel mediador del movimiento asociativo y de profesionales de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de personas que se asocian.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
3.3.- Promover la mejora continua del proceso de intervención en incorporación social de las personas con problemas de adicciones a través de un sistema de evaluación y medición con indicadores y estándares de calidad y de género para los distintos recursos y programas.	3.3.1	Realizando evaluaciones sistemáticas y continuadas de los recursos y programas, por año y área de intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de recursos y programas evaluados. • Nº de personas que participan en la evaluación. • Nº de entidades que participan.
	3.3.2	Incorporando la perspectiva de género en todo el proceso de incorporación social.	<ul style="list-style-type: none"> • % de procesos que incluyen la perspectiva de género en las actuaciones realizadas.

10. DOCUMENTACIÓN.

- Borrador del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.
- Estrategia nacional sobre drogas. Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.
- Informe Europeo sobre Drogas 2013.
- Constitución Española.
- Ley de salud pública.
- Memorias del centro Municipal de Intervención en Drogodependencias 2013.
- 2º Plan municipal de Acción en conductas adictivas de Écija (2007-2011).
- Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas. Plan nacional sobre drogas.
- Normativa autonómica específica sobre drogas y adicciones. www.SIPASDA.info.

11. PARTICIPANTES.

Gracias al trabajo y esfuerzo de muchas personas se hace realidad este 3^{er} Plan de Acción en conductas adictivas de Écija. Sin su ayuda no hubiera sido posible.

EQUIPO REDACTOR:

Alvea Encina Raquel
Bermudo Sanz Natividad
García Ruíz Maite

COMISIÓN TÉCNICA:

Bermudo Sanz Natividad

AGRADECIMIENTOS:

Arroyo Puerta María del Valle.
Cabrera García M^a del Carmen.
Díaz Sánchez Rosario.
Duvisón Rodríguez Manuel.
Espuny Rodríguez Cinta.
García Alcántara M^a Fernanda.
Gasco Fernández Francisca.
Grao Escobar Miguel Ángel.
Hidalgo Delgado Cristina.
Jiménez Bravo Patri.
Laguna Onetti Sara.
Martín Chía Silvia.
Martín Tamarit Yolanda.
Mayén Higuera Rocío.
Parejo González M^a del Carmen.
Sánchez Martín Vanesa.
Sánchez Rodríguez Elsa.