



# **4º PLAN MUNICIPAL DE ACCION EN CONDUCTAS ADICTIVAS DE ECIJA 2022-2025**



## **INDICE**

### **1. INTRODUCCIÓN**

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

### **3. MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO**

### **4. METODOLOGIA DE ELABORACIÓN.**

### **5. PRINCIPIOS RECTORES.**

### **6. ESTRUCTURA DEL PLAN: ÓRGANOS DE COORDINACIÓN, GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN.**

### **7. EVALUACIÓN.**

### **8. ÁREAS DE ACTUACIÓN.**

#### **8.1. ÁREA DE PREVENCIÓN.**

#### **8.2. ÁREA DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIO.**

#### **8.3. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL.**

### **9. DOCUMENTACIÓN.**

### **10. PARTICIPANTES.**



## 1. INTRODUCCIÓN.

---

El Plan Municipal de Acción en Conductas Adictivas de Écija, vuelve a renovarse con este documento de planificación para los próximos cuatro años. Nuestro primer Plan fue en el año 2003 y ya vamos por el 4º Plan municipal.

A lo largo de los años, el proyecto inicial ha ido modificándose en un progresivo esfuerzo de adaptación a las siempre cambiantes necesidades de un fenómeno en continua evolución, como es el de las adicciones con la colaboración de entidades y organismos de nuestra ciudad que siempre serán el alma de este proyecto ya que sea convertido en nuestro mayor logro el alto grado de participación que tiene este proyecto en nuestra ciudad, como no podría ser de otra forma si tenemos en cuenta que el abordaje de una problemática tan compleja como la de las adicciones, requiere a su vez de soluciones complejas y coordinadas que necesariamente implican a toda la sociedad y precisan de la participación y la coordinación de todos los agentes sociales.

Seguimos trabajando en la eliminación de las desigualdades, proyectando programas específicos para las personas con mayores dificultades. Así como continuar con la perspectiva de género integrada en la planificación de todos los proyectos y actividades.

Otra población prioritaria para este nuevo Plan serán los y las 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. Desde el Área de prevención tendremos que seguir trabajando para retrasar la edad de contacto con el consumo de drogas y evitar la instauración de patrones de consumo problemáticos y adicciones. Continuaremos con 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. No podremos olvidar el trabajo con los menores para que aprendan a tener un uso responsable de las nuevas tecnologías sin que se lleguen a convertir en adicción.

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.

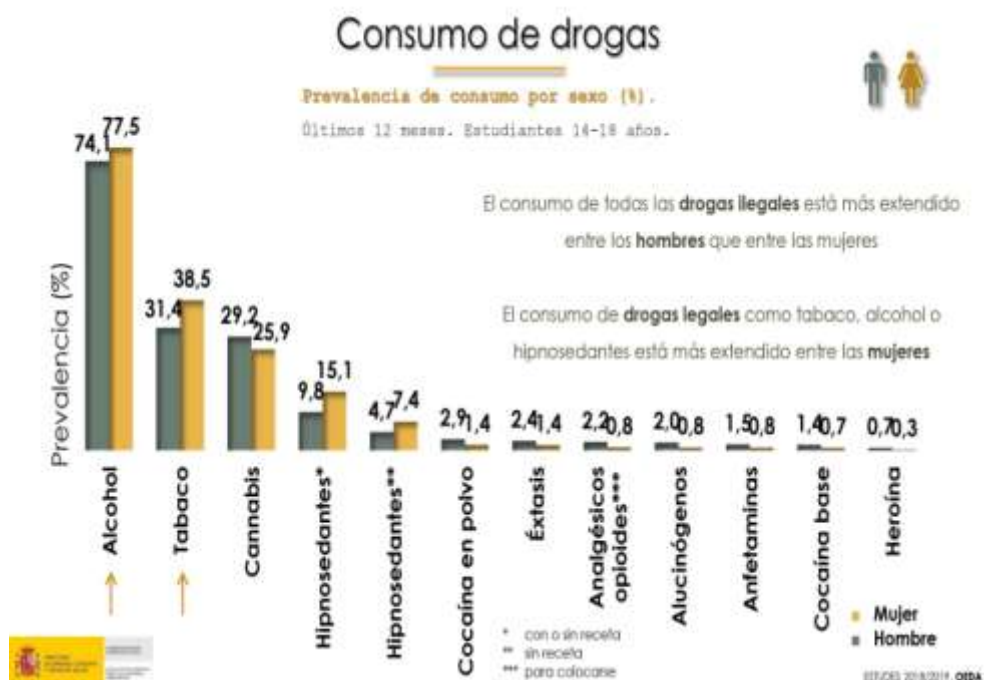
## 2. ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN SOBRE LAS DROGAS Y ADICCIONES.

**SITUACION EN ESPAÑA.** (Informe sobre drogas 2019 GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) Begoña BRIME. Noelia LLORENS. Fernando MÉNDEZ. Marta MOLINA. Eva SÁNCHEZ.)

El consumo de todas las drogas, excepto el cannabis y el tabaco, se ha estabilizado en los últimos dos años en la población española de 15 a 64 años, según se desprende de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) 2017-2018, elaborada por la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas

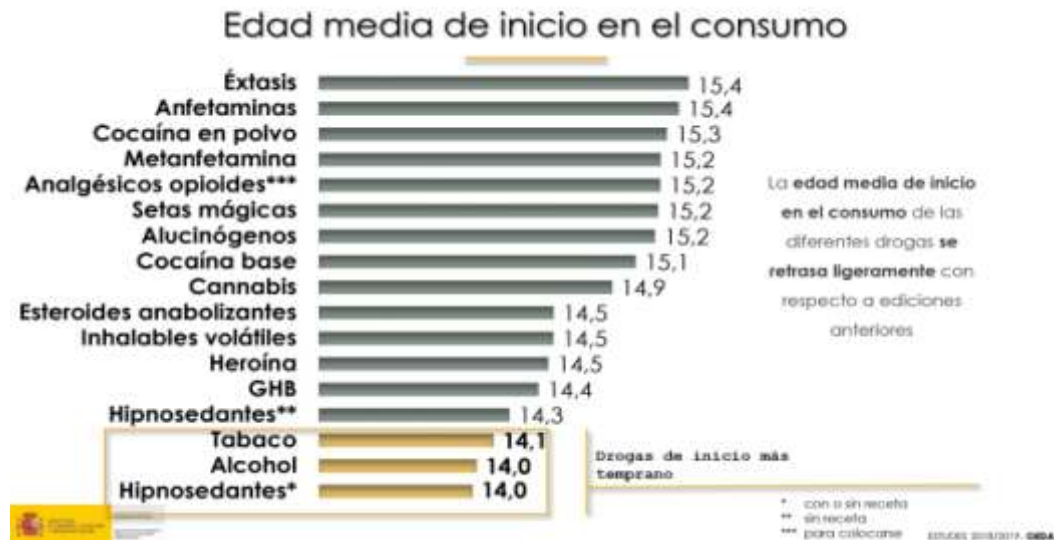
Los datos de **EDADES 2017-2018** confirman que las **drogas consumidas por un mayor porcentaje de personas son las legales**. En primer lugar, el alcohol (el 75,2% de los encuestados lo ha consumido en el último año; el 77,6% lo hacía en 2015) y en segundo lugar el tabaco (el 40,9% ha fumado tabaco en el último año, respecto al 40,2% en 2015). Los hipnosedantes (con o sin receta), son la tercera sustancia (11,1% actual por 12,0% en 2015) y en cuarto lugar se sitúa el cannabis (11,0% por 9,5% en 2015).

El resto de drogas estudiadas tienen unas prevalencias de consumo en **el último año** por debajo del 2,5% (proporción de población que las consumen). La cocaína se queda en un 2,2%; el éxtasis en un 0,6%; los alucinógenos en un 0,4%; las anfetaminas en un 0,5% y la heroína en un 0,1%, el mismo porcentaje que los inhalables volátiles. Respecto a las nuevas sustancias psicoactivas el 1,1% de los españoles entre 15 y 64 años dice haberlas probado alguna vez en su vida.





Las **edades de inicio en el consumo** no presentan cambios reseñables. Las sustancias legales (alcohol y tabaco) son las que se prueban a una edad más temprana. Los hipnosedantes son los que se comienzan a consumir a una edad más tardía.



Respecto al **sexo**, los hipnosedantes y los analgésicos opioides son las únicas sustancias cuyo consumo está más extendido entre las mujeres (en el último año 14,1% frente a 8,1% de hombres para hipnosedantes y 7,4% frente a 5,9% de hombres para analgésicos opioides). En el caso del cannabis el porcentaje de hombres que lo consume duplica ampliamente al de mujeres (15,4% frente a 6,6%) y en el caso de la cocaína esta diferencia por sexo incluso llega a triplicarse (3,4% hombres y 1,0% mujeres).

El patrón de **policonsumo** continúa estando muy extendido. Se concentra en hombres de 25 a 34 años e incluye muy frecuentemente (en el 90% de los casos) el consumo de alcohol y cannabis.

**Menores de edad:** Aumenta ligeramente el consumo de drogas entre el grupo de población de 15 a 17 años. En el último año, el 60% de los menores encuestados ha consumido alcohol (58% en la anterior edición de la encuesta) y el 25,4% tabaco (20,6% en 2015).

El 14,3% de los menores de 18 años han consumido cannabis en el último año (12,6% en 2015), cifra que duplica al porcentaje de consumidores de cannabis mayores de 45 años (7,8%). Los hipnosedantes (con o sin receta), alcanzan el 1,7% de prevalencia en este grupo de edad, mientras que estimulantes como el éxtasis y la cocaína se sitúan en el 0,6% y 1,5% respectivamente.

### ADICCIONES COMPORAMENTALES

En base a la Estrategia 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas se incluyen preguntas relacionadas con las adicciones comportamentales, como es el uso compulsivo de internet y la ludopatía.

En relación al **uso compulsivo de internet**, se utilizó como método de estimación la escala CIUS (Compulsive Internet Use Scale) cuyo análisis ha permitido observar que tanto en 2015 como en 2017 un 2,9% de la población de 15 a 64 años, aproximadamente 906.000 personas, han hecho un uso compulsivo de internet.

Respecto al **juego con dinero online**: en 2017 el 3,5% de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero online en el último año. El perfil de estos jugadores es el de un hombre, de 25 a 34 años y el juego más practicado online son las apuestas deportivas.

En relación con el **juego con dinero presencial**: en 2017 un 59,5% de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero presencial en el último año. Hay mayor proporción de hombres que de mujeres que juegan con dinero presencial, y este tipo de juego está directamente relacionado con la edad de la población, a mayor edad más personas juegan con dinero de manera presencial. Los juegos más habituales son las loterías a las que jugó un mayor porcentaje de personas (94%) seguidas de las loterías instantáneas con un 22,1% y las quinielas de futbol y/o quinigol (16,4%).

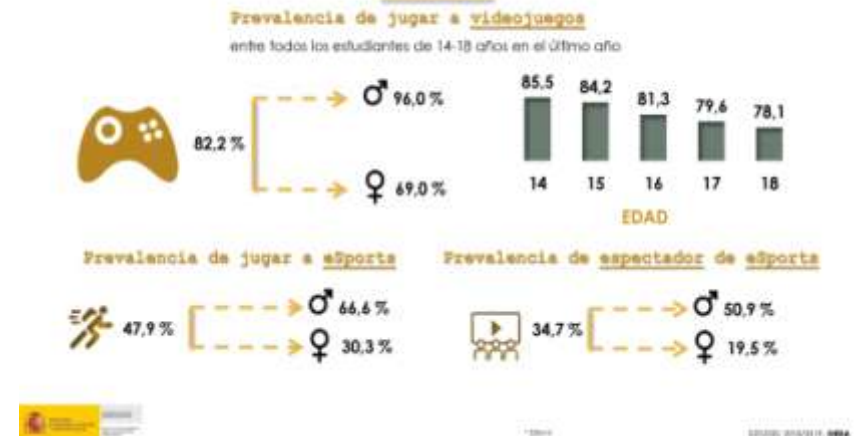
### Jugar dinero



### Uso compulsivo de internet (CIUS≥28)



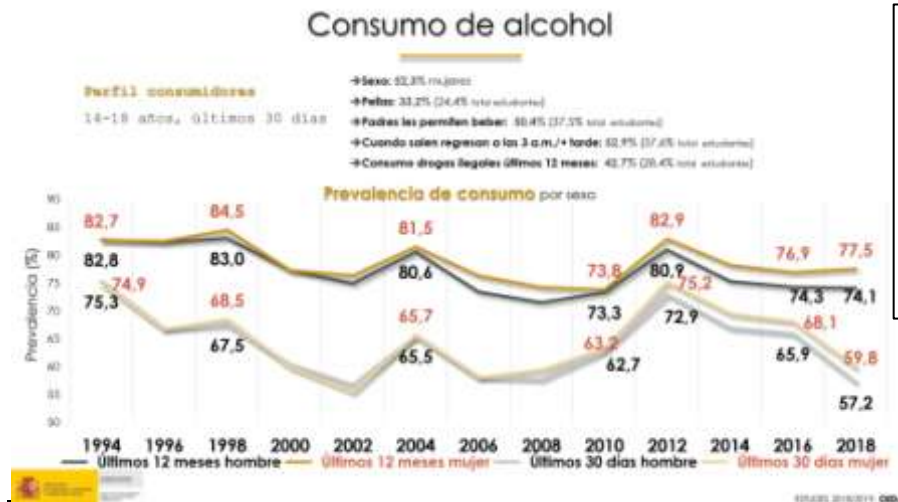
### Jugar a videojuegos, eSports



## DATOS MÁS SIGNIFICATIVOS DE CONSUMO POR SUSTANCIA

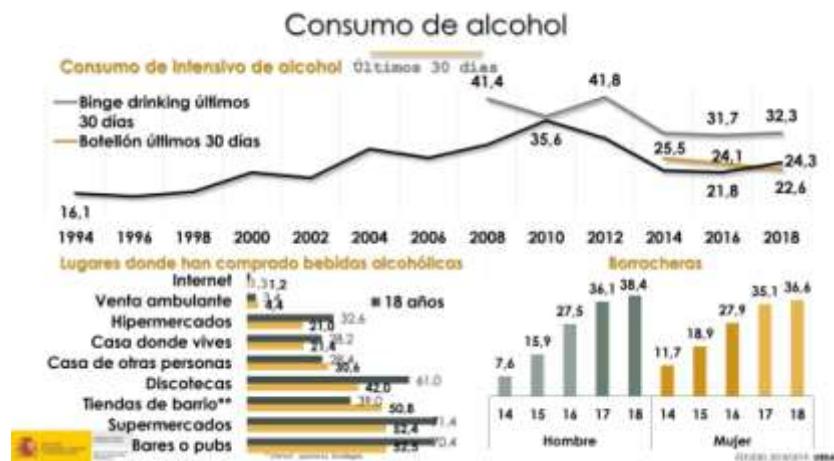
### Alcohol.

Las prevalencias de consumo de esta sustancia permanecen estabilizadas desde 2005: El 91,2% de las personas de 15 a 64 años han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 75,2% en el último año, el 62,7% en el último mes y el 7,4% diariamente en el último.



Entre la población de 15 a 64 años que ha consumido bebidas alcohólicas en la última semana, la cerveza cuenta con la mayor proporción de consumidores seguida del vino y cubatas.

Respecto a los consumos intensivos de alcohol el 5,1% de la población de 15 a 64 años (1.200.000 hombres y 400.000 mujeres) ha realizado un **consumo de riesgo** (ESCALA AUDIT ≥8), valor que permanece estable desde 2009. El 18,6% reconoce haberse **emborrachado en el último año** y el 7,1% se ha **emborrachado en el último mes**.



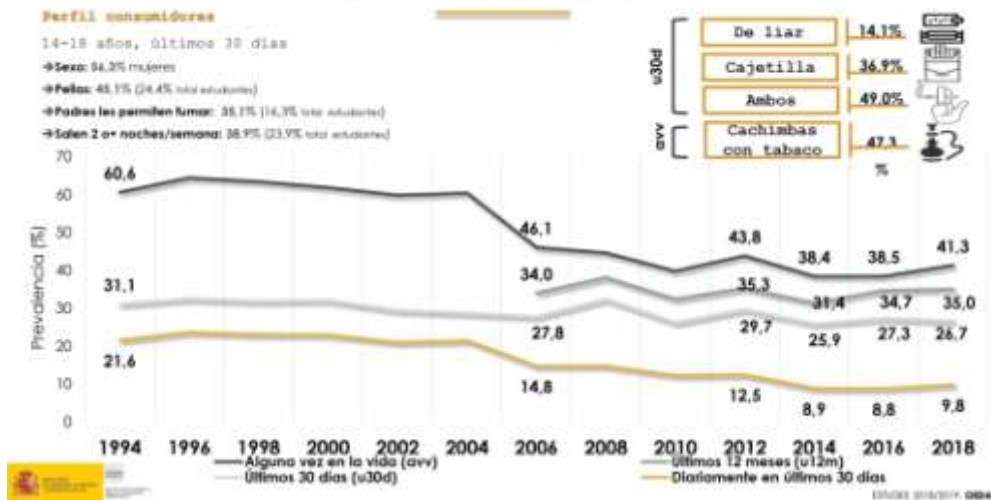
Se considera **binge drinking o consumo en atracón**: a consumir en aprox. 2 horas 5 o más bebidas alcohólicas en hombres y 4 o más en mujeres. En 2017 el 15,1% de la población de 15 a 64 años reconoce haber hecho binge drinking en los últimos 30 días, dato inferior al observado en 2015 (17,9%).

### Tabaco.

En 2017 el 69,7% de la población de 15 a 64 años reconoce haber fumado alguna vez en la vida, el 40,9% en el último año, el 38,8% en el último mes y el 34,0% diariamente en el último mes.

**Cigarrillos electrónicos.** En 2017, el 8,8% de la población de 15 a 64 años (9,6% de los hombres y 8,1% de las mujeres) ha usado cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina) alguna vez en la vida, el 3% en el último año y el 1,5% en el último mes.

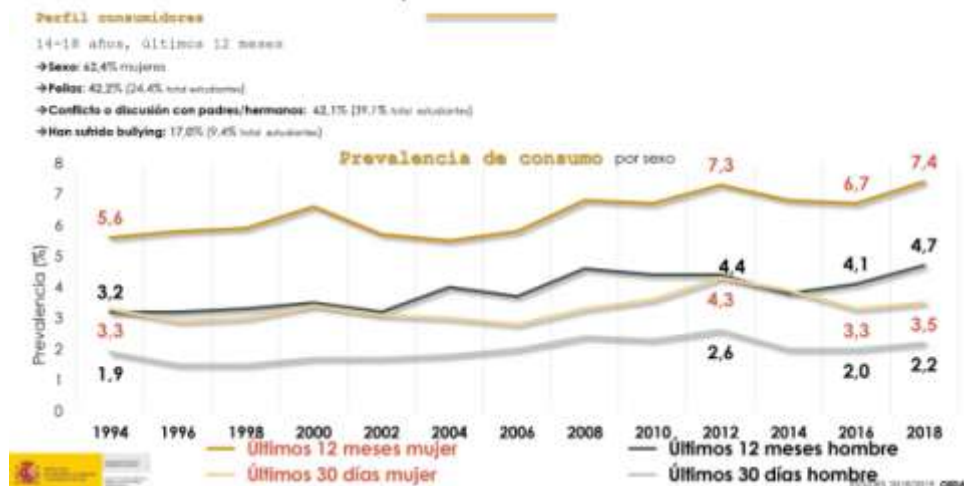
## Consumo de tabaco



### Hipnosedantes.

Se estabiliza el consumo de hipnosedantes. Los datos reflejan que el 20,8% de la población de 15 a 64 años los ha probado alguna vez en la vida. Son sustancias que se comienza a consumir a una edad muy tardía (34,4 años) y es la única droga estudiada, junto con los analgésicos opioides, cuyo consumo está más extendido entre las mujeres que entre los hombres. El tramo de edad que presenta mayor proporción de consumidoras es entre 55 a 64 años.

## Consumo de hipnosedantes sin receta

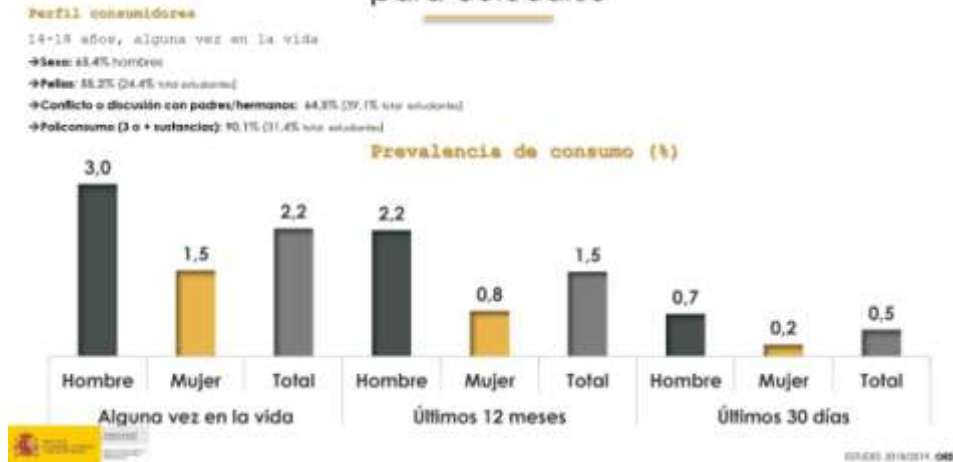


### Analgésicos opioides.

En 2017, el 14,5% de la población española de 15 a 64 años ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida. Los analgésicos opioides más consumidos son codeína, tramadol y morfina. La mayoría de los consumidores (95,7%) los obtuvieron con receta médica y más de la mitad los tomó por dolor agudo (65%).

Las mujeres consumen analgésicos opioides en mayor proporción que los hombres para todos los tramos temporales (alguna vez en la vida, último año y último mes).

## Consumo de analgésicos opioides para colocarse



### Cannabis.

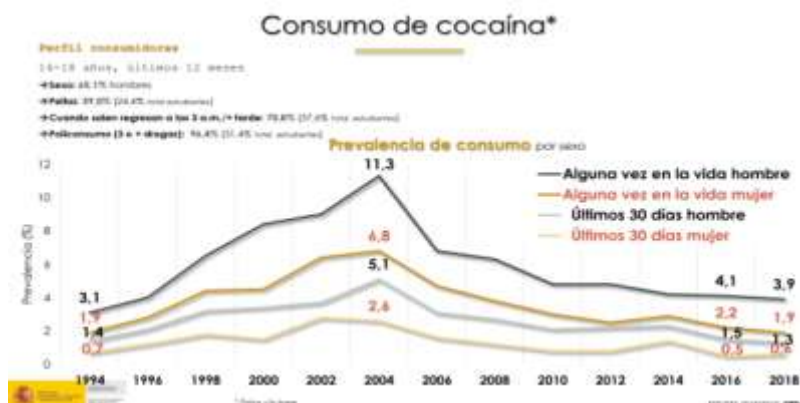
El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en la población española. En 2017 empezaron a consumir 223.000 personas (casi la mitad son menores) frente a los 159.000 que iniciaron en 2015.



Respecto a los **consumidores problemáticos de cannabis**, es decir, aquellos que puntúan 4 o más en la escala CAST, el 1,6% de la población y el 15,9% de los que han consumido en el último año han realizado un consumo problemático de cannabis. Son valores inferiores a los detectados en 2015 (1,8% y 21,2% respectivamente).

La prevalencia entre hombres triplica a la de mujeres y el grupo de edad más afectado es el de 15 a 24 años.

**Cocaína** En 2017 las prevalencias de consumo indican que el 10,3% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína alguna vez en la vida, el 2,2% la ha consumido en el último año y el 1,1% en el último mes



El consumo se da mayoritariamente en hombres (3 de cada 4 consumidores) con una edad media de 36,6 años. Respecto a los nuevos consumidores, en 2017 empezaron a consumir esta sustancia 85.000 personas.



### **Heroína.**

El consumo sigue estabilizado en niveles muy bajos. En 2017 el 0,6% la ha probado alguna vez y el 0,1% en el último año y en el último mes. El perfil del consumidor es el de un hombre mayor de 35 años.

### **Nuevas sustancias psicoactivas (NSP).**

El 1,1% de la población de 15 a 64 años ha probado alguna vez en su vida alguna NSP. Son consumos experimentales realizados mayoritariamente por hombres de 25 a 44 años.

## **LA SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

**Mujeres e hipnosedantes:** Es el único consumo de drogas en el que la prevalencia en mujeres es mayor que en hombres, cerca del doble. Se trata de un consumo oculto, no ligado al estigma, sino al desconocimiento y a la consideración de su consumo como “normal”, especialmente en mujeres. A ello se añade el hecho de que no existen campañas generalizadas de prevención y sensibilización, como sí ocurre con otras sustancias. Los datos indican que la población de mujeres entre 45 y 64 años es la de más alto riesgo, siendo ese grupo de edad donde se da la mayor prevalencia de consumo problemático.

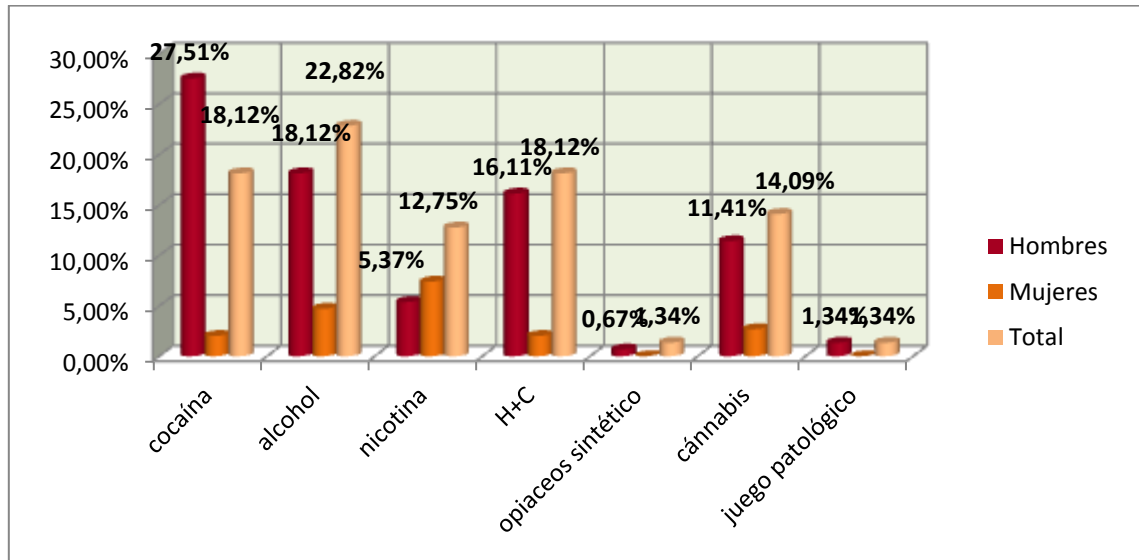
**Mujeres y alcohol:** El consumo excesivo de alcohol es el primer problema de salud pública en España, y causa un grave daño social y a terceros.

- La Organización Mundial de la Salud ha identificado el consumo abusivo de alcohol como uno de los factores de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual. Un porcentaje significativo de maltratadores abusa del alcohol o es dependiente de esta sustancia. Se considera que el consumo de riesgo de alcohol incrementa las probabilidades de que las agresiones sean más graves. Igualmente, el consumo continuado de sustancias se ha considerado un predictor de agresiones futuras contra la pareja.
- Por otro lado, las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de posibilidades de padecer problemas con el alcohol, así como que la violencia sexual ejercida contra ellas puede a su vez incrementar su consumo de alcohol.

La mujer, por tanto, sufre doblemente como víctima el consumo excesivo de alcohol. Por un lado, en relación con la violencia ejercida sobre ella por la pareja que consume alcohol de forma nociva, y por otro, padeciendo ella misma problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia.

## **DATOS REFERIDOS A ECIIJA. ADMISIONES A TRATAMIENTO.**

Durante el 2019, iniciaron tratamiento **158** personas entre inicios, reinicios y fichas de información básica. **En total 158 aperturas.** Destacar que **el mayor número de aperturas de historia** es por cocaína y/o sus derivados de nuevo 29,5% (igual que la tendencia en España). La **segunda sustancia** mayoritaria en 2019, igual que lo fue en 2018, ha sido **el alcohol** 22,82% con respecto al total. **Los opiáceos** son la tercera sustancia más consumida 18,12 %, en concreto, Heroína + cocaína fumada. **El cánnabis es** la cuarta sustancia más consumida en los inicios de tratamiento con un porcentaje del 14% respecto al total. (La incidencia se mantiene en los 3 últimos años). La quinta sustancia más consumida por la que inician tratamiento es **el tabaco, la nicotina**, con un 12 %, es la única sustancia en la que el número de mujeres supera al de hombres.



El perfil del **usuario hombre** que inicia tratamiento en 2019 es, mayoritariamente hombre (80%), consumidor de cocaína (27,5%), seguido por el alcohol (18,12%) y después Opiáceos (16%) y cánnabis (11,41%); el tabaco se sitúa este año en 5ª posición con un 5,3%. La edad media es de 38 años, y una edad media de inicio en el consumo de sustancias de 13,7 años (cánnabis); que finaliza la enseñanza secundaria obligatoria en un 45% y con la enseñanza secundaria obligatoria finalizada en un 27,5%; una tasa de paro del 38% frente al 42% de población activa, aunque el empleo es temporal en un 26,6% frente al 18% de empleos indefinidos; Que acude al centro por iniciativa propia (50%) y por iniciativa de la familia en un 24%.

En cuanto al **perfil de mujeres** (20%) que acude al centro es fundamentalmente consumidora de tabaco (7,38%), alcohol (4,7%), cánnabis (2,68%), cocaína (2,01%) y opiáceos (2,01%); con una edad media de 44 años al iniciar tratamiento y una edad media de inicio en el consumo de 15 años (Cánnabis); que ha finalizado la enseñanza obligatoria en un 31%, y con la enseñanza secundaria finalizada en un 17,24%; una tasa de paro del 27,59% y una población activa del 41,37%, aunque el empleo es temporal en un 31%; que acude a nuestro servicio principalmente por iniciativa propia en un 45% y derivada por su familia o amigos en un 17%, destaca en el caso de la mujer que la segunda fuente de referencia sean los servicios sanitarios, un 20%, es decir que el 20%, de las mujeres acuden derivadas por los servicios de salud, esto no ocurre en los hombres donde el porcentaje es tan solo del 9%.

## DAÑOS POR CONSUMO DE DROGAS

En los últimos 20 años, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha representado uno de los mayores problemas de salud asociados al consumo de drogas en España. Sin embargo, desde finales de los noventa, se ha observado un descenso significativo de la infección por VIH asociada a las drogas usadas por vía inyectada.

En España, se recoge información de manera rutinaria a nivel nacional sobre infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la hepatitis B (VHB) entre consumidores de drogas. Un reciente estudio afirma que casi las tres cuartas partes de los Consumidores de drogas por vía inyectada CDI, son VHC positivos (determinado por la presencia de anticuerpos VHC). En lo relativo al VHB, alrededor de uno de cada ocho consumidores admitidos a tratamiento que conocían su estado serológico indicaron que eran VHB positivos (HBs Ag), esto es, enfermos crónicos portadores del virus de la hepatitis B.

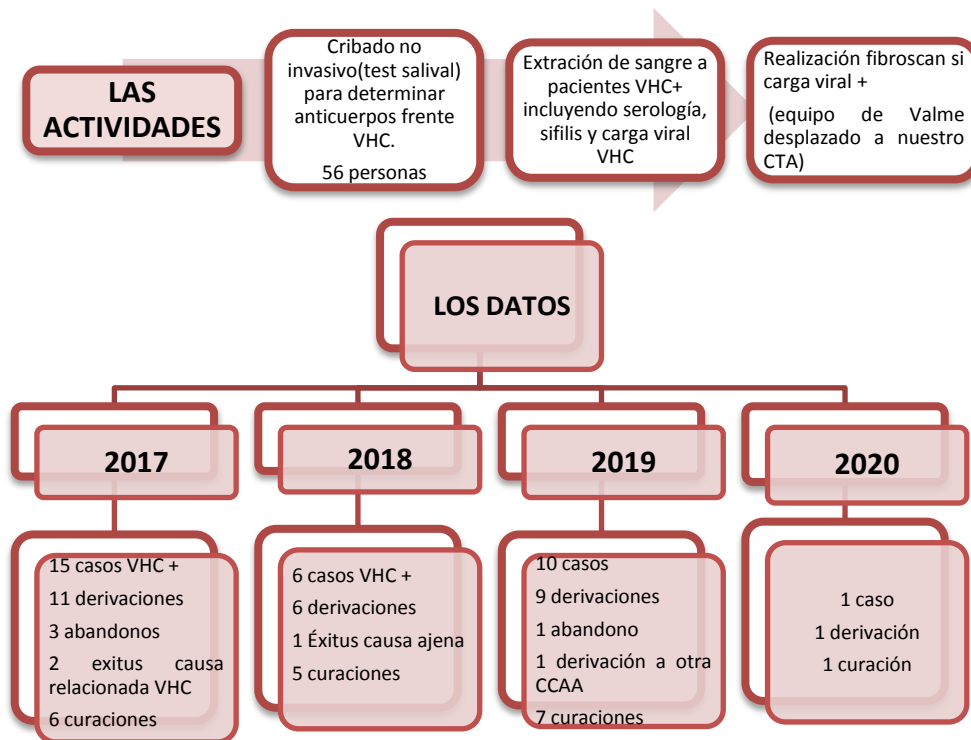


En Écija, durante los años 2017 a 2020 se ha participado en el proyecto HEP CARE (Cubriendo la brecha del tratamiento de la hepatitis C), un trabajo de investigación donde se ha desarrollado un modelo integrado de cuidados proporcionando intervenciones complejas a las poblaciones vulnerables para que puedan acceder a la asistencia y apoyo a un tratamiento curativo de la infección por VHC.

Este proyecto es un trabajo de investigación desarrollado desde el Servicio de infeccioso del Hospital de Valme de Sevilla y se planteaba desarrollar un modelo integrador de cuidados proporcionando intervenciones complejas a poblaciones vulnerables para que pudieran acceder a la asistencia y apoyo a un tratamiento. La clave era una coordinación alta entre diferentes dispositivos sanitarios (Centro de drogodependencias, Atención Primaria, Hospital de Écija, Hospital comarcal de Osuna, Hospital Valme).

### LOS OBJETIVOS

La interdisciplinariedad y coordinación entre los recursos de salud.	Identificar aquellos que no estén accediendo a la asistencia empleando un test rápido para el VHC.	Desarrollar un enlace con la asistencia de segundo nivel (digestivo o infeccioso) de tal modo que el paciente no tenga que hacer continuos desplazamientos.	Proporcionar apoyo entre iguales (empleando organizaciones con base en la comunidad) para llegar a la asistencia de aquellas en las que se identifique el VHC.	Proporcionar educación a los cuidadores asistenciales y grupos de pacientes acerca del VHC y la disponibilidad de nuevos tratamientos curativos.
--	--	---	--	--



#### CONCLUSIONES FINALES:

La coordinación y sensibilización de los profesionales ha sido clave para conseguir una buena adherencia al tratamiento.

La educación sanitaria y el seguimiento del paciente son factores esenciales para el éxito de proyectos de control de enfermedades infecciosas.

El Número de pacientes totales curados a fecha 31 de diciembre del 2020 ha sido de 19.



En 2016, la cocaína fue la sustancia más frecuentemente notificada como la causa de los episodios de urgencias, seguida del cannabis. La proporción de urgencias relacionadas con la heroína se redujo a una cuarta parte desde 2000. Las anfetaminas y el MDMA/éxtasis fueron causas menos comunes de urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas en España.

En Andalucía, en el 2020, es el alcohol la sustancia relacionada con el mayor número de episodios de urgencias, y el tramo de edad en el que se producen más episodios es entre los 40 y 44 años (72 casos), seguido del tramo entre 20 a 24 años con 55 casos. Llama la atención el tramo de edad entre 15 y 19 años donde el número de casos es de 42.

### 3. MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO

---

**La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024** tiene como marco institucional el establecido a raíz de la creación del Plan Nacional sobre Drogas, en 1985, y de la Delegación del Gobierno para dicho Plan, y su normativa de desarrollo. Entre las instancias que forman parte de ese marco institucional cabe señalar **los Planes Autonómicos de Drogas, los Departamentos y Organismos de la Administración General del Estado con competencias en drogas y adicciones en general, las entidades locales, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), los Planes Municipales, las organizaciones no gubernamentales, las sociedades científicas y aquellas otras entidades y colectivos de carácter social que desarrollen su actividad en el ámbito de las actuaciones del Plan Nacional sobre Drogas.**

Por otro lado, con fecha 16 de septiembre de 2014 (art. 20.1 de la Ley 15/2014) se crea el **Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones** con la finalidad general de mejora de la calidad técnica en la definición y ejecución de las políticas y actuaciones estatales de control de la oferta y reducción de la demanda de drogas, así como de otras adicciones como la ludopatía, y de sus perjudiciales efectos en la vida de las personas y en la sociedad que se promuevan, coordinen o lleven a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en el ámbito de las competencias que ésta tiene atribuidas. Asimismo, se considera necesario atribuir al Consejo, teniendo en cuenta su composición, estructura y normas de funcionamiento particulares, algunas de las funciones básicas que venían realizando los dos órganos suprimidos por la Ley 15/2014 (por un lado, el Grupo interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas y, por otro lado, el Consejo Asesor del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías), para evitar una posible disminución en la eficacia de dicha estructura específica y para que tales funciones sean ejercidas de una forma más coordinada, eficaz, eficiente y ágil por el órgano de nueva creación. El Consejo está estructurado, cumple sus fines y ejerce sus funciones en: a) Pleno y b) Grupos de trabajo especializados.

#### 3.1. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE DROGAS

[https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE\\_SISTEMA](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA). Este es el enlace donde se puede encontrar toda la legislación española sobre drogas, resaltamos las que hemos considerado más recientes y relevantes.

#### A) CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, DE 27 DE DICIEMBRE DE 1978

#### B) NORMATIVA ADMINISTRATIVA BÁSICA

1. Planificación y ordenación de actividades: el Plan Nacional sobre Drogas



ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017-2024, APROBADA POR ACUERDO DEL CONSEJO DE MINISTROS DEL DÍA 9 DE FEBRERO DE 2018.

REAL DECRETO 958/2020, DE 3 DE NOVIEMBRE, DE COMUNICACIONES COMERCIALES DE LAS ACTIVIDADES DE JUEGO.

#### **C) REGULACIÓN DE VENTA, CONSUMO Y PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y TABACO**

**REAL DECRETO-LEY 17/2017**, DE 17 DE NOVIEMBRE, POR EL 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, PARA TRANSPONER LA DIRECTIVA 2014/40/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, DE 3 DE ABRIL DE 2014 (B.O.E. 18-11-2017)

**LEY 3/2014, DE 27 DE MARZO**, POR LA QUE SE MODIFICA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL PARA LA DEFENSA DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS Y OTRAS LEYES COMPLEMENTARIAS, APROBADO POR REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2007, DE 16 DE NOVIEMBRE (B.O.E. 28-3-2014. La disposición final duodécima modifica parcialmente la Ley 28/2005, de 26 de diciembre).

#### **D) REGULACIÓN DE LA PRODUCCIÓN, USOS, CONSUMO Y TRÁFICO ILÍCITOS: NORMAS PENALES Y ADMINISTRATIVAS.**

##### **Normas penales.**

**LEY ORGÁNICA 2/2019**, DE 1 DE MARZO, DE MODIFICACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA 10/1995, DE 23 DE NOVIEMBRE, DEL CÓDIGO PENAL, EN MATERIA DE IMPRUDENCIA EN LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR O CICLOMOTOR Y SANCIÓN DE ABANDONO DEL LUGAR DEL ACCIDENTE (B.O.E. 2-3-2019).

**LEY ORGÁNICA 5/2000**, DE 12 DE ENERO, REGULADORA DE LA RESPONSABILIDAD PENAL DE LOS MENORES.

#### **E) NORMATIVA SECTORIAL**

##### **Sanidad y consumo**

**REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2015**, DE 24 DE JULIO, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DE GARANTÍAS Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS [Deroga: Ley 29/2006, de 26 de julio. Artículos: 49; 51; 79; 80.1.c); y 81. B.O.E. 25-7-2015)

**LEY 33/2011**, DE 4 DE OCTUBRE, GENERAL DE SALUD PUBLICA

### **3.2. *LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE DROGAS. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA.***

[https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/CCAA\\_norma/norma\\_andalucia](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/CCAA_norma/norma_andalucia). Este es el enlace donde se encuentran todas las leyes que regulas el consumo de drogas en Andalucía, destacamos las siguientes:

**2016. LEY 5/2016**, DE 19 DE JULIO, DEL DEPORTE DE ANDALUCÍA [artículos: 111 e); y 119.2. (B.O.E. 5-8-2016)] **ACUERDO DEL CONSEJO DE GOBIERNO**, DE 19 DE ABRIL DE 2016, POR EL QUE SE APRUEBA **EL III PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES** (B.O.J.A. 27-4-2016).



**2013. DECRETO-LEY 7/2013**, DE 30 DE ABRIL, DE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS Y URGENTES PARA LA LUCHA CONTRA LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN ANDALUCÍA.

**2012 LEY 19/2011**, DE 23 DE DICIEMBRE, DE SALUD PÚBLICA DE ANDALUCÍA.

**2008. ORDEN DE 28 DE AGOSTO DE 2008**, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias y que modifica la Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los servicios y centros de servicios sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas, y deroga la orden del 29 de Febrero de 1996, por la que anteriormente se regulaban estos centros.

### **3.3. LEGISLACIÓN MUNICIPAL SOBRE DROGAS. AYUNTAMIENTO DE ECIIJA**

[https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/docs/N MUNICIPAL CRONO](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/docs/N_MUNICIPAL_CRONO). Este es el enlace donde se encuentra toda la normativa de ámbito municipal, ordenada cronológicamente. En Ecija destacamos:

**2019. MOCIÓN DEL GRUPO MUNICIPAL SOCIALISTA, CON REGISTRO DE ENTRADA Nº 4.272, DE FECHA 25 DE FEBRERO DE 2019, RELATIVA AL PROBLEMA SOCIAL DEL JUEGO PATOLÓGICO.**

“.....Conscientes de esta realidad que nos afecta y hasta tanto finalice la regulación estatal y autonómica que dé respuesta definitiva a este problema de salud pública, este equipo de gobierno dentro de sus competencias locales y de manera coordinada con las Áreas Municipales de Urbanismo, Hacienda, Servicios Sociales, Interior y Desarrollo nos encontramos interviniendo en esta cuestión y estudiado las posibles modificaciones o cambios en las ordenanzas, en el planeamiento urbanístico, en el control y aplicación de las normas existentes, en programas específicos de prevención y atención entre otras. Pero igualmente somos conscientes de que este problema requiere actuaciones coordinadas con todos los ámbitos locales, tanto a nivel profesional, asociativo, empresarial y político, es una cuestión que nos afecta a la comunidad en su conjunto, que produce problemática socioeconómica en las familias y deteriora la convivencia provocando conflictividad en nuestros barrios y que por lo tanto requiere la atención, intervención y compromiso de todos y todas.....”

**2014. 3<sup>er</sup> PLAN MUNICIPAL DE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS (2014-2019). APROBADO EN PLENO DEL 30/10/ 2014.**

**2008. ORDENANZA REGULADORA DE DETERMINADAS ACTIVIDADES DE OCIO EN EL TÉRMINO MUNICIPAL DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ECIIJA. B.O.P. 12/01/2008.**

## **4. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN.**

---

La característica fundamental de la metodología de elaboración de todos los Planes Municipales de nuestra ciudad es la alta participación con la que contamos. 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, se inició en 2020 y ha terminado en julio de 2021. Se ha trabajado de manera coordinada vía telemática mayoritariamente ya que reuniones presenciales no se podían tener, esta nueva manera de trabajar ha sido bastante productiva y eficaz.

Posteriormente y una vez elaborado dicho documento, en borrador, se ha 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.

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

MES	COMITÉ DE SEGUIMIENTO
Noviembre	06/11/2020 (Telemática)
Diciembre	04/12/2020 (Presencial)
Enero	28/01/2021 (Presencial)
Marzo	24/03/2021 (telemática)
Abril	23/04/2021 (presencial)
Julio	12/07/2021 (telemática)
<b>TOTALES</b>	<b>6 reuniones</b>

## 5. PRINCIPIOS RECTORES

Se mantienen los principios rectores que se desarrollan en el III Plan Andaluz sobre drogas y adicciones y la Estrategia nacional sobre drogas.

- **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.
- **La participación Social.** Mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto, a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad.
- **La intersectorialidad.** Ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspira a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes. La coordinación siempre es fundamental
- **Enfoque de género.** Continuaremos con el compromiso y la responsabilidad 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.
- **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 nuevo Plan.
- **Eficiencia y sostenibilidad.** Apostando por una gestión eficiente de los recursos que garanticen la eficacia y la sostenibilidad del sistema y su evaluación; y que permita asegurar la ejecución de las acciones acordadas.

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

---

El 4º Plan de Acción en conductas adictivas contará con un Comité de coordinación, un comité de seguimiento y una comisión técnica. Todos los órganos velarán por el desarrollo y puesta en marcha del Plan reuniéndose periódicamente, mínimo dos veces al año.

El **Comité de coordinación** Es el máximo órgano de decisión. Estará formada por técnicos y agentes del municipio procedentes de todos los ámbitos implicados en la implementación del PMPD. Cuando se desee profundizar sobre un tema se pueden realizar grupos o mesas de trabajo más reducidos, sólo con aquellos agentes directamente implicados.



Estará formado por:

AREA Y/O ENTIDAD	
Área de Servicios Sociales.	Área de Educación.
Área de Juventud y Deportes	Centro de Información de la Mujer
Área de desarrollo y empleo (SEDESA)	Programa “Ciudades ante las drogas”
Salud mental Ecija	Atención Primaria de salud
Asociación “Nuevo Caminar”	Asociación “Sombra y luz”
Programa “Forma joven”	Hospital de alta resolución de Écija
Policía Local	Policía Nacional
Andalucía Orienta, Cruz Roja	Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias
Asociación para la incorporación socio-laboral “SERVILUZ”	Andalucía Emprende Fundación Pública Andaluza CADE Ecija

El **Comité de Seguimiento** Será función de este comité presentar al comité de coordinación las propuestas para la elaboración del PMPD, el plan de trabajo anual y hacerse cargo de su redacción, el seguimiento de las acciones que se lleven a cabo, su evaluación y las propuestas de mejora. Se reunirá las veces que sea necesario a lo largo del año.

Estará formado por:

2 representantes del Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias
El coordinador o coordinadora del Programa “Ciudades ante las drogas”

El/la **coordinador/a** que lidere el PMPD tiene entre otras funciones convocar al comité de coordinación y al comité de seguimiento en plenario, gestionar los encargos que le indiquen los distintos comités y hacerse cargo de las relaciones institucionales pertinentes.

## 7. EVALUACIÓN

El 4º 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.

## 8. ÁREAS DE ACTUACIÓN.

---

### 8.1. 8.2. 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 4º 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 4º 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.



## ÁREA DE PREVENCIÓN

**OBJETIVO GENERAL 1:** Reducir o evitar el consumo y/o retrasar la edad de inicio al consumo de las diversas sustancias psicoactivas así como de otras actividades con capacidad de generar adicción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
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	<b>1.1.1.</b>	Desarrollo de programas y/o actividades de prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas en los centros educativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de actuaciones que se desarrollan en colaboración con centros educativos (charlas, talleres...).</li> </ul>
	<b>1.1.2.</b>	Realización de actuaciones formativas/informativas y/o lúdicas orientadas a fomentar hábitos saludables en los centros educativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de actuaciones</li> </ul>
	<b>1.1.3.</b>	Informando, sensibilizando y llevando a cabo actuaciones en relación a los consumos de sustancias y otras adicciones tanto a personal municipal como a empresas de la ciudad, haciendo especial hincapié en el sector de la hostelería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de actuaciones que se llevan a cabo en empresas.</li> <li>• Nº de empresas que trabaja la prevención.</li> </ul>
	<b>1.1.4.</b>	Fomentando y desarrollando actividades formativas, informativas y de ocio dirigidas a los y las jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de actuaciones que se han llevado a cabo en colaboración con los y las jóvenes.</li> <li>• Nº de jóvenes que participan en estas actividades.</li> </ul>
	<b>1.1.5.</b>	Fomentando actividades deportivas, culturales, educativas, etc dirigidas a niños/niñas y adolescentes (teatros, cuentacuentos, carreras, competiciones deportivas, refuerzo educativo...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de actividad y nº de participantes.</li> </ul>
	<b>1.1.6.</b>	Desarrollando actividades dirigidas a mujeres, especialmente para aquéllas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de entidades de mujeres que participan.</li> <li>• Nº de actividades que se llevan a cabo.</li> <li>• Nº de participantes en cada actividad.</li> </ul>
	<b>1.1.7.</b>	Facilitando los accesos a actividades deportivas y culturales: ampliación de horarios polideportivo, casa de la juventud, facilidades para el abono de determinadas actividades, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº medidas adoptadas</li> <li>• Nº de Beneficiarios</li> </ul>



<b>OBJETIVO GENERAL 1:</b> Reducir o evitar el consumo y/o retrasar la edad de inicio al consumo de las diversas sustancias psicoactivas así como de otras actividades con capacidad de generar adicción.			
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>Nº</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN</b>
1.2 Promover el cumplimiento de la normativa vigente en materia de control de venta y consumo de drogas, así como salones de juego.	<b>1.2.1</b>	Desarrollando actuaciones de información sobre la legislación vigente y vigilancia del cumplimiento de la misma en establecimientos donde se vendan y/o consuman bebidas alcohólicas y/o tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de actuaciones</li> <li>• Nº sanciones</li> </ul>
	<b>1.2.2.</b>	Realizando actividades de control sobre el acceso y el cumplimiento de la normativa en los salones de juego.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de actividades</li> <li>• Nº Sanciones</li> </ul>
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.	<b>1.3.1.</b>	Realizando talleres y actividades dirigidos a familias que les permitan adquirir habilidades y estrategias relacionadas con la prevención de adicciones así como la promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de madres y padres que participan.</li> <li>• Talleres realizados</li> </ul>
	<b>1.3.2.</b>	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"> <li>• Nº de actuaciones que se llevan a cabo.</li> <li>• Nº de participantes de estos talleres.</li> </ul>
<b>OBJETIVO GENERAL 2:</b> Evitar la instauración y dependencia de conductas adictivas y sustancias psicoactivas, así como los consumos de riesgo y abusivos.			
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>Nº</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN</b>
2.1. Promover la reducción de riesgos y daños, informando, formando y dotando de recursos, atendiendo a las diferencias entre hombre y mujeres.	<b>2.1.1.</b>	Llevando a cabo actividades y talleres específicos en población potencialmente en riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº Actividades/talleres</li> <li>• Población atendida</li> </ul>
	<b>2.1.2.</b>	Realizando actividades de formación dirigidas a mediadores sociales y otro personal que se crea necesario (profesionales de la industria recreativa, hosteleros, monitores deportivos, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de actividades programadas.</li> <li>• Nº de participantes en estas actividades.</li> </ul>
2.2. Garantizar la atención a menores que tienen consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, sin que lleguen a cumplir criterios de dependencia, así como a las familias que lo demanden.	<b>2.2.1.</b>	Informando a las familias de menores que hayan sido denunciados por consumo de alcohol y otras drogas de este hecho, y del programa de intervención psicosocial a desarrollar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de familias informadas.</li> </ul>
	<b>2.2.2</b>	Desarrollando el programa de intervención psicosocial propuesto para los menores sancionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de menores que realizan el programa.</li> </ul>



<b>OBJETIVO GENERAL 2:</b> Evitar la instauración y dependencia de conductas adictivas y sustancias psicoactivas, así como los consumos de riesgo y abusivos.			
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>Nº</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN</b>
2.3. Sensibilizar e informar a la población sobre el fenómeno de las drogas y las conductas adictivas.	<b>2.3.1.</b>	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"> <li>• Nº campañas realizadas.</li> </ul>
	<b>2.3.2.</b>	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"> <li>• Nº materiales diseñados y/o distribuidos</li> </ul>
2.4.. Potenciar el uso de los medios de comunicación locales como medios de difusión	<b>2.4.1.</b>	Informando a través de notas y ruedas de prensa de todas las actividades que se realizan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de ruedas de prensa realizadas.</li> </ul>
	<b>2.4.2.</b>	Realizando programas en tv., radio, redes sociales, etc	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de programas/actividades realizados</li> </ul>



## **8.2. ÁREA DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA**

El tratamiento de las adicciones no sólo reduce los daños sociales y sobre la salud asociados al consumo de sustancias y a determinadas conductas adictivas, sino que también disminuyen su consumo y los costes asociados. La investigación científica y la práctica clínica demuestran el valor de la atención continuada, integral y multidisciplinar en el tratamiento de la adicción, entendiendo por integral la atención que aborda simultáneamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la adicción.

En los últimos años hemos asistido a una notable diversificación del tipo de sustancias y patrones de consumo entre las personas admitidas a tratamiento. Desde el aumento de jóvenes que se inician en sustancias como el alcohol y el cánnabis hasta el juego patológico, apuestas deportivas incluidas. No podemos olvidar el consumo de cocaína que ha copado gran parte de las admisiones a tratamiento en los últimos años. A este cambio de perfiles y/o tendencias, se une el cada vez más extendido fenómeno del policonsumo, es decir, el consumo concomitante de más de una sustancia o comportamientos adictivos, que supone una complicación añadida para el tratamiento de la dependencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este nuevo plan continuamos en la misma línea de años anteriores adaptando 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.

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 específicos de drogodependencias (asociaciones, UDH, Comunidades, etc.) como a los recursos más generales (Servicios sociales, formativos, juveniles, etc.). Al mismo tiempo, se mantendrán los programas 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, Programa de Metadona, Hepatitis C, etc.)

Por otro lado, seguiremos trabajando en el acercamiento de la red de adicciones a las mujeres, seguimos encontrando dificultades en este ámbito y tenemos que conseguir que las mujeres con alguna adicción acudan a nuestro servicio y que cuando lo hagan, se sientan protegidas. Siguen existiendo factores y/o prejuicios, que inhiben la demanda de tratamiento y las derivaciones por parte de l@s profesionales. 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. Además el abordaje del consumo nocivo de alcohol teniendo en cuenta los datos sobre violencia de género y consumo de esta sustancia constituye una necesidad y hay que potenciar las estrategias dirigidas no solo a disminuir su consumo, sino también a la detección precoz de aquellas mujeres que pudieran encontrarse en riesgo por el consumo nocivo de alcohol de sus parejas. Así mismo merecen una especial atención la detección precoz de consumos abusivos de alcohol y/o otras sustancias o comportamientos adictivos en mujeres víctimas de violencia de género.

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 y/o España, especialmente en Sevilla, para ello es imprescindible el trabajo conjunto entre el Centro de drogodependencias y la asociación "Sombra y luz" dentro de su programa Jurídico-Penal.

No podemos olvidar tampoco, la coordinación con los agentes sociales y de otra índole, 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.

Así mismo, la calidad será una asignatura importante en este plan que de manera transversal se incorporará en nuestro día a día mejorando los protocolos de actuación, manteniendo la confidencialidad de las personas usuarias y realizando evaluaciones continuas y dinámicas de todas las actuaciones que se lleven a cabo en cada una de las áreas.



## ÁREA DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

**OBJETIVO GENERAL 1: Promover una atención integral y multidisciplinar a las personas consumidoras de sustancias tóxicas y/o conductas adictivas**

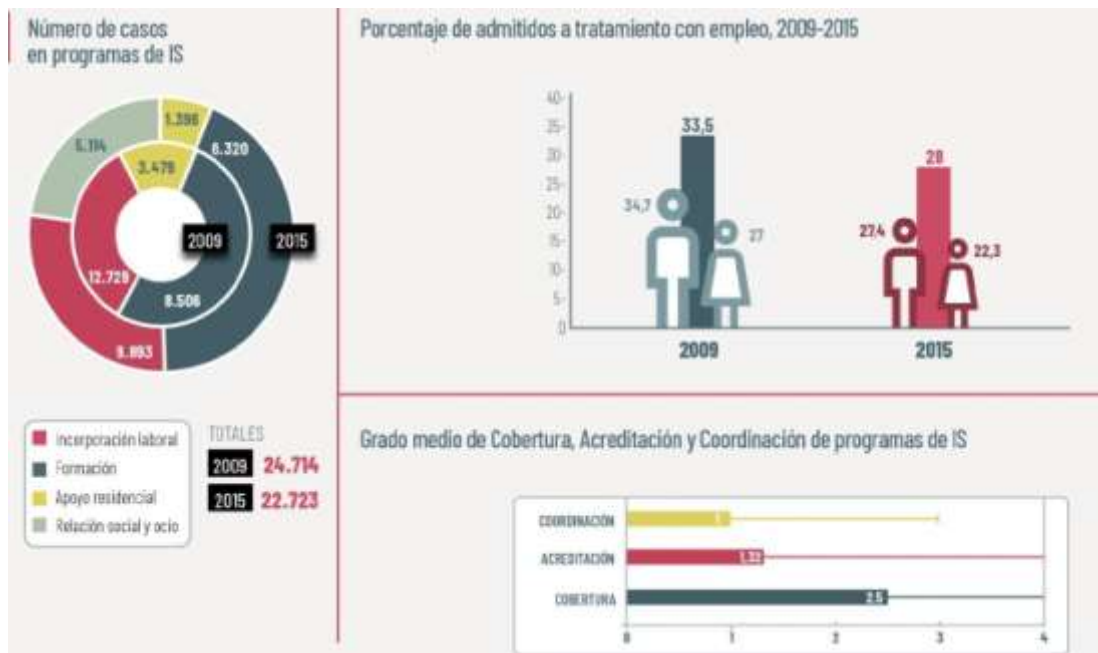
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN	
1.1. Mantener la coordinación de la red de tratamientos a las adicciones con el resto de áreas y/o sectores sanitarios públicos o privados.	1.1.1	Manteniendo diferentes actuaciones con atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniones, interconsultas, etc. celebradas presenciales o no presenciales</li> <li>• Agentes implicados: enfermería, trabajo social, medicina, administración, otros.</li> <li>• Temas tratados de mayor interés y acuerdos alcanzados</li> </ul>	
	1.1.2	Manteniendo diferentes actuaciones con salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinaciones/reuniones celebradas presenciales o no presenciales</li> <li>• Nº de protocolos de derivación realizados.</li> <li>• Nº de pacientes en común</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de pacientes con Patología dual</li> <li>• Proyectos comunes/participantes</li> </ul>
	1.1.3	Manteniendo diferentes actuaciones con Hospitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinaciones celebradas</li> <li>• Hospitales implicados</li> <li>• Nº de pacientes en común</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes implicados</li> <li>• Temas y Acuerdos alcanzados</li> </ul>
	1.1.4	Manteniendo diferentes actuaciones con las entidades locales cuyos fines sean las adicciones (sombra y luz, Serviluz, nuevo caminar, federaciones, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinaciones celebradas</li> <li>• Nº de Derivaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes implicados</li> <li>• Proyectos comunes/pacientes en seguimiento conjunto</li> </ul>
1.2. Mantener la coordinación de la red de tratamiento de las adicciones con el sistema de servicios sociales	1.2.1	Manteniendo diferentes actuaciones con servicios sociales comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinaciones celebradas</li> <li>• casos en común</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes implicados</li> <li>• Acuerdos alcanzados</li> </ul>
	1.2.2	Manteniendo diferentes actuaciones con servicios sociales especializados (menores, ciudades ante las drogas, residencias, dependencia, prodis, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinaciones celebradas</li> <li>• casos en común</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes implicados/participantes</li> <li>• Acuerdos/alcance logrados</li> </ul>
	1.2.3	Manteniendo diferentes actuaciones con entidades sin ánimo de lucro de carácter social (cáritas, hermandades, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinaciones celebradas presenciales o no presenciales</li> <li>• casos en común</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes implicados/participantes</li> <li>• Acuerdos/alcance logrados</li> </ul>
1.3. Garantizar que se incluye la perspectiva de género en todos los niveles del proceso asistencial	1.3.1	Promoción de los tratamientos centrados en las mujeres y sus consumos poniendo atención en los condicionantes de género (mayor estigma, tipos de drogas, responsabilidades familiares, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de mujeres que inician tratamiento</li> <li>• Tipo de adicciones</li> <li>• Número y tipo de proyectos específicos para mujeres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinaciones realizadas con servicios especializados de mujer (CIMM; UFAM; otros)</li> <li>• Alcance logrado, acuerdos tomados.</li> </ul>



<b>OBJETIVO GENERAL 1: Promover una atención integral y multidisciplinar a las personas consumidoras de sustancias tóxicas y/o conductas adictivas</b>				
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>Nº</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN</b>	
1.4. Dar respuesta asistencial a las demandas de todo tipo de adicciones y/o comportamientos adictivos (juego patológico, cocaína, alcohol, tabaco, etc.)	<b>1.4.1</b>	Atención al usuario y sus familias con itinerarios terapéuticos personalizados diferenciándolos por perfiles adictivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de personas totales atendidas</li> <li>Perfil del paciente/tipo de adicciones</li> <li>Pacientes activos durante un periodo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos terapéuticos de usuarios/as</li> <li>Acompañamientos</li> <li>Altas y tipologías.</li> </ul>
	<b>1.4.2</b>	Fomentando la implicación y participación de las familias en el proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de Citas con familiares</li> <li>Nº de familias en seguimiento continuado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos de familiares realizados</li> <li>Nº de Demandas atendidas a las familias y tipología</li> </ul>
1.5. Garantizar el acceso a los recursos especializados de la red asistencial	<b>1.5.1</b>	Accesibilidad a los distintos recursos de la red asistencial de apoyo al tratamiento a las adicciones. UDH, Comunidades, pisos, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de derivaciones a los distintos recursos</li> <li>Coordinaciones realizadas/reuniones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>agentes implicados</li> <li>Derivaciones entre los distintos CTAs</li> </ul>
	<b>1.5.2</b>	Derivaciones a los recursos de drogas y adicciones de Ecija (sombra y luz, nuevo caminar, Serviluz)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de derivaciones a los distintos recursos y/o programas</li> <li>Coordinaciones realizadas/reuniones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>agentes implicados</li> </ul>
1.6. Acercar los recursos a los consumidores de riesgo que aún no han desarrollado una dependencia	<b>1.5.1</b>	Manteniendo los programas de atención a menores en riesgo que han consumido alguna/s sustancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de aperturas de ficha de atención psicoeducativa</li> <li>Proyectos realizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agentes implicados</li> <li>Tipos de altas</li> </ul>
<b>OBJETIVO GENERAL 2: Mantener, ampliar y adaptar la cobertura asistencial a las personas con un perfil de exclusión, a través de los programas de reducción del riesgo</b>				
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>Nº</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN</b>	
2.1. continuar con la oferta de los tratamientos sustitutivos de opiáceos (metadona y Suboxone)	<b>2.1.1</b>	Facilitando la incorporación a los tratamientos sustitutivos de opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de personas de nueva incorporación a los diferentes programas.</li> </ul>	
	<b>2.1.2</b>	Ofreciendo la continuidad en los programas sustitutivos y/o el cambio de uno a otro según criterios médicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia y porcentaje de personas activas en cada programa.</li> <li>Altas de programas y tipología.</li> <li>Proyectos realizados con estas personas (acompañamientos, medicación, etc.)</li> </ul>	
2.2. Diagnosticar precozmente las infecciones transmisibles y el acceso al tratamiento	<b>2.2.1</b>	Facilitando el acceso al diagnóstico precoz de las infecciones por prácticas de riesgo en la población drogodependiente y sus familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de casos nuevos detectados con infecciones VIH VHC</li> <li>Derivaciones realizadas a recursos especializados de salud.</li> <li>Coordinaciones realizadas</li> <li>Agentes implicados</li> </ul>	
2.3. Reducir el riesgo y el daño de las personas usuarias que están en prisión	<b>2.3.1</b>	Atendiendo las demandas planteadas por los/as usuarios/as que están en prisión y sus familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de personas usuarias</li> <li>Demandas planteadas</li> <li>Reuniones/coordinaciones</li> <li>Acompañamientos, visitas, etc.</li> </ul>	

### 8.3. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

El plan de acción sobre adicciones 2018-2020, enmarcado en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, establece en su área de actuación número 4, la incorporación social. En ella afirma que es necesario a nivel nacional desarrollar un proyecto de mejora y extensión de los programas de incorporación social, basándose en que "existe una oferta bastante homogénea de programas de Incorporación Social (IS) pero se observa: una tendencia decreciente en el número de personas atendidas, una cobertura territorial desigual en las CCAA, un déficit en la accesibilidad de las mujeres y unos promedios de calidad más baja en comparación con las otras áreas de intervención."



Estos datos correlación a la perfección con la tendencia observada a nivel local. Considerándose necesario dar un impulso a esta área de intervención implicando a mayor tejido social que finalmente serán los que faciliten la consecución de los objetivos programados.

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
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.	1.1.1	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"> <li>• Nº de actuaciones puestas en marcha.</li> <li>• Nº de entidades que las promueven.</li> </ul>
	1.1.2	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"> <li>• Nº de terminales con conexión a internet disponibles para las personas usuarias en los recursos locales.</li> <li>• Nº iniciativas desarrolladas.</li> <li>• Nº de personas usuarias que han asistido a algún curso sobre el uso o aplicaciones de las tecnologías de la información.</li> <li>• Nº personas a quién se les solicita la calve permanente.</li> </ul>
	1.1.3	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 específicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de mujeres y hombres que acceden a recursos sociales para mejorar su calidad de vida.</li> <li>• Nº de programas específicos para estos colectivos.</li> <li>• Nº de reuniones mantenidas.</li> </ul>
1.2.- Abordar la situación jurídica de personas usuarias para facilitar su incorporación social, entendiéndolo que la misma provoca una mayor Vulnerabilidad.	1.2.1	Consolidando el protocolo de actuación establecido con las personas detenidas en comisaría que manifiesten tener problemas con el consumo de sustancias psicoactivas o conductas adictivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de personas informadas en Comisaría sobre el centro de referencia existente, al año.</li> <li>• Nº de personas derivadas en Comisaría al Centro de Tratamiento Ambulatorio de referencia, al año y desagregado por sexo.</li> <li>• Nº coordinaciones entre servicios.</li> </ul>
	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"> <li>• Nº de documentos de información entregados.</li> <li>• Número y tipo de folletos elaborados.</li> </ul>
	1.2.3.	Sensibilizando a los profesionales del sistema judicial con el fin de mejorar la atención jurídica a las personas afectadas por un trastorno adictivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de coordinaciones anuales.</li> <li>• Nº de reuniones.</li> <li>• Nº de encuentros de trabajo llevados a cabo.</li> </ul>
	1.2.4.	Acreditando la drogodependencia en los procesos jurídico-penales de las personas en tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de informes emitidos por el equipo técnico del Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias de Écija para el sistema judicial, al año.</li> </ul>



**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
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.	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"> <li>Nº de acciones de sensibilización en la comarca sobre esta empresa.</li> <li>Nº de derivaciones de personas en tratamiento a este recurso.</li> <li>Nº de personas contratadas.</li> </ul>
	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"> <li>Nº de informes realizados dirigidos a facilitar la acreditación de la situación de exclusión social.</li> </ul>
	1.3.3	Informando al colectivo de personas con problemas de adicción de los recursos de formación y oportunidades de empleo y emprendimiento que surjan en la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de derivaciones a cursos, planes de empleo, ofertas privadas, etc.</li> <li>Nº informaciones realizadas.</li> <li>Nº coordinaciones.</li> </ul>
	1.3.4	Derivando a servicios específicos de búsqueda de empleo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº derivaciones a Andalucía Orienta.</li> <li>Nº derivaciones a SAE.</li> </ul>
	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"> <li>Nº de acciones informativas realizadas.</li> <li>Nº de iniciativas puestas en marcha. Red de Artesanos y Arquímedes.</li> <li>Nº de colaboraciones entre entidades.</li> <li>Nº de documentos informativos distintos realizados.</li> </ul>
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
1.4.- Promover la participación y la colaboración en los procesos de incorporación social de la comunidad, cambiando la imagen social de mujeres y hombres con trastornos adictivos.	1.4.1	Diseñando acciones de difusión y 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"> <li>Nº de acciones de sensibilización realizadas al año por tipo de soporte (prensa, TV, radio, redes sociales).</li> </ul>
	1.4.2	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"> <li>Nº de actuaciones realizadas (campañas, reuniones informativas, mesas...)</li> <li>Entidades que participan.</li> </ul>
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"> <li>% de historias clínicas con diagnóstico social.</li> </ul>
	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"> <li>Nº de programas desarrollados que incluyen el acompañamiento, al año.</li> <li>Nº de profesionales que realizan acompañamientos y entidades que participan.</li> <li>Nº de personas que han sido acompañadas en este tipo de programas.</li> </ul>



**OBJETIVO GENERAL 2:** Impulsar la coordinación entre el centro municipal de drogodependencias 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	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"> <li>Nº de citas de asesoramiento sobre recursos normalizados.</li> <li>Nº de personas asesoradas.</li> </ul>
	2.1.2	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"> <li>Nº de iniciativas.</li> <li>Nº personas en proceso de incorporación social que accede a los recursos de este tipo.</li> <li>Nº de reuniones mantenidas.</li> </ul>
	2.1.3	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"> <li>Nº de personas informadas.</li> <li>Nº derivaciones realizadas.</li> </ul>
OBJETIVO ESPECÍFICO	Nº	ESTRATEGIA	INDICADORES DE EVALUACIÓN
2.2. Establecer un sistema de coordinación entre las distintas áreas municipales, servicios y entidades sociales implicadas en la incorporación social de las personas con problemas de drogodependencias y/u otras adicciones.	2.2.1	Manteniendo reuniones periódicas semestrales de coordinación con las áreas municipales o servicios implicados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de reuniones celebradas.</li> </ul>
	2.2.2	Fomentando el conocimiento mutuo de programas y recursos.	
	2.2.3	Realizando acciones informativas y de sensibilización sobre la incorporación social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº acciones realizadas</li> <li>Nº entidades participantes.</li> </ul>



## 9. DOCUMENTACIÓN.

---

- ✓ I PLAN MUNICIPAL DE ACCIÓN SOBRE DROGAS Y ADICCIONES 2014-2016. Ayuntamiento de Jerez.
- ✓ III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. 2016-2021. CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES. Secretaría General de Servicios Sociales.
- ✓ IV PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y ADICCIONES 2020-2023. Concejalía de hacienda, deportes, informática, derechos sociales, familia, infancia, igualdad y accesibilidad. Ayuntamiento de Granada.
- ✓ 3<sup>er</sup> Plan de Acción en Conductas Adictivas de Ecija. 2014-2019. Ayuntamiento de Ecija.
- ✓ VII Plan de Adicciones. Euskadi 2017-2021. Gobierno vasco. Vitoria 2017.
- ✓ BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA. RELACIONES CON LAS CORTES Y MEMORIA DEMOCRÁTICA. *Real Decreto 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego.*
- ✓ Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanza secundaria. ESTUDES 2018-2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Secretaría de Estado de Servicios Sociales Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- ✓ Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de sanidad y política social.
- ✓ LA POBLACIÓN ANDALUZA ANTE LAS DROGAS XIV. Consejería de igualdad y políticas sociales. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. 2018.
- ✓ Memorias del 3<sup>er</sup> Plan Municipal de Intervención en Drogodependencias 2014-2019. Ayuntamiento de Ecija.
- ✓ Memorias del Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias 2019.
- ✓ Memorias del programa Ecija, Ciudad ante las Drogas 2019.
- ✓ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. INFORME 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. Centro de Publicaciones.
- ✓ Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías. Informe sobre drogas 2019. España. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL.
- ✓ III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021)



- ✓ Plan Nacional sobre Drogas. Legislación Española sobre Drogas. Ministerio de sanidad.
- ✓ Plan Nacional sobre Drogas. Legislación Española sobre Drogas. Comunidad Autónoma de Andalucía. Ministerio de sanidad.
- ✓ Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.
- ✓ Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Área de gobierno de salud, seguridad y emergencias. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid.

## 10. PARTICIPANTES.

---

Agradecemos por su participación, constancia y buen hacer a las personas que forman o han formado parte del comité de coordinación del 3<sup>er</sup> Plan Municipal de Acción en Conductas Adictivas que ha sido la base para la elaboración de este documento. Sin lugar a dudas, su contribución y aportaciones dan mayor realce a este nuevo proyecto.

Esperamos poder continuar contando con la participación de todas y todos durante los años que se ejecute este 4<sup>º</sup> Plan. Sin su ayuda no será posible.

**“Las fortalezas están en nuestras diferencias, no en nuestras similitudes”**

**Stephen Covey.**

### **EQUIPO REDACTOR:**

Alvea Encina Raquel  
Bermudo Sanz Natividad  
García Ruíz Mayte

### **COORDINADORA:**

Natividad Bermudo Sanz

### **AGRADECIMIENTOS:**

Ceballos Linares Nieves.  
Espuny Rodríguez Cinta.  
García Alcántara M<sup>a</sup> Fernanda.  
García Fernández María Nieves.  
Gasco Fernández Francisca.  
Hidalgo Bermudo inmaculada.  
Jiménez Bravo Patrocinio.  
Laguna Onetti Sara.  
Martín Chía Silvia.  
Martín Tamarit Yolanda.  
Silvestre Rodríguez Mayte.  
Viera Aguilar Berta.

En Ecija, 29 de Octubre de 2021