



III PLAN LOCAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE LA CIUDAD DE TORREJÓN DE ARDOZ (2020-2023)

Documento aprobado por:

- *Comisiones Directiva y Técnica del II PMD de la ciudad de Torrejón.* ✓
- *Informe preceptivo favorable de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.*
- *Aprobado por acuerdo de Junta de Gobierno Local Moción 18 de fecha 20 de julio de 2020*

ÍNDICE

PROLOGO.....	3
1) INTRODUCCION.....	5
2) MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL.....	6
3) TORREJON DE ARDOZ. ANTECEDENTES EN MATERIA DE ADICCIONES.....	10
4) ANALISIS DE LA REALIDAD EN MATERIA DE ADICCIONES.....	13
4.1 La situación en España.....	13
4.2 La situación de la ciudad de Torrejón.....	19
5) PRINCIPIOS RECTORES.....	29
6) CARACTERÍSTICAS TECNICAS Y METODOLÓGICAS DEL III PMD.....	30
6.1 Concordancia con los planes autonómicos y la estrategia nacional de adicciones.	30
6.2 Algunos conceptos del III Plan Local de conductas adictivas.....	30
6.3 Misión y visión	32
6.4 Objetivos generales y específicos por línea estratégica de actuación.....	33
6.5 Líneas estratégicas de actuación.....	34
6.6 Sistema de seguimiento y evaluación.....	38
7) ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.....	42
8) FINANCIACION.....	43
9) ANEXOS: REGLAMENTOS DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISION TÉCNICA Y DIRECTIVA DEL III PMD	

PROLOGO

Los primeros ayuntamientos democráticos surgidos de las elecciones de 3 de abril de 1979 fueron los que se sintieron obligados para actuar, *ad hoc*, en el grave problema del uso de drogas evidenciado en los núcleos urbanos durante los años 80. Mientras el resto de las administraciones públicas se mantenían al margen, los programas de drogas se desarrollaron casi en exclusividad como una iniciativa propia de los Ayuntamientos, con algunas acciones puntuales de la Administración Central y crecientes aportaciones de las Comunidades Autónomas.

La aprobación de la *Ley de Bases de Régimen Local (7/1985 de 2 de abril)* otorgaba importantes competencias a los ayuntamientos y todo hacía pensar que el nuevo Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) se apoyaría para su desarrollo en los municipios. Pero el PNSD dejó de lado a la Administración Local **adjudicándole las competencias del diseño y puesta en marcha de planes locales y programas de prevención propios a los municipios y otorgándole la financiación a las CCAA**. La situación fue tan inesperada que algunas CCAA tuvieron que concertar los dispositivos asistenciales con sus ayuntamientos, como fue el caso del CAID de Torrejón, ya que eran los técnicos municipales los que disponían de los recursos técnicos y experiencia, aunque ahora la competencia le correspondiera al Gobierno Autónomo. La reciente racionalización de competencias introducida por la Ley de Sostenibilidad y Racionalización del sector Público solo resta aún más competencias a la Administración Local y la escasa financiación para Corporaciones Locales de la Administración Regional para el desarrollo de sus planes locales o programas propios contextualiza y realza el valor, aún más si cabe, de los planes municipales sobre adicciones como el que se presenta.

Esta circunstancia ha tenido importantes consecuencias sobre la configuración actual de la red asistencial de drogodependencias y sobre anteriores Planes Municipales de Adicciones en nuestra ciudad. Por ello, la intervención desde el ámbito local de los anteriores planes, se centraron en la prevención educativa y/o en el ámbito del consumo y el ocio, consecuencia, ésta última, en parte, de la convocatoria nacional con cargo al Fondo de Bienes Decomisados para ayuntamientos; más que de prioridades estratégicas del Plan Local, que se construyó con apenas recursos económicos, tan sólo con los citados profesionales municipales incluidos en el convenio con la Comunidad de Madrid para el CAID.

En estos 35 años transcurridos las adicciones, tanto en España como en el ámbito internacional, han experimentado cambios muy sustanciales. Ha cambiado de manera significativa el perfil del consumidor, con una presencia de sectores de población muy jóvenes, donde se están incorporando constantemente nuevas sustancias a este “mercado”.

Además, las denominadas adicciones sin sustancia o comportamentales, o conductas adictivas en las que no intervienen drogas (ludopatía, internet, videojuegos, móviles, etc.) han irrumpido de manera notable en los últimos años y su presencia ya se está dejando notar en las demandas asistenciales y en problemas graves como el juego patológico o los malos usos y abusos de las TIC. Todo ello sin dejar de lado el uso de sustancias legales, ilegales en caso de menores, que como el tabaco o el alcohol son las más consumidas por la población de nuestro país.

El III Plan Local de Conductas Adictivas de la ciudad de Torrejón de Ardoz es un **instrumento del Ayuntamiento para el logro del objetivo general compartido del bienestar de la ciudad** y nace del compromiso del Ayuntamiento con sus ciudadanos de trabajar a favor de la constante mejora de su calidad de vida desde una concepción integral del Bienestar y la Salud.

Hoy se puede afirmar que nuestro país goza de un consenso político, social y científico sobre la necesidad de promover el bienestar social; sobre la importancia de invertir recursos y esfuerzos no sólo en resolver o paliar los problemas o dificultades del presente; sino de evitar, en la medida de lo posible, los problemas futuros. La promoción del Bienestar ha dejado de ser un objetivo lejano y utópico para ser considerado como una inversión a medio y largo plazo. Una inversión que, realizada con criterios de oportunidad y eficiencia desde las instituciones públicas, también influye sobre el presente en el sentido de adoptar una actuación proactiva, no esperando a que los hechos acontezcan para dar respuesta, pivotando las intervenciones en nuevos ejes como **la mejora de la calidad de los servicios y de la satisfacción de los ciudadanos**.

Existe, pues, la necesidad de disponer de una visión integradora de la sociedad y de sus problemas –en nuestro caso a un nivel de ciudad-, de planificar, coordinar y evaluar las actuaciones de prevención y promoción del bienestar para hacerlas más eficaces; de combinar la visión global y la actuación local. Superada la etapa de concienciación pública sobre la necesidad de intervenir y actuar de manera preventiva sobre estas, lo que corresponde a este momento es la **organización y la racionalización de los recursos que se invierten en la materia**: o sea, determinar cómo se lleva a cabo la política que en materia de trastornos adictivos se lleva a cabo en la ciudad de Torrejón de Ardoz. En este sentido, el Ayuntamiento prioriza determinados objetivos y selecciona determinadas líneas estratégicas de actuación dentro de su ámbito de las competencias para responder a la misión que se propone de trabajar por el Bienestar de sus conciudadanos, y de ahí la necesidad y oportunidad del presente documento.

Y todo ello para mejorar el capital más valioso de nuestra ciudad, su capital humano, sus vecinos y vecinas en general y en particular de la Juventud local verdaderos protagonistas de la respuesta a las adicciones y de nuestro futuro. A ellos tengo el placer de dirigir el conjunto de actuaciones que desarrolla este plan en la presente legislatura.

Luis Morante Saboya

Coordinador Técnico del Plan Local de Adicciones de Torrejón de Ardoz

1. INTRODUCCIÓN:

Las adicciones (con o sin sustancia) constituyen un fenómeno social complejo y multidimensional por lo que intentar hacerle frente localmente exige planificación. Para alcanzar esos objetivos es necesario reconocer que hablar de conductas adictivas hoy significa hablar de políticas de educación, de juventud, de participación, de seguridad, de mujer, de empleo, de salud,... y por supuesto de bienestar social.

Sin un plan global que aporte visión, organización y eficacia, aumenta las posibilidades de perder el control y la iniciativa, aunque hayamos puesto en marcha buenas iniciativas parciales en la materia. Hay que disponer de una política municipal clara sobre conductas adictivas, aunque no se disponga de todos los medios necesarios. Es cierto que las competencias en esta materia no son prioritariamente municipales, pero no debemos olvidar que es el Ayuntamiento hacia donde vuelven sus ojos, en primer lugar, muchos ciudadanos, y que éste, el Ayuntamiento, puede y debe ejercer una función de coordinación en la ejecución de las políticas que se desarrollan en la ciudad. Es mejor disponer de una respuesta planificada, además, **planificar es pensar con un cierto orden y coherencia antes de actuar para conseguir determinados objetivos.**

Desde esta perspectiva el III Plan Municipal de conductas Adictivas de la ciudad de Torrejón de Ardoz 2020-2023 (en adelante el III Plan) pretende ser una herramienta para profundizar en el conocimiento de la realidad social del municipio y para ofrecer respuestas coordinadas, integradas e integrales. Pretende ser un instrumento planificador, vertebrador y organizador de las actuaciones que se llevan a cabo desde las diversas áreas municipales. Con este marco, el documento del Plan, se configura un instrumento que responde a las necesidades de participación, intervención, y planificación estratégica además de su naturaleza político-administrativa. El III Plan no surge de la nada pues se fundamenta y apoya en los dos planes que le precedieron: el I Plan Municipal 2008-2011 y el II Plan Municipal 2012-2015 prorrogado para el periodo 2016-2019 en consonancia a su vez con los planes regionales y las Estrategias Nacionales sobre Drogas. Todo ello constituye un potente instrumento de planificación, gestión y evaluación que va a permitir:

a) Como **instrumento de intervención** va a permitir:

- Conocer las carencias, demandas y necesidades en materia de prevención de factores de riesgo y promoción del bienestar social, respondiendo de manera coordinada y eficaz.
- Desarrollar nuevas iniciativas que respondan a necesidades reales ajustadas a los recursos existentes.
- Conocer en cada momento los avances y retrocesos que se registran en todos los ámbitos en los que se desarrollan acciones en materia de adicciones.

b) Como **instrumento de participación** va a permitir:

- Facilitar la participación de los diversos agentes sociales en la valoración y diagnóstico de los factores de riesgo y protección del municipio.
- Concertar medidas con los diferentes agentes sociales, políticos e institucionales.
- Determinar las intervenciones y responsabilidades de los diferentes agentes implicados.

c) Como **instrumento de planificación estratégica** va a permitir:

- Visualizar y seleccionar los objetivos que mejor se adecuen a las necesidades y demandas de la población y a las prioridades de las áreas municipales.
- Ordenar la diversidad de actuaciones, programas, servicios y recursos municipales en materia de prevención y promoción de las drogodependencias y otras adicciones.
- Actualizar y adaptar las estrategias y medidas a la evolución de los factores de riesgo y protección en el municipio de Torrejón de Ardoz.

d) Como **instrumento político-administrativo** va a permitir:

- Orientar los esfuerzos de las diferentes concejalías, servicios y departamentos que desarrollan acciones en materias contempladas en el III Plan.
- Visualizar las actuaciones municipales como conjunto coherente de acciones que responden a un fin común.

2. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

El marco normativo que regula la intervención municipal en materia de trastornos adictivos, viene delimitado por una serie de disposiciones que, desde la Constitución Española, tienen su continuidad en las diferentes Leyes Autonómicas que rigen en la Comunidad Autónoma de Madrid.

La presente normativa responde al mandato que el artículo 43.1 de la Constitución Española hace a los poderes públicos para que velen por el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, lo cual debe articularse mediante medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios. Asimismo, en sus artículos 43.3 y 51 establecen que compete a los poderes públicos fomentar la educación sanitaria así como garantizar la defensa de los consumidores, protegiendo la seguridad y la salud de los mismos.

A nivel estatal, el 1 de enero de 2017 entró en vigor la **III Estrategia Nacional sobre Drogas** para el periodo 2017-2024 que da continuidad a las Estrategias Nacionales sobre Drogas (2000-2008) y (2009-2016) que cuenta con el marco institucional creado con la creación del Plan Nacional Sobre Drogas en 1985 y de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional y su normativa de desarrollo, estas estrategias atribuyen a la Administración local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico le confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

- ♦ Coordinar las intervenciones en materia de conductas adictivas a nivel local.
- ♦ Desarrollar políticas específicas de prevención de adicciones, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
- ♦ Elaborar y poner en marcha medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
- ♦ Ejecutar la función y potestad sancionadoras, así como la cooperación de la policía local.

En cuanto a la habilitación competencial de la Comunidad de Madrid, se dicta en uso de la competencia exclusiva establecida en el **Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid aprobado mediante Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero**, reformada por la Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio, en su artículo 26.1, apartado 12, en materia de publicidad,

sin perjuicio de las normas dictadas por el Estado para sectores y medios específicos, de acuerdo con las materias 1ª, 6ª y 8ª del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución; apartado 23, en materia de promoción y ayuda de grupos sociales necesitados de especial atención incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación; apartado 24, en materia de protección y tutela de menores y desarrollo de políticas de promoción integral de la juventud; y apartado 30, en materia de espectáculos públicos. Todo ello en relación con la comparecencia de desarrollo legislativo, potestad reglamentaria y ejecución establecida en el artículo 27 del referido Estatuto, en sus apartados 4 (Sanidad e Higiene) y 10 (Defensa del consumidor y del usuario). Dicho Estatuto se desarrollan en leyes, de las que son competentes en la materia de este Plan:

o **Ley 6/1995, de 28 de Mayo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.** O marco normativo general que fija garantías en nuestro ordenamiento y en la actividad ordinaria de las Administraciones Públicas de la Comunidad, para el ejercicio de los derechos que a los menores de edad, niños, niñas y adolescentes, corresponden legalmente. La consideración social sobre la infancia en general, en nuestros días dista mucho de la existente no hace aún demasiado tiempo en que no pasaba más allá de ser, el menor, un incapaz y en el mejor de los casos una futura persona. El niño, la niña, tienen hoy una entidad social, e incluso un protagonismo.

Las Administraciones Locales como entes administrativos prestadores de servicios comunitarios a los ciudadanos se les otorgan, en función de sus capacidades, competencias en orden al bienestar infantil, la prevención de riesgos y la reinserción social de niños, niñas y adolescentes así como la potestad de fijar las actividades prohibidas para los menores, el artículo 31 prohíbe además del consumo de alcohol y tabaco en menores, la entrada en locales de juegos de azar.

o **Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.** En cuyo Título II se crea el «Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid», auténtica columna vertebral de la Ley, en el que tras establecer una serie de disposiciones generales en orden a definirlo como el conjunto de recursos, normas, medios organizativos y acciones orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud, establece que en él se integran todas las funciones y todos los recursos, cualquiera que sea su titularidad, sin perjuicio de atender en todo caso a la naturaleza de los mismos. Mencionar también el Título XI está dedicado a la «Actuación en materia de Drogodependencias» que fija la competencia en la Dirección General de Salud Pública del diseño, planificación, dirección, ejecución y evaluación de la política de adicciones de la Comunidad de Madrid. Y el Título XII «Competencias de las Corporaciones Locales» en dicha materia, completando así la ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.

o **Ley 5/2002, de 27 de Junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid.** El consumo de drogas, como fenómeno complejo y cambiante se ha convertido en uno de los problemas que ha generado y genera mayor preocupación social. A este fenómeno se añade una serie de adicciones no producidas por sustancias químicas que producen trastornos adictivos con la consiguiente repercusión familiar, social y económica.

Los principios básicos sobre los que se constituye esta Ley hacen referencia a los siguientes aspectos:

- o La consideración de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusión en las esferas biológica, psicológica, social y familiar.
- o La promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo al consumo de drogas.
- o La consideración integral e interdisciplinar de las labores de prevención, asistencia e integración social del drogodependiente, involucrando a los sistemas educativo, sanitario y de Servicios Sociales de la Comunidad.
- o La inserción social, que debe estar ligada al proceso asistencial como una parte más y objetivo final de este último
- o El fomento de una cultura de la solidaridad y la creación de una conciencia social, que supone necesariamente el fomento del asociacionismo para constituir grupos de autoayuda de afectados y familiares.

Resaltando especialmente en el artículo 45 (De las Corporaciones Locales) que “además de las señaladas en el punto anterior, los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

- o La **aprobación y ejecución del Plan Municipal** de Prevención, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos por el Organismo regional competente en materia de drogodependencias, y lo regulado en la presente Ley.
- o La **ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.**
- o El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones sin ánimo de lucro que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan.

También el artículo 48 fija el sistema de financiación destinado por la Comunidad de Madrid a municipios de más de 20.000 habitantes que deberán de disponer de un Plan Municipal de adicciones debidamente aprobado y consignado en sus presupuestos, de manera claramente diferenciada, los créditos específicos destinados a esa finalidad.

Otras leyes que afectan a los Centros y Servicios de Tratamiento a drogodependientes en la Comunidad de Madrid, son la 41/2002 de Autonomía del paciente que redunde en la centralidad del paciente a la vez que en la historia clínica, el Real Decreto 1277/2003 en el que se establecen las tipologías de las conductas adictivas formando parte de la cartera básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y las Órdenes 101/2008 y 288/2010 del Consejero de Sanidad por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios de los Centros y Servicios de Tratamiento de adicciones.

- o **Ley 8/2002, de 27 de noviembre de Juventud de la Comunidad de Madrid.** Los jóvenes madrileños constituyen en la actualidad un grupo de edad con un peso innegable en la estructura demográfica de nuestra región, por lo que resulta imperativo establecer un conjunto de medidas adecuadamente articuladas que favorezcan y faciliten su óptimo desarrollo como ciudadanos.

Además de ofrecer diferentes vías a la emancipación, la política de juventud debe entenderse como una gestión de servicios y programas periféricos al sistema educativo formal. Éste, sin dejar de ser junto con la familia el instrumento por antonomasia de desarrollo personal, integración social y adquisición de competencias profesionales, necesita, por motivo de su enorme complejidad e inercia, el concurso de otras instancias más ágiles y dinámicas, capaces de dar respuesta a las nuevas situaciones a las que, constantemente y a veces de modo súbito, deben enfrentarse los jóvenes.

El texto se estructura en catorce capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales. De entre todos ellos, destacamos el capítulo VII incorpora contenidos de salud y el consumo, con objeto de conseguir una protección física y psicológica integral, incluyendo la previsión de programas específicos destinados a la población juvenil.

o **Ley 11/2003, de 27 de Marzo de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.** El Título preliminar recoge en su artículo 2, que *“los Servicios Sociales tendrán como finalidad la promoción del Bienestar Social de las personas, la prevención de situaciones de riesgo y la compensación de déficit de apoyo social, centrando su interés en los factores de vulnerabilidad o dependencia que, por causas naturales o sobrevenidas, se puedan producir en cada etapa de la vida y traducirse en problemas personales”*.

Continúa en el Título I, con las funciones del sistema público de los Servicios Sociales, en su artículo 9, de las que destacamos: *“a) Estudio para la detección, análisis y evaluación de necesidades y demandas sociales de la población. b) sensibilización social sobre las necesidades sociales existentes o latentes. c) Prevención de las causas que generan situaciones de vulnerabilidad o desventaja para las personas, mediante la intervención en contextos y grupos de riesgos. d) Apoyo para la adquisición o recuperación de habilidades y capacidades personales que faciliten el desenvolvimiento autónomo, la permanencia en el medio habitual de convivencia y la participación en la vida social de los individuos. g) Apoyo a las familias en el desarrollo de las funciones que le son propias. i) Desarrollo de actuaciones para combatir la exclusión y la discriminación y promover la inclusión social, favoreciendo así la cohesión de la sociedad”*. En el mismo título, exactamente en el artículo 11, establece la coordinación con otros sistemas afines, *“que corresponden a otros sistemas de Bienestar Social afines o complementarios, con especial aplicación a la coordinación socio-sanitaria, a la coordinación con el sistema educativo, con los servicios de empleo, de formación, de vivienda y aquellos otros que puedan confluir con los Servicios Sociales en áreas concretas de la intervención social”*.

En el capítulo III de esta Ley se refiere a las competencias de las Administraciones públicas en materia de Servicios Sociales. En el mismo se reconoce a las entidades locales la potestad de desarrollar las funciones correspondientes a la Atención Social Primaria, entre las que se encuentran *“g) desarrollo de programas comunitarios para la promoción de la inclusión social de los individuos y grupos de población, así como para la prevención y detección precoz de situaciones de riesgo. h) Desarrollo de programas y actividades para prevenir la exclusión y facilitar la reinserción social. i) Fomento de la participación, la solidaridad y de cooperación social. j) coordinación con el nivel de Atención Social Especializada así como con otros servicios para el bienestar que operen en el mismo territorio, de manera especial con los de salud, educación, cultura y empleo, con el fin de favorecer la atención integral de las personas”*.

Entre los ámbitos en que mayores efectos produjeron la aprobación de la Constitución uno de los principales es el relativo a la Administración local. A través de la **Ley reguladora de las Bases de Régimen Local (7/1985)** se reconocía la necesidad de definir desde el Estado el alcance de la autonomía que se reconoce a las entidades locales. En el capítulo tercero, el de las competencias, queda establecido en el artículo 25 que el municipio para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal. Ejerciendo, en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en materias como la prestación de los Servicios Sociales y de promoción y reinserción social, actividades o instalaciones culturales y deportivas; ocupación del tiempo libre.

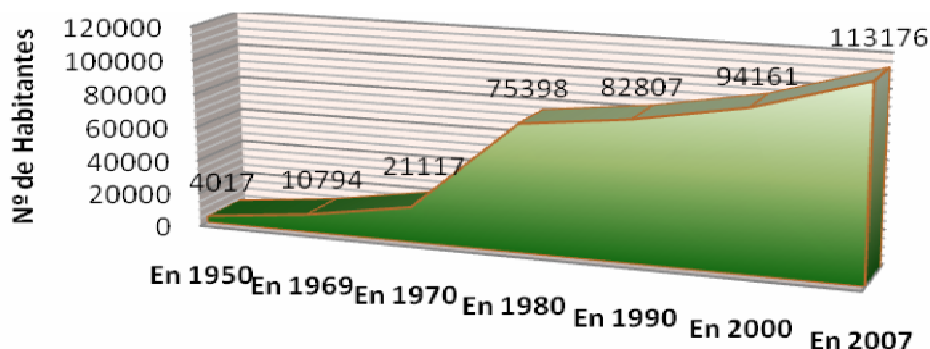
En su artículo 26, por ser Torrejón municipio de más de 20.000 habitantes deberá prestar los servicios de protección civil, prestación de Servicios Sociales, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público. Todas estas competencias fueron modificadas mediante la **ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local** quedando materias como la prestación de Servicios Sociales reducidas a la evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social. Esta Ley, aun en vigor, no ha sido implementada por problemas de encaje con la financiación autonómica.

3. TORREJÓN DE ARDOZ Y SUS ANTECEDENTES DE ACTUACIÓN EN ADICCIONES:

Torrejón de Ardoz, es una ciudad con una extensión de 32,49 kilómetros cuadrados. Delimita al norte con el término municipal de Ajalvir, al noroeste con el de Paracuellos del Jarama, al oeste con el de San Fernando de Henares y al este con el de Alcalá de Henares. Situado al noreste de la Comunidad de Madrid, con sus casi 130.000 habitantes supone una de las diez ciudades más importantes demográficamente hablando de la Comunidad de Madrid. Perteneciente al área metropolitana de la ciudad de Madrid, está lejos del modelo ciudad dormitorio de antaño. La cara actual del municipio es la de núcleo urbano y moderno, con sus habitantes enraizados en la vida social y cultural del mismo.

La población de Torrejón de Ardoz era 35 veces más numerosa en 2019 que en 1950. Este aumento de población en 70 años supone un continuo esfuerzo, difícil de sobrellevar con éxito en todos los frentes de necesidades abiertos, para absorber a una población cambiante y creciente que además ha tenido que incorporar, por causas diversas, sectores de población vulnerable.

GRAFICA 1: Evolución de la población de Torrejón de Ardoz en las últimas décadas



Echando la vista atrás, con el objetivo de entender mejor la evolución y proceso de crecimiento de nuestra ciudad, se puede hablar de que hasta 1950 se caracteriza por un lento crecimiento de la población, la agricultura como medio de vida, una estructura social tradicional, un bajo nivel de inmigración, temporeros de zonas colindantes para colaborar en las tareas del campo donde la vida transcurría con el devenir de lo cotidiano. De 1950 a 1980 comienza un crecimiento vertiginoso; sobre todo a partir de 1955 con la construcción de la Base Aérea. En la década de los 60 continúa el proceso de industrialización y la faz de un pueblo agrícola va cambiando por la de una ciudad que cada vez genera más infraestructura sobre todo en la construcción y en el sector servicios que a su vez, y junto con el *baby boom*, motiva un **espectacular incremento de población en la década de los 70 cuadruplicándose casi la población**, hecho demográfico sin parangón en la historia del municipio, no habiéndose repetido tasas tan elevadas desde entonces. La crisis económica de los años 80 redujo el flujo migratorio, pero entre 1985 y 1990 el municipio vuelve a experimentar un nuevo aumento de su población debido a la llegada de nueva población joven, procedente de diferentes municipios colindantes, pero también de otras zonas de España y otros países, atraída por el precio del suelo y la creación de nuevas viviendas. A partir de los 90 se hace más intenso el flujo migratorio de personas de otros países experimentando una tasa de incremento relativa de población extranjera por cada 1000 habitantes de un 569 % hace dos décadas (1999-2009) reduciéndose el indicador interanual desde el 2010 un -26,32% en la década de 2019 respecto a 2009.

Tabla 1 Extranjeros empadronados por 1000 habitantes en Torrejón de Ardoz y en la Comunidad de Madrid

Año	1998	2000	2001	2003	2005	2006	2008	2009	2010	2012	2014	2016	2018
Dato Torrejón	34,50	59,52	68,56	115,83	153,07	173,53	203,43	210,24	201,43	207,39	185,64	166,86	154,89
Incremento año%		+89,5	+15,2	+38,7	+10,3	+13,3	+9,2	+3,35	-4,2 %	2,96 %	-10,48%	-10,13%	-7,175
Dato CM	28,91	54,34	67,96	103,89	129,75	132,15	160,31	166,56	167,21	156,2	136,3	122,56	125,63

Elaboración propia de Fuente: Instituto de estadística de la Comunidad de Madrid. ALMUDENA

El crecimiento demográfico intenso en un término municipal de poca extensión geográfica se plasma en densidades de población muy elevadas respecto de la media de la Comunidad de Madrid y de las ciudades de la corona metropolitana este (Corredor del Henares) crecimiento que nos llevara a más de 4000 habitantes por kilómetro cuadrado.

Tabla 2: Densidad de población. Evolución nº habitantes por Km² en Torrejón de Ardoz y Comunidad de Madrid

Año	1998	2000	2001	2003	2005	2006	2008	2009	2010	2012	2014	2016	2018
Dato Torrejón	2797	2888	3099	3274	3358	3439	3572	3624	3656	3857	3905	3908	3993
Incremento anual %	+2,68	+3,25	+7,3	+5,65	+2,56	+2,41	+2,91	+1,45	+0,88	+5,49	+1,24	+0,07	+2,17
Dato CM	631	648	688	722	742	748	781	795	803	810,1	804,6	806,1	820

Elaboración propia de Fuente: Instituto de estadística de la Comunidad de Madrid. ALMUDENA

Repasando la estructura de edades, la población de Torrejón de Ardoz tiene un grado de juventud superior a la estructura de edades media de la Comunidad de Madrid.

Tabla 3: Estructura de edades. Evolución del % sobre el total de la población de menos de 25 años de Torrejón de Ardoz y la Comunidad de Madrid.

Año	1998	2000	2001	2003	2005	2006	2008	2009	2010	2012	2014	2016	2018
Dato Torrejón	37,2	35,6	34,2	32	30,2	29,6	28,4	28	27,6	26,9	26,56	26,68	26,7
Dato CM	31,2	29,3	28,6	27,4	26,6	26,3	25,75	25,69	25,57	25,27	25,14	25,17	25,18

Elaboración propia de Fuente: Instituto de estadística de la Comunidad de Madrid. ALMUDENA

En cuanto a la situación sanitaria, el informe del estado de salud de la población madrileña del 2016, reconociendo la importante variación demográfica de la población madrileña y a la vista de la información recopilada pueden establecerse dos recomendaciones prioritarias: el desarrollo de programas de actuación que promuevan el **ejercicio físico** en jóvenes, especialmente mujeres, tomando en consideración la discriminación social de género al respecto, y el desarrollo de **programas específicos dirigidos a la prevención de embarazos no deseados**, especialmente en colectivos de mujeres no españolas. Todo ello sin detrimento de la **actuación preventiva necesaria dirigida al uso entre los jóvenes de drogas, legales e ilegales u otras conductas adictivas**, y de la promoción de una alimentación saludable.

3.1 Antecedentes de la actuación en materia de adicciones en el municipio:

La intervención en materia de drogodependencias del Ayuntamiento de Torrejón se inicia en 1986. En un primer momento se ubicó en el edificio de Servicios Sociales en la Plaza Mayor. El espacio disponible era muy reducido y la intervención se posibilitó en horario de tarde. Siendo ésta orientada exclusivamente hacia la abstinencia a través de los programas libres de drogas. Dicha intervención se fue ampliando y complementando con la introducción de los Programas de Mantenimiento con Metadona, incorporando estrategias menos exigentes que permitieron a más usuarios de drogas aumentar la calidad de vida e iniciar un proceso de mejora bio-psico-social de más largo recorrido. En un principio, en dicho programa, el número de plazas era muy limitado y criterios de inclusión muy estrictos, tal y como se dictaba desde el organismo competente de la Comunidad de Madrid.

Al comienzo de los años noventa el motivo del incremento del número de pacientes en el Centro de Atención Integral a Drogodependencias (en adelante CAID) fue la desarticulación de la red de distribución de drogas en un barrio de la ciudad que provocó un sensible aumento de la demanda de atención en el recurso. El aumento de esta demanda, la incorporación de criterios de inclusión sociales (hasta ese momento era principalmente médicos) y el interés de atender a la población sin generar lista de espera, supuso duplicar el número de pacientes. Posteriormente, la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid asumió como propios el incremento y variedad de criterios de inclusión en programas de mantenimiento de Metadona. En esa línea pionera que empieza a liderar el CAID de Torrejón fue la apuesta por trabajar de una manera no discriminatoria, eficaz y eficiente entre población drogodependiente en tratamiento, independientemente del programa concreto a través del que estuviera siendo atendido.

Con esta filosofía de integración, se diseñan una serie de actuaciones conjuntas que desembocan por ejemplo en la puesta en marcha de un taller de encuadernación donde participaban usuarios del CAID, miembros de la tercera edad y pacientes de salud mental. Es en 1996 cuando se pone en marcha el Programa de Reducción de Daños como tal, si bien desde el recurso se habían incorporado al tratamiento actuaciones de este tipo pero sin constituir un programa. Las competencias en materia de drogodependencias en la ciudad han estado siempre vinculadas a las concejalías de Sanidad y Servicios Sociales (actualmente Bienestar e Inmigración) o bien al Consejo de Bienestar Social durante la época en que la corporación municipal se organizó en Patronatos. Este hecho hace que la coordinación entre Servicios Sociales y los recursos de drogodependencias haya existido desde el origen de este. No es hasta la puesta en marcha del área de prevención cuando se inician las coordinaciones con el resto de áreas (deportes, juventud, educación...)

Como se puede ver, a lo largo de éstas líneas, la actuación del CAID de Torrejón está orientada principalmente a las drogodependencias. Es a partir del año 2007 cuando por propio interés y a propuesta de la Agencia Antidroga se empiezan a desarrollar actuaciones en materia de prevención no vinculadas a sustancias, empezándose a trabajar la prevención de otras adicciones en los espacios escolares. En 2009 desde el Área de Prevención del CAID se pone en marcha el programa de prevención escolar por un uso razonable de las nuevas tecnologías, *des-moviliza 2* al que acompañaba una investigación aplicada para conocer la realidad que resultó premiada en la X edición de los premios a la investigación en prevención de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. También en 2007 se produce otro hito trascendente al tomarse la decisión de elaborar y poner en marcha el I Plan sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos del municipio de Torrejón de Ardoz (2008-2011) continuado por el II Plan (2012-2015) prorrogado para el periodo 2016-2019 que ha permitido mejorar las coordinaciones con otras áreas iniciadas dotándolas de unidad de objetivos en lo relativo a su incidencia en el Plan Municipal y constituyen los precedentes de este III Plan (2020-2023).

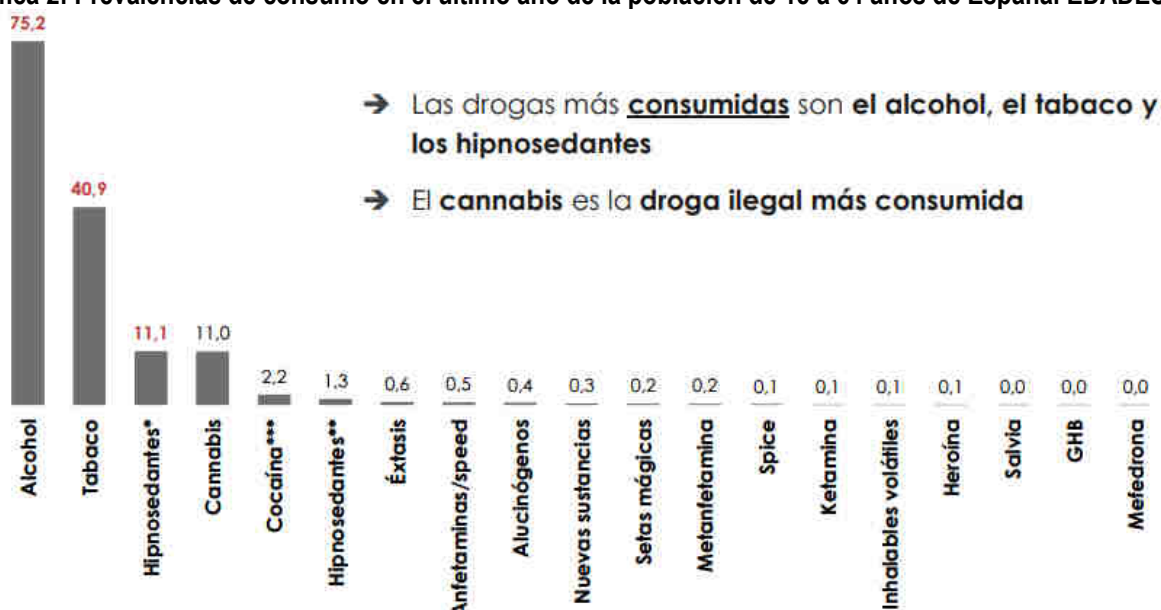
4. ANÁLISIS DE LA REALIDAD EN MATERIA DE ADICCIONES:

4.1 La situación en España:

España cuenta, además de con buenos sistemas de información, con una de las encuestas a población general de **mayor muestra** de Europa y con una de las **series históricas** más dilatadas al realizarse cada dos años, desde 1995 la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España o EDADES y, desde 1994, la Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria o ESTUDES. Los sistemas de información y las encuestas se recopilan en los informes anuales del OEDA (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones). Tomando como fuente el informe OEDA 2018, último del que se dispone de datos actualizados podemos extraer los rasgos generales más actualizado de consumo de sustancias adictivas en España. Por otro lado en 2019 se ha editado el informe sobre adicciones comportamentales que arroja luz sobre la realidad de las adicciones sin sustancia en nuestro Estado.

El informe OEDA 2018

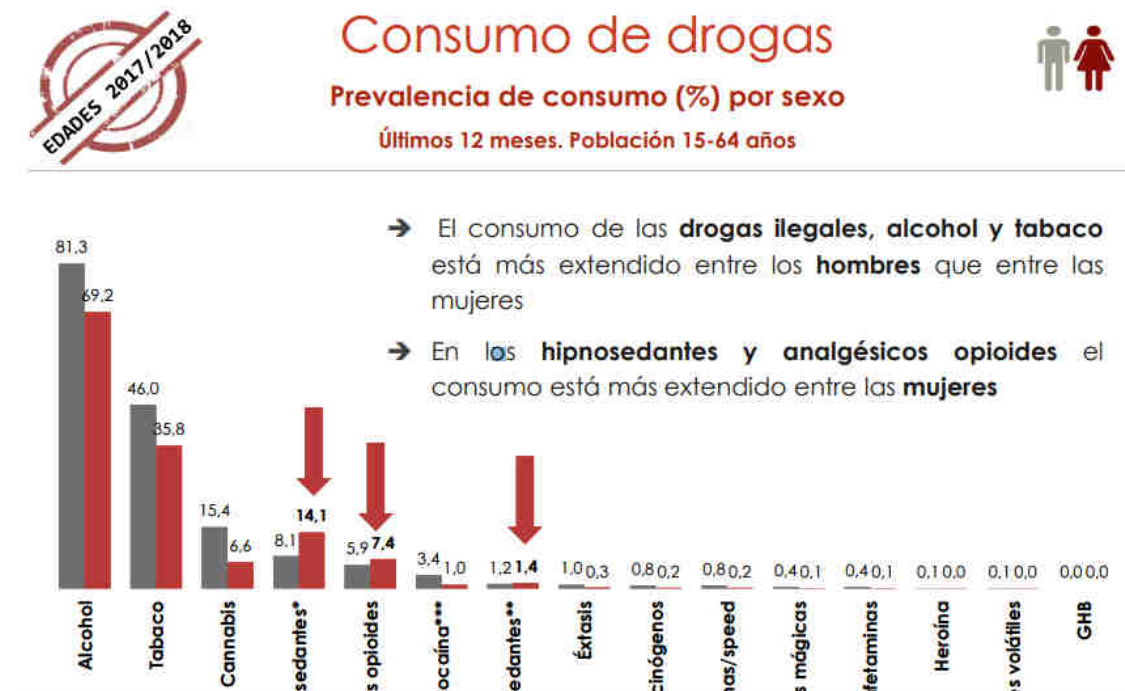
Gráfica 2: Prevalencias de consumo en el último año de la población de 15 a 64 años de España. EDADES 2018



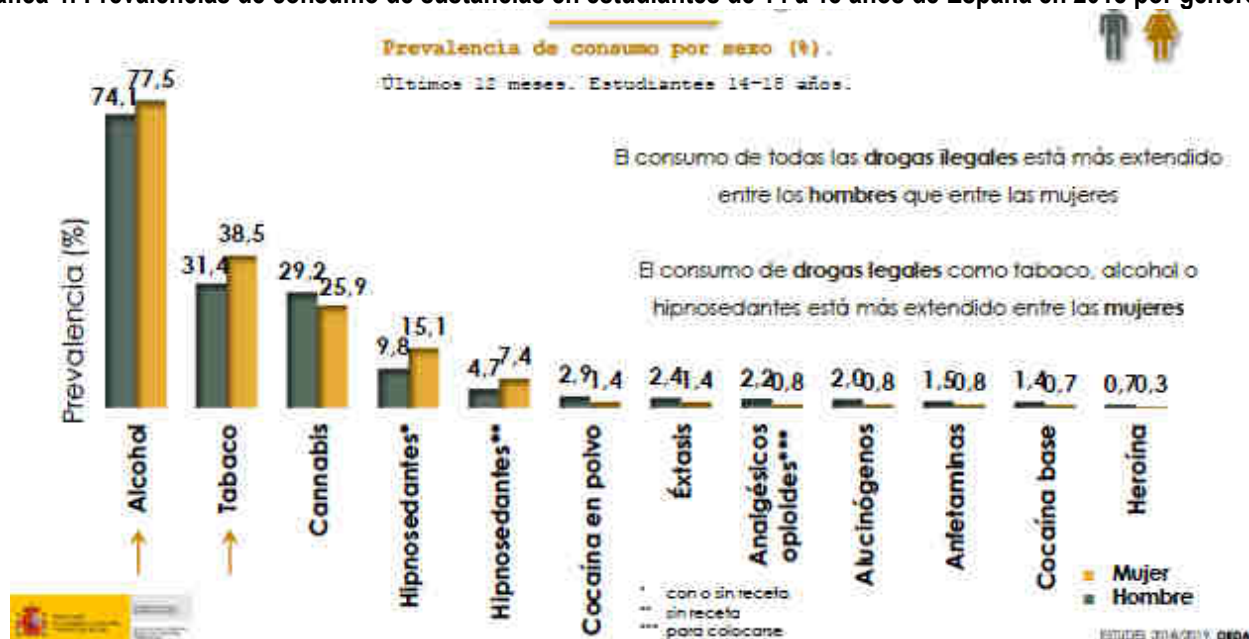
III PLAN LOCAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE LA CIUDAD DE TORREJÓN

Las cuatro sustancias con mayor porcentaje de consumo en el último año en ambos sexos son por este orden: alcohol, tabaco, tranquilizantes (con o sin receta) y cannabis. Les seguirían tranquilizantes sin receta y siendo significativamente más elevado el porcentaje de hombres que han consumido drogas ilegales, alcohol y tabaco y más elevado el porcentaje de mujeres que han consumido tranquilizantes, analgésicos opioides o hipnosedantes.

Gráfica 3: Prevalencias de consumo en el último año de la población de 15 a 64 años de España en 2018 por género.



Gráfica 4: Prevalencias de consumo de sustancias en estudiantes de 14 a 18 años de España en 2018 por género.

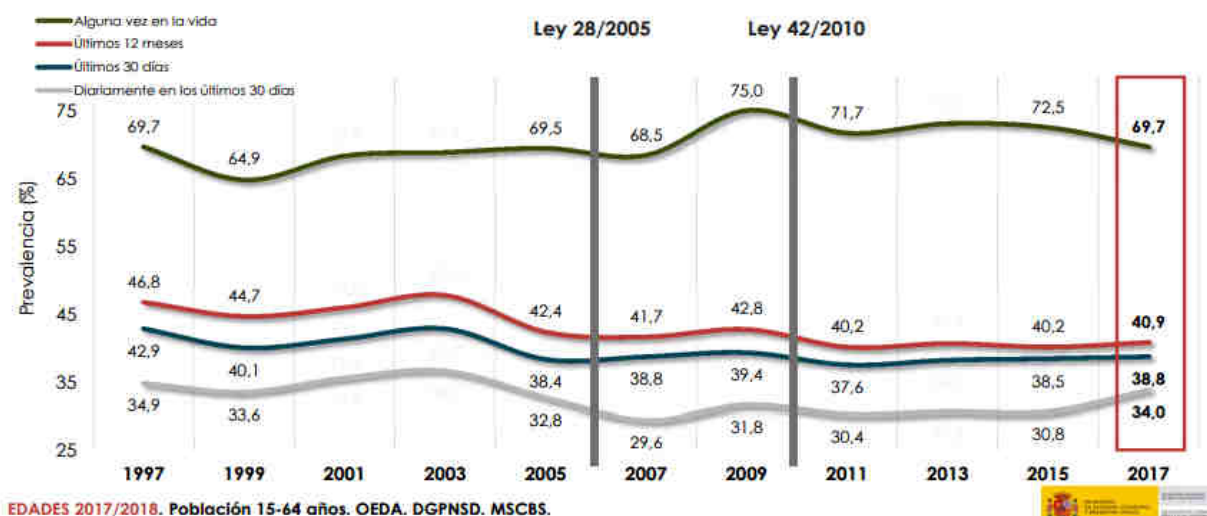


Sin embargo, los datos ESTUDES 2018 para jóvenes de 14 a 18 años del Estado muestran que el alcohol, por magnitud, es la principal sustancia de uso, mientras que la principal droga ilegal de consumo es el cannabis.

Consumo de tabaco:

A pesar de las “leyes antitabaco” : Leyes 28/2005 y 42/2010, el consumo de tabaco alguna vez en la vida en 2017 permanece al mismo nivel que en 1997 dado que en ambos años la población de 15 a 64 años que ha fumado alguna vez en su vida se cifra en el 69,7 % si ha descendido levemente el consumo en el ultimo año o en el último mes con la aplicación de las leyes aunque no es significativo el descenso de los fumadores que fuman a diario en el último mes en estos 20 años habiéndose incrementado en la última edades de 2017 desde la aplicación de las leyes. Uno de cada 3 fumadores ni siquiera se plantea dejar de fumar.

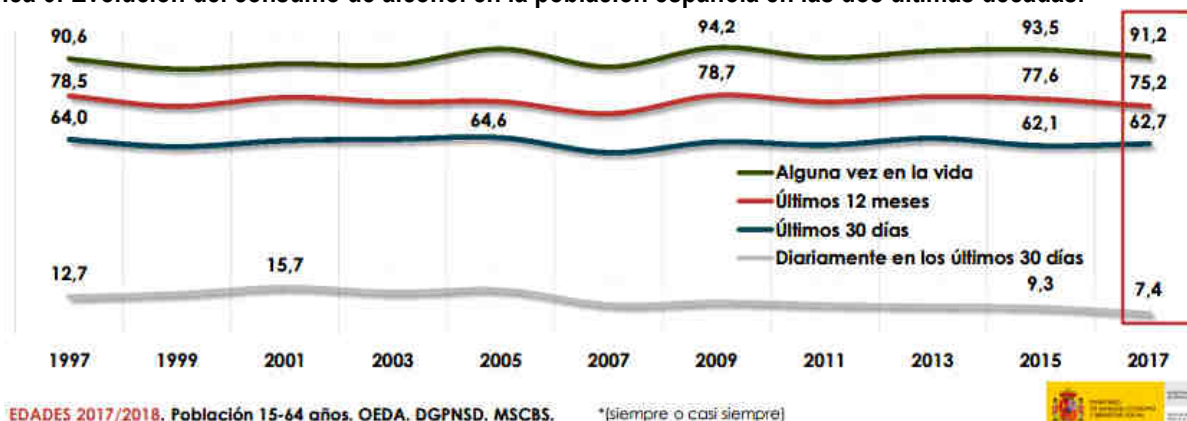
Gráfica 5: Evolución del uso de tabaco en España en las últimas dos décadas.



Consumo de alcohol

En los rangos de edad de 15 a 64 años los consumos de alcohol permanecen estables en valores muy altos. La bebida reina es la cerveza consumida por el 48,2 % de bebedores.

Gráfica 6: Evolución del consumo de alcohol en la población española en las dos últimas décadas.

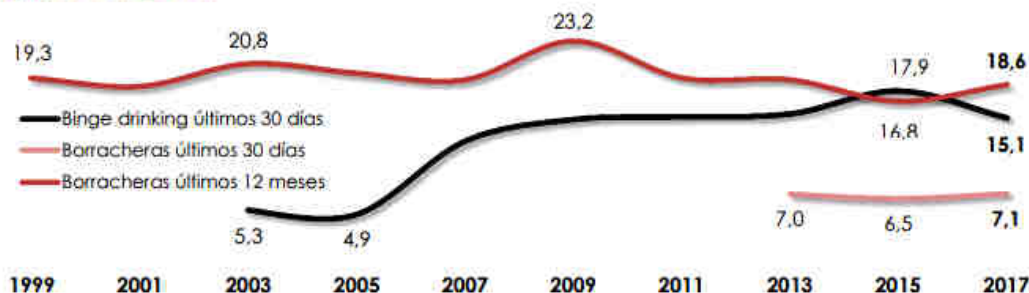


Se mantiene el consumo intensivo y de riesgo siendo mas elevado en particular entre los más jóvenes.

III PLAN LOCAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE LA CIUDAD DE TORREJÓN

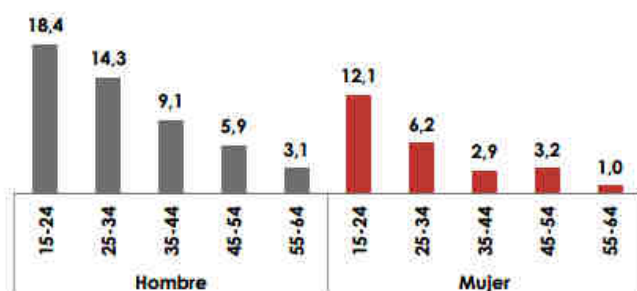
Gráfica 7: Evolución del consumo de alcohol de alta intensidad en España (1999-2017).

Prevalencia consumos intensivos



Prevalencia borracheras

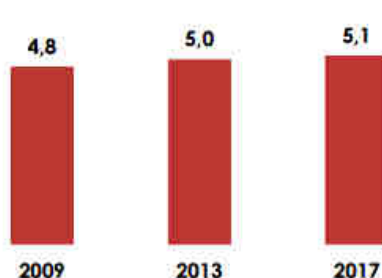
Últimos 30 días



EDADES 2017/2018. Población 15-64 años. OEDA. DGPNSD. MSCBS.

Consumo de riesgo de alcohol (AUDIT*≥8)

Porcentaje calculado entre toda la población de 15-64 años.



*AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test



Gráfica 8: Evolución consumo de alcohol entre escolares (14-18 años) de España de 1994 a 2018.

Perfil consumidores

14-18 años, últimos 30 días

- Sexo: 52,3% mujeres
- Pellar: 33,2% (24,4% total estudiantes)
- Padres les permiten beber: 80,4% (37,5% total estudiantes)
- Cuando salen regresan a las 3 a.m./+ tarde: 52,9% (37,6% total estudiantes)
- Consumo drogas ilegales últimos 12 meses: 42,7% (28,4% total estudiantes)

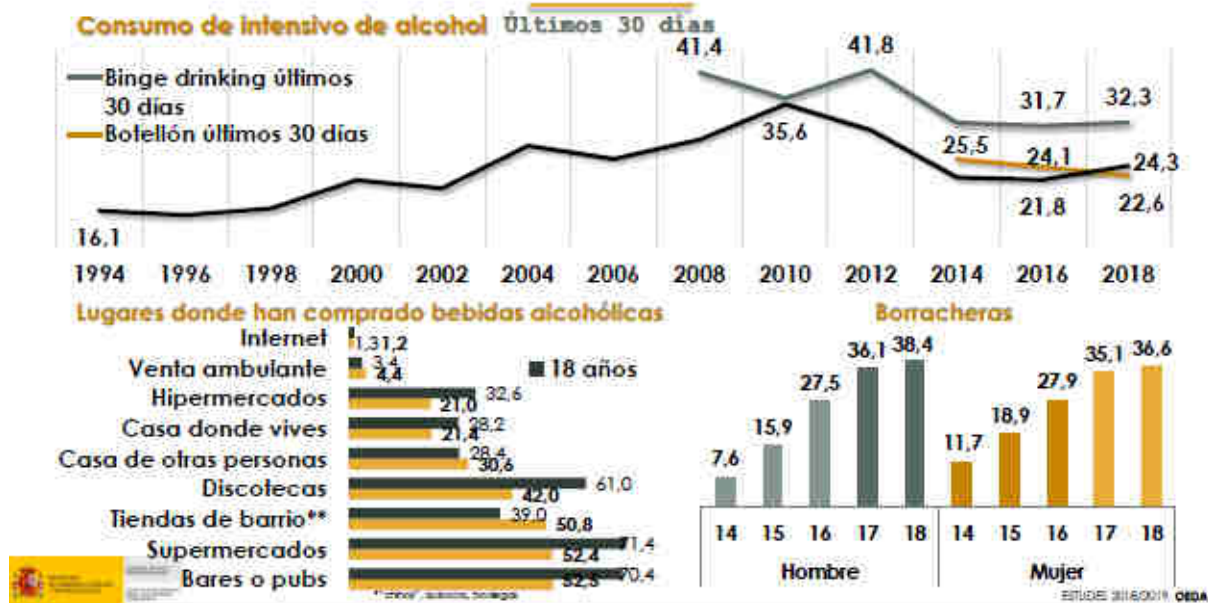


ESTUDES 2018/2019. OEDA

En la encuesta ESTUDES 2018 en escolares (14 a 18 años) las chicas consolidan su posición, son más bebedoras en el último año y en el último mes que los chicos. Pero son los consumos intensivos de alcohol, la forma de consumo, el principal problema de salud, sobre todo entre las chicas más jóvenes, hasta 16 años y todos los del grupo de 17 a 18 años:

III PLAN LOCAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE LA CIUDAD DE TORREJON

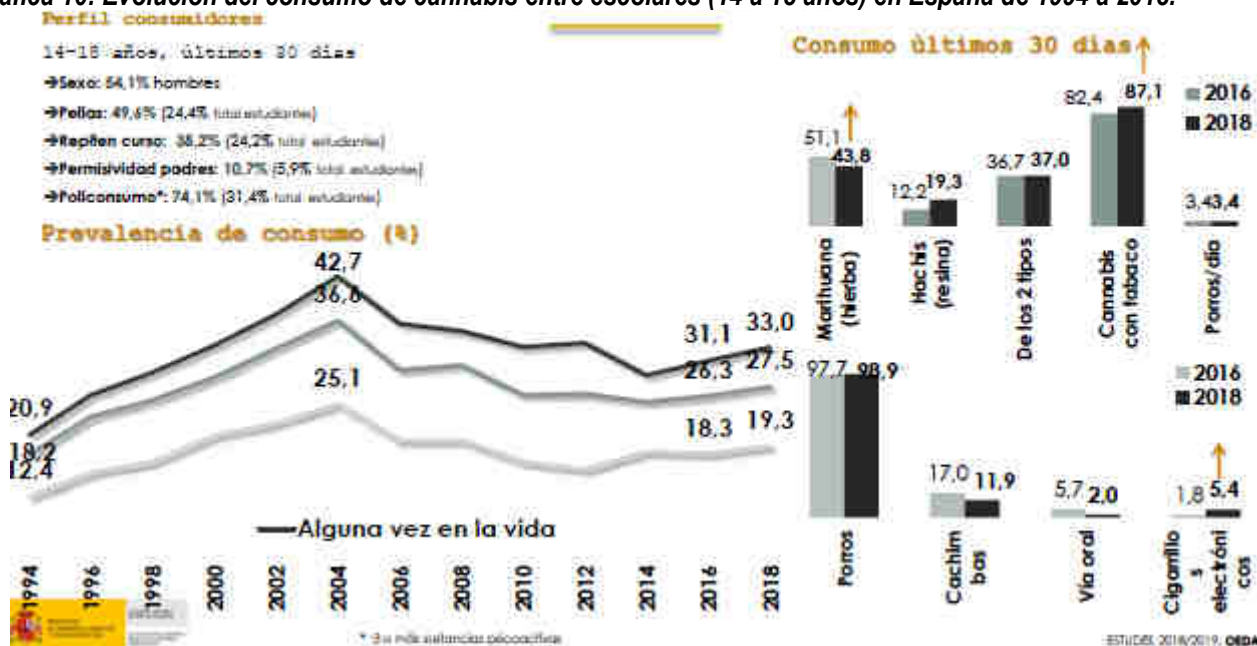
Gráfica 9: Evolución uso intensivo de alcohol durante el último mes en escolares (14-18 años) de España.



Se define el **binge drinking** como la ingesta de 5 o más bebidas alcohólicas en hombres (4 en caso de mujeres) en la misma ocasión y en un plazo de 2 horas. Es una manera de evaluar el fenómeno del consumo excesivo durante los momentos de Ocio de fin de semana conocido popularmente como “**botellón**”.

- a) El cánnabis continúa siendo la droga ilegal más consumida de 15 a 64 años permaneciendo relativamente estable la evolución de su consumo aunque se ha roto la tendencia de descenso del consumo experimental, el problema continúa siendo el consumidor problemático de cannabis, sobre todo en edades tempranas de 14 a 18 años.

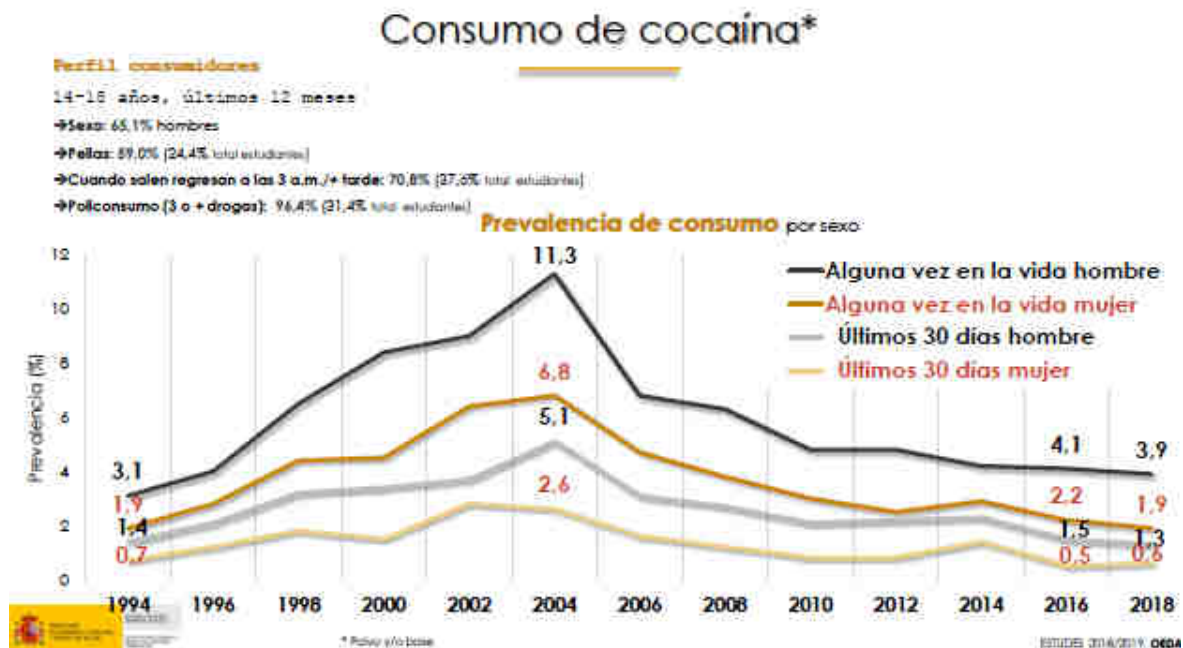
Gráfica 10: Evolución del consumo de cannabis entre escolares (14 a 18 años) en España de 1994 a 2018.



- b) Durante una década 1995-2005 se incrementó el uso de cocaína. Se muestra una estabilización aunque la cocaína era la segunda droga ilegal más consumida y se puso en marcha el PAC (Programa de Actuación frente Cocaína) 2007-2010. La encuesta ESTUDES 2018 muestra su descenso del uso entre los jóvenes durante los últimos 15 años.

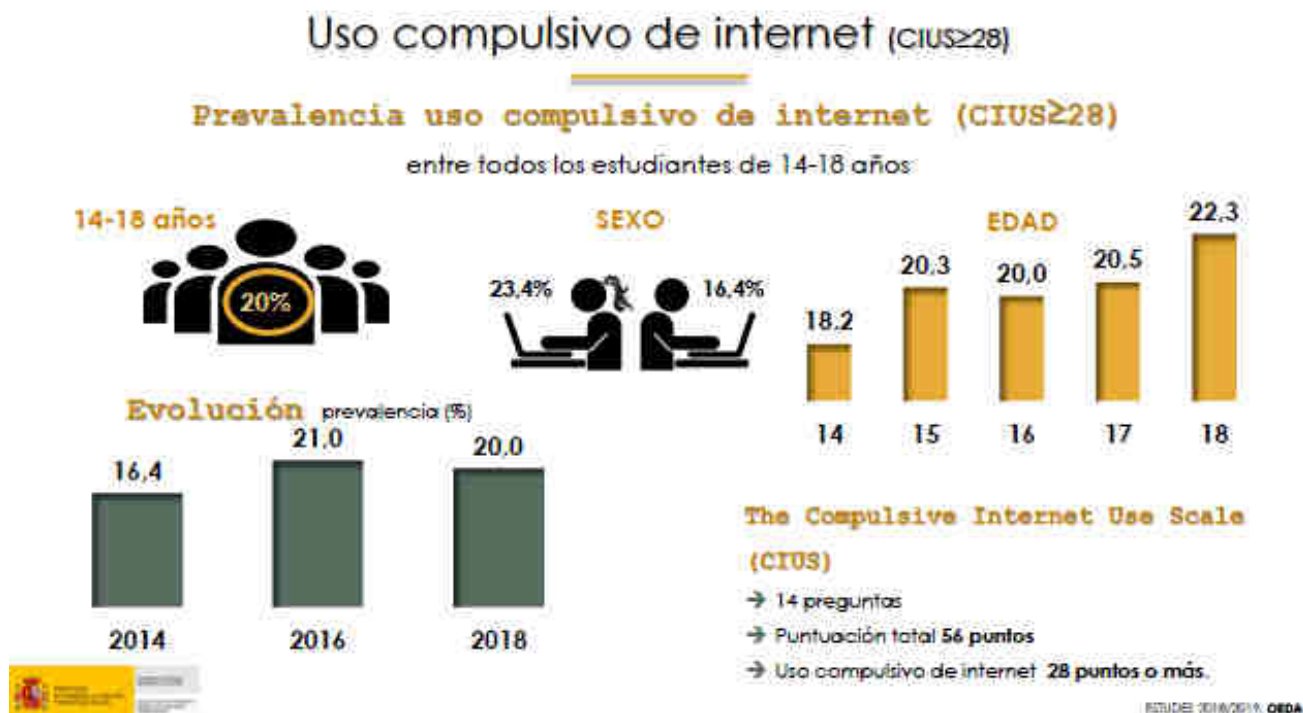
III PLAN LOCAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE LA CIUDAD DE TORREJON

Grafica 11: Evolución del uso de cocaína entre menores (14 a 18 años) españoles 1994-2018.



- c) Por primera vez se han de considerar las adicciones comportamentales o sin sustancia, comportamientos como jugar dinero o el uso compulsivo de las TIC... La encuesta ESTUDES 2018 muestra los siguientes datos para escolares de 14 a 18 años en España.

Grafica 12: Adicciones comportamentales (Internet o Jugar dinero ON-LINE) en jóvenes de 14 a 18 años de España



Jugar dinero

Prevalencia jugar dinero online

(total de estudiantes 14-18 años en el último año)



Prevalencia jugar dinero presencial

(total de estudiantes 14-18 años en el último año)



ESTUDIO 2014/2015 CEDA

Se ha hablado muchas veces de los “nativos digitales” (Prensky, 2010), para expresar la capacidad de adolescentes y jóvenes nacidos en la era tecnológica para adoptar tempranamente todas las innovaciones. Pero este concepto supone asumir que chicos y chicas poseen cualidades cuasi innatas para la tecnología, restando valor a los complejos procesos en la gestión y aprendizaje digital en un contexto tan exigente. Parece más conveniente, por el contrario, situarlos en el marco un contexto *tecnocultural* es decir, que se necesita un proceso de aprendizaje en este caso de una “socialización digital”, cuyo resultado puede dirimir la mejor o peor adaptación y uso de las tecnologías.

El aprendizaje tecnológico no deviene específicamente de una sola fuente. El desempeño en las TIC y en la red no es fruto de normas y reglas aprehendidas según los métodos de la enseñanza formal o de las instrucciones y recomendaciones de progenitores. Tampoco parece normalizado, ni reglado; ni muy sujeto a controles o filtros. El informe demuestra que existe un alto nivel de aprendizaje, que se alimenta de diferentes fuentes, pero que está muy sujeto a la experimentación y práctica personal.

Pero estas habilidades más instrumentales no implican que los y las adolescentes sepan controlarse o manejarse correctamente en la red: controlar el tiempo que se le dedica, distinguir las informaciones falsas de las veraces, entender la importancia de reflexionar sobre las posibles consecuencias de cada uno de los usos que realizan en internet, sobre el derecho de acceso a la información, la protección de datos y los de autoría, etc. Parecen ser tan necesarias como conocer los riesgos, y los mismos adolescentes lo reclaman, metodologías de enseñanza coherentes con sus formas de aprender que partan de sus propias experiencias. Respecto al juego patológico se precisa dar inicio a medidas desde lo local.

4.2 Situación de la ciudad de Torrejón:

La puesta en marcha del I Plan Municipal 2007-2011 supuso en la práctica contar por vez primera con una serie de datos específicos de la ciudad de Torrejón. Uno de sus resultados fue la puesta en marcha del OLA (Observatorio Local de Adicciones) que además de estudios anuales locales monográficos y el seguimiento de indicadores del plan ha realizado

dos mediciones en población de jóvenes en situación de dificultad social en 2009 y 2018, escogiéndose a este tipo de joven como población centinela sobre la que evaluar la evolución de las conductas adictivas en el municipio en el futuro.

Otra fuente de datos las proporcionan los programas de prevención escolares propios que en sus cuestionarios previos incorporan una serie de preguntas de prevalencia de consumo (de alcohol o cannabis) o de comportamientos adictivos (TIC, juego con dinero...) y que proporcionan información sobre cohortes de menores de la ciudad con los que medir su evolución en el tiempo.

En el OLA X se señala que uno de los objetivos de la prevención es el de retardar la edad de inicio en el consumo dada la correlación existente entre la adicción adulta y una menor edad de inicio. En esta década se produce un incremento en las edades de inicio de las principales drogas. Sólo se reduce levemente la edad de inicio en las bebidas destiladas (cubalibres) y en el caso de la ketamina, aunque los datos de esta sustancia, tres años de descenso de edad de inicio, se refieren a pocos casos por lo que su fiabilidad hay que observarla con cierta precaución. 2 personas consumieron heroína en 2018 (en 2009 ninguna). Los datos de evolución de las edades de inicio son muy positivos.

Tabla 2: Evolución (2009-2018) de las edades de inicio a las principales sustancias de abuso en <25 años en riesgo social de la ciudad de Torrejón

	edad inicio tabaco	edad inicio cerveza	edad inicio cubata	edad inicio cannabis	edad inicio éxtasis	edad inicio cocaína	edad inicio cristal	edad inicio alucin	edad éxtasis líquido	edad inicio ketamina	inicio meth, speed	edad inicio en heroína
Media 2009	12,947	13,715	14,187	14,035	15,708	15,833	16,804	16,863	17,111	20,333	16,500	
Desv. típica	2,1660	2,4597	1,8032	1,88001	1,4589	1,9495	1,9521	1,83343	1,3642	1,96638	2,3042	
Media 2018	13,674	14,240	14,153	14,710	18,083	17,393	16,919	17,428	18	17,5	17,206	17,5
Desv. típica	1,8060	2,0702	1,3886	1,65868	2,1933	2,3709	2,0509	2,44050	0	1,37840	1,93426	,70711

4.2.1 Consumo de tabaco en la ciudad de Torrejón

El consumo experimental de tabaco apenas ha variado en la década a pesar de la legislación anti-tabaco en menores un 86 % de los jóvenes <25 en riesgo social de la ciudad de Torrejón de Ardoz ha fumado alguna vez en la vida tabaco en 2018 siendo la media de edad de la primera vez a los 13,67 años. En 2009 eran un 86,3% que fumaron por primera vez a los 12,94 años.

Si se producen avances positivos tanto en la continuidad hacia el consumo recreativo como al habitual o crónico aunque 2 de cada 3, un 66,5%, de los jóvenes <25 en riesgo social de la ciudad de Torrejón de Ardoz ha consumido en el último mes tabaco en 2018 y un 63,1% en la última semana (en 2009 era un 79,7% y un 77,8% respectivamente). No hay diferencias significativas en las frecuencias de consumo semanal donde 4 de cada 5 consumen a diario, varias veces tabaco tanto en 2009 como en 2018.

4.2.2 Consumo de alcohol en la ciudad de Torrejón

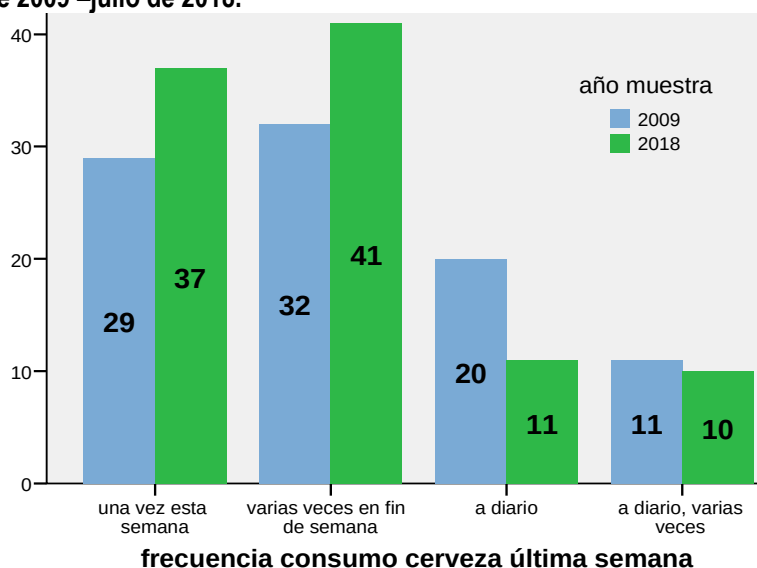
Alcohol fermentado: cerveza

El consumo experimental de cerveza entre jóvenes <25 en riesgo social de la ciudad de Torrejón de Ardoz ha descendido en el periodo. Un 79 % ha consumido cerveza alguna vez en la vida en 2018 siendo la primera vez a los 14,24 años de media. En 2009 eran un 85 % que se iniciaron a los 13,71 años de media.

Se producen avances positivos tanto en la continuidad hacia el consumo recreativo como al habitual o crónico de cerveza en la década. En 2018, un 61,5 % de jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón consume cerveza en el último mes y un 49,5 % la última semana; en 2009 fueron un 73,2% y un 60,1% respectivamente.

El descenso en ambos indicadores alcanza relevancia estadística ($p < 0,05$). No hay diferencias significativas en las frecuencias de consumo semanal de cerveza aunque se observa un incremento en la década de los que beben cerveza una vez a la semana o varias veces en el fin de semana descendiendo quienes beben a diario o a diario varias veces.

Grafica 13: Evolución de la frecuencia de consumo de cerveza en la última semana en jóvenes en riesgo social <25 años de Torrejón julio de 2009 –julio de 2018.



Alcohol destilado: cubalibres

El consumo experimental de cubalibres entre jóvenes <25 en riesgo social de la ciudad de Torrejón de Ardoz ha aumentado significativamente en el periodo 2009-2018 ($p < 0,01$). Un 94,5% ha bebido cubalibres alguna vez en la vida en 2018 siendo la primera vez a los 14,15 años de media. En 2009 eran un 80,4 % que se iniciaron a los 14,18 años de media.

El mismo incremento se detecta con el consumo recreativo de cubalibres que aumenta significativamente en el periodo 2009-2018 su consumo en el último mes ($p < 0,01$). En 2018, un 87% de jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón consume cubalibres en el último mes, un 73,2 % se cifraba en 2009. No ocurre lo mismo con el consumo habitual o consumo de cubalibres durante la última semana, donde se produce un descenso estadísticamente significativo en la década dado que en 2018 un 55% de jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón consume cubalibres la última semana mientras que en 2009 eran dos de cada tres, el 66,7%. ($p < 0,01$).

Observando las frecuencias de consumo de los que beben cubalibres la última semana el valor modal es varias veces durante el fin de semana, dos de cada tres jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón tienen invariablemente esta frecuencia de consumo de cubalibres en la década (65,5% en 2018 y 66,7% en 2009). Desciende la frecuencia de consumo habitual de cubalibres en el periodo: un 5,4 % son bebedores diarios de cubalibres en 2018 mientras que en 2009 alcanzaban el 15,7%.

En resumen, desciende el consumo de cerveza y aumenta su edad de inicio. En el otro polo el consumo de cubalibres experimental y recreativo aumenta, aunque desciende el habitual, descendiendo levemente la edad de inicio influenciado por la moda del binge drinking como forma de Ocio de los jóvenes españoles. **El alcohol es la principal sustancia de abuso.**

4.2.3 Consumo de cannabis en la ciudad de Torrejón

El consumo experimental de cannabis aumenta en la década en jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón, de una cifra alta en 2009, **el 73,9 %, se ha pasado al 79,5 % en 2018** aunque no alcanza relevancia estadística. Por otro lado ha aumentado la edad de inicio en el uso de cannabis en la década pasando de 14,03 años en 2009 a 14,71 años en 2018.

El consumo recreativo parece no variar; en el indicador consumo en el último mes tres de cada cinco jóvenes usan cannabis, siendo en la década la primera sustancia ilegal de consumo, 60,8 % fuman cannabis en el último mes en 2009 y un 60,5 % en 2018.

Parece descender el consumo habitual medido en el indicador de consumo en la última semana puesto que en 2009 un 56,9 % de jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón había consumido cannabis descendiendo al 49 % en la muestra de 2018. No ocurre así con **la frecuencia de consumo que permanece invariable en ambas muestras en algo menos del 70 %** entre los consumidores y las consumidoras que consumen cannabis *a diario varias veces al día*.

En resumen, comparado con el conjunto de la población de jóvenes de la ciudad o con los de la Comunidad o el Estado, los jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón tienen un elevado consumo de cannabis (experimental, recreativo o habitual) aunque ha aumentado la edad de inicio en la década 2009-2018 y descendido levemente el consumo habitual / problemático.

4.2.4 Consumo de cocaína

El consumo experimental de cocaína en jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón desciende significativamente en la década ($p<0,01$); en 2009 un 27,5 % de jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón había consumido cocaína alguna vez en su vida porcentaje que desciende hasta el 16,5% en 2018.

Más importante aún es el retraso en año y medio de la edad de inicio en el uso de cocaína experimentado en la década, en 2009 la media de edad del primer uso de cocaína era a los 15,83 años evolucionando en la década hasta situarse en 17,39 años de media en 2018. El consumo recreativo de cocaína también sufre un descenso significativo ($p<0,05$), reduciéndose a la mitad el consumo de cocaína en el último mes pasando del 13,1 % de jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón que consumían cocaína en el último mes en 2009 a un 6,5 % en la actualidad; o sea en la muestra 2018.

Más acusado aún es el descenso del consumo habitual de cocaína en jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón siendo estadísticamente significativo ($p<0,01$). En 2009 un 11,8% de jóvenes <25 en riesgo social de Torrejón había usado cocaína la última semana, en 2018 sólo son un 1,5 % (3 casos en 2018 que hace poco fiable la comparación de frecuencias de uso semanal de cocaína).

Tabla 3: Evolución del uso de cocaína en jóvenes en riesgo social <25 años Torrejón (2009–18)

* (p<0,01) ** (p<0,05)			2009	2018
Consumo de cocaína alguna vez vida	si	% año muestra	27,5%	*16,5%
Consumo de cocaína en el último mes	si	% año muestra	13,1%	**6,5%
Consumo de cocaína la última semana	si	% año muestra	11,8%	*1,5%
Edad media de inicio en uso de cocaína	si	% año muestra	15,83 años	17,39 años

En la década, el uso de cocaína en jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón, ha descendido significativamente aumentando sensiblemente la media de edad de inicio. En el proceso ha sido desbancada por otro estimulante como segunda droga ilegal, el cristal.

4.2.5 Consumo de cristal

El consumo experimental de éxtasis cristalizado o cristal se ha incrementado en la década aunque no es estadísticamente significativo. Si lo es en el caso del consumo recreativo, consumo en el último mes, donde el incremento es estadísticamente significativo (p<0,05) duplicándose en la década (del 8,5 % de 2009 se ha pasado al 17,5% en 2018). El consumo abusivo apenas sufre modificación en el periodo. En volumen, el cristal se convierte en la segunda droga ilegal más consumida tras el cannabis en jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón.

Tabla 4: Evolución uso de cristal en jóvenes en riesgo social <25 años de Torrejón (2009–18).

* (p<0,01) ** (p<0,05)			2009	2018
Consumo de cristal alguna vez vida	si	% año muestra	26,8%	32%
Consumo de cristal en el último mes	si	% año muestra	8,5%	**17,5%
Consumo de cristal la última semana	si	% año muestra	2,2%	6 %
Edad media de inicio en uso de cristal	si	% año muestra	16,8 años	16,92 años

4.2.6 Consumo de metaanfetamina (speed, meth)

El consumo experimental de metaanfetamina ha permanecido estable en el periodo entre jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón uno de cada siete aproximadamente consume metaanfetamina alguna vez en su vida en el periodo. En el lado positivo, se incrementa la edad media de inicio en su uso pasando de 16,5 años en 2009 a 17,2 años en 2018 y se reduce el consumo recreativo/abusivo. El escaso número de casos hace poco fiable la comparativa de frecuencias de uso en la última semana.

Tabla 5: Evolución uso de metaanfetamina en jóvenes en riesgo <25 años de Torrejón 2009–18.

			2009	2018
Consumo de meth alguna vez vida	si	% año muestra	14,4%	14,5%
Consumo de meth en el último mes	si	% año muestra	5,2%	2%
Consumo de meth la última semana	si	% año muestra	2,6%	0,5%
Edad media de inicio en uso de meth	si	% año muestra	16,5 años	17,2 años

4.2.7 Consumo de alucinógenos

El consumo experimental y recreativo de alucinógenos (setas, tripas...) ha descendido de modo estadísticamente significativo en la década. En 2009 un 14,4 % de jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón había consumido alguna vez en su vida alucinógenos pasando a ser el 7 % en 2018 (p<0,05). Ningún encuestado en 2018 había consumido alucinógenos el último mes (un 4,6 % en 2009) ni la última semana (un 3,9% en 2009). En el proceso la edad media de inicio en el consumo de alucinógenos se ha incrementando pasando de 16,86 años en 2009 a 17,43 años en 2018.

Tabla 6: Evolución uso de alucinógenos en jóvenes en riesgo <25 años de Torrejón 2009 –2018

* (p<0,01) ** (p<0,05)			2009	2018
Consumo alucinógeno alguna vez vida	si	% año muestra	14,4%	**7 %
Consumo alucinógeno en el último mes	si	% año muestra	4,6%	*0%
Consumo alucinógeno la última semana	si	% año muestra	3,9%	*0%
Edad media de inicio en uso alucinógeno	si	% año muestra	16,86 años	17,43 años

4.2.8 Consumo de éxtasis

El consumo experimental y recreativo de éxtasis ha descendido de modo estadísticamente significativo en la década. En 2009 un 15,7 % de jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón había consumido alguna vez en su vida éxtasis pasando a ser el 6 % en 2018 (p<0,01). El consumo recreativo o recurrente también desciende, un 9,2 % uso éxtasis en el último mes y un 5,9 % la última semana en 2009 descendiendo al 1,5 % y 0,5 % respectivamente en 2018. La edad media de inicio en el uso de éxtasis se ha incrementando pasando de 15,7 años en 2009 a 18,1 años en 2018.

Tabla 7: Evolución uso de éxtasis en jóvenes en riesgo <25 años de Torrejón 2009 –2018.

* (p<0,01) ** (p<0,05)			2009	2018
Consumo de éxtasis alguna vez vida	si	% año muestra	15,7%	*6 %
Consumo de éxtasis en el último mes	si	% año muestra	9,2%	*1,5%
Consumo de éxtasis la última semana	si	% año muestra	5,9%	*0,5%
Edad media de inicio en consumo éxtasis	si	% año muestra	15,7 años	18,1 años

El escaso número de consumidores la última semana hace inviable la comparativa de frecuencias de consumo en la última semana.

4.2.9 Consumo de éxtasis líquido (GHB)

El consumo experimental de éxtasis líquido desciende de modo estadísticamente significativo en la década. En 2009 un 5,9 % de jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón había usado alguna vez en su vida éxtasis líquido pasando a ser el 1 % en 2018 (p<0,01). No se detecta consumo recreativo (mensual o semanal) en ambos periodos. La edad media de inicio en el uso de éxtasis líquido se incrementa pasando de 17,1 años en 2009 a 18 años en 2018.

4.2.10 Consumo de ketamina

Aunque se trata de un consumo residual el de este anestésico veterinario, la ketamina, permanece estable en el periodo el consumo experimental en torno al 3 % de jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón había consumido ketamina alguna vez en su vida (3,9 % en 2009 y 3 % en 2018). En el último mes la habían consumido un 1,3 % en 2009 y un 0,5 % en 2018 y ningún joven <25 años especialmente vulnerable de Torrejón había consumido ketamina la semana en que fue encuestado ni en 2009 ni en 2018. Se ha reducido la edad media al inicio en el periodo.

4.2.11 Consumo de heroína

Ningún encuestado en 2009 había usado heroína en su vida, en la muestra 2018 se observa un repunte en la línea con las tendencias estatales dado que un 1,5 % de jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón había consumido alguna vez en su vida heroína a los 17,5 años de media. Estos 3 jóvenes no consumieron el último mes ni la última semana.

4.2.12 Borracheras

Se refuerza en el periodo, sin alcanzar relevancia estadística, la ya alta frecuencia de borracheras entre los jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón. Es una tendencia en el Estado este tipo de consumo abusivo que fundamentalmente se concentra los fines de semana en los espacios de Ocio de los Jóvenes y en su mayor parte adopta la forma de “binge drinking”. Un 93,5 % de jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón se había emborrachado alguna vez en su vida en 2018, en 2009 eran “sólo” el 88,2 %.

Un 87,5 % de jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón se había emborrachado en el último año y un 68 % en el último mes en 2018 mientras que en 2009 fueron un 81% y 66,7% respectivamente.

El consumo de alta intensidad en cortos periodos de tiempo en los espacios denominados como “de botellón” es el principal problema de uso de sustancias, por su magnitud, de los-as jóvenes <25 años especialmente vulnerables de Torrejón.

La ocupación del tiempo de Ocio de la Juventud en riesgo social <25 años de Torrejón ha evolucionado; en 2018, y en comparación con 2009, se encuentran cambios significativos en:

Pasar más tiempo en:

- La calle, en bares o pubs o practicando Deporte.
- Ocio pasivo: usar TIC, Ver TV, videos, escuchar música

Pasar menos tiempo en:

- Otras aficiones: leer, pescar, pintar...

Las conductas adictivas juegan su peso en el Ocio y Tiempo Libre de este perfil de joven. Se observan cambios en el periodo que refuerzan los datos expuestos en el uso de sustancias como:

- Se consume más tabaco y alcohol con el grupo de iguales (incluidos los menores de edad).
- Se consumen más anfetaminas y drogas de síntesis de modo puntual, experimental, con el grupo de iguales que como consumo recreativo o más continuado. Se entiende que el cristal puede considerarse una droga de síntesis.
- Se consumen más TIC: es decir Ocio dedicado a internet, chats, videojuegos, móviles y apuestas deportivas.

4.2.13 Teléfonos móviles

Que nuestro país se ha convertido en líder mundial en cuanto al número de smartphones y su uso se recoge perfectamente en la evolución de los menores de Torrejón, cuando en 2009 un 94,9 % de menores tenía ya su móvil parecía insuperable, en 2018 es el 98,1%. **Menos de 1 de cada 50 menores de 13 a 17 años no posee un móvil en la actualidad.** La edad a la que se aconseja su compra es a los 13-14 años pero no sólo se compran más móviles cada vez se compran a edades más tempranas. **En 2009 se compraban a los 10,8 años de media los primeros móviles en 2018 el descenso ha sido espectacular cifrándose en 3,85 años la edad a la que se proporciona un móvil por primera vez a un menor.** La edad de inicio en el estímulo, junto con la intensidad de uso los primeros años de estímulo) es uno de los factores de riesgo más claros evidenciados científicamente predictores de una conducta adictiva, abusiva o de malos usos.

La irrupción de los sistemas de mensajería instantánea, tipo whatsapp o “chats” similares en redes y aplicaciones ha hecho cambiar el uso del móvil en menores empleándose menos en llamadas de teléfono móvil aumentando espectacularmente el uso para comunicarse mediante mensajes y elementos adjuntos (emojiconos, fotos, videos). En 2009 un 31,5 % de menores de Torrejón hacía llamadas por el móvil a diario y un 25,5 % mandaba mensajes a diario por su móvil en 2018 se ha invertido el uso pues sólo el 29,2 % hace llamadas por el móvil a diario mientras que **un 86,2% se comunica a diario mediante mensajes en redes y sistemas de mensajería instantánea**. Por ello el incremento espectacular detectado en aplicaciones de móvil como **redes sociales y sistemas de mensajería en el periodo 2009-2018 pasando de un 68,7 % al 96,4 % actual**. Más de 24 de cada 25 menores las usan actualmente.

4.2.14 Videojuegos

En 2009, un 94,9 % de menores de 13 a 17 de la ciudad de Torrejón había jugado videojuegos alguna vez en su vida. Se incrementa levemente su uso en el periodo pasando a un 96,4 % en 2018, aunque desciende el uso de las consolas portátiles con el transcurso del tiempo; mientras que en 2009 un 65,4 % jugaba videojuegos en su consola doméstica y un 56,4 % en su consola portátil en 2018 juega en consola domestica el 68,9 % y sólo un 20,9 % en su consola portátil (Tipo Nintendo, PSP...). En cierta forma se han hecho innecesarias las consolas portátiles debido probablemente a la evolución tecnológica de los smarthphone y la mejor calidad de las aplicaciones de juegos por el propio móvil.

En 2009 un 16,5 % de los de menores 13 a 17 de la ciudad de Torrejón jugaba a diario una media de 1,67 horas por conexión la semana de la encuesta siendo el 17 % en 2018 aunque pasando a 2,61 horas de media por conexión. Prácticamente constante, 1 de cada 6 jóvenes juegan a diario videojuegos aunque de un modo más intenso (más tiempo de media de conexión cada vez que se conectan). Más tiempo de estímulo se plasma en peores resultados en los riesgos.

Tabla 8: Evolución del uso de videojuegos en jóvenes 13 a 17 años de Torrejón de Ardoz

Indicador	2009	2018
He intentado dejar de jugar videojuegos pero no lo he logrado	10,5%	15,7%
Digo de jugar un rato pero en realidad pasan horas	16,6%	28,7%
Deje de hacer alguna actividad de Ocio y Tiempo Libre por jugar videojuegos	6,5%	4%
Desatender las tareas escolares por estar jugando videojuegos	5,7%	9,6%
Pasar más tiempo jugando videojuegos que con amigos reales	4,8 %	7,3 %
Craving: si pierdo, empiezo otra partida para ganar	39,5%	41,8%
Mientras juego videojuegos me evado de los problemas que pueda tener	28 %	31,6%
Flashback: suelo revivir partidas pasadas	28%	26,5%
Jugar videojuegos me aporta bienestar	25%	27,2%
Me molesta que me interrumpen cuando estoy jugando videojuegos	20%	34,8%

4.2.15 Uso de Internet

En 2009 sólo 1 de cada 50 jóvenes de 13 a 17 años de Torrejón de Ardoz **no se había conectado alguna vez a Internet**. Un 33,7 % lo hace a diario y menos de uno de cada 10 que se ha conectado alguna vez no lo ha hecho en la semana que realiza el cuestionario. **La media de tiempo en cada conexión a Internet era de 2,1 horas en 2009**.

En 2018 todos los jóvenes de 13 a 17 de Torrejón se han conectado a Internet alguna vez, el 59,6 % lo hace a diario y sólo un 4,3 % no lo ha hecho la semana que realiza el cuestionario. **La media de tiempo dedicada en cada conexión es de 3,25 horas en 2018**. Preguntados por usos incorrectos de Internet:

Tabla 9: Malos usos de Internet en jóvenes de 12 a 16 años de Torrejón en 2009 y 2018

Alguna vez has...	2009	2018
Entrado a páginas eróticas	23,9 %	36,2 %
Envío de fotos de otro para mofarme	26,2 %	36,1 %
Falsear la identidad propia en la red	23,6 %	21,2 %
Entrar en páginas con contenidos violentos	26,2 %	17 %
Quedar con desconocidos a través de la red	20,2 %	19,1 %
Ser víctima de acoso (ciberbullying) en la red	8,9 %	19,1 %

Aumenta en el periodo, el uso de páginas eróticas en menores, el uso de fotos de terceros para burlas o mofas y muy relacionado y preocupante es que se multiplica por 2,15 el ser víctima de acoso (ciberacoso, ciberbullying...) En 2018 se introdujeron dos nuevos indicadores: *sentir presión, chantaje al contactar con otras personas al navegar*; un 4,3 % dice haberla sentido y *sentir miedo mientras navegas en la red*, un 14,9 %, casi uno de cada seis, dice haber sentido miedo mientras navegaba.

Un 26 % de jóvenes de 12 a 17 años de Torrejón dice en 2018 que *navegará un rato pero luego en realidad pasan horas*. Un 21,4 % en 2009. Un 17,4 % piensa que *navegando por Internet se evade de los problemas* (20,4 % en 2009) y un 25,5 % opina que *navegar por Internet proporciona Bienestar*, un 27,4 % en 2009.

Otro 29,8 % desarrolla tolerancia al estímulo; es decir, *ha ido aumentando el tiempo que le dedica a Internet con el tiempo de uso*, 20,4 % en 2009. El 17,4 % no puede reducir la “dosis” de estímulo *ha intentado conectarse menos alguna vez pero no lo ha logrado*, en 2009 era el 11 %. El 19,1 % *desatiende sus tareas escolares por estar conectado*, 12,4 % en 2009. Para un 89,4 % de jóvenes de 13 a 17 años de Torrejón de Ardoz *hay personas que pueden tener problemas por usar Internet*. Un 68,3 % en 2009.

4.2.16 Uso de redes sociales, sistemas de mensajería instantánea.

En 2009, el 90,7 % de jóvenes de 13 a 17 años habían utilizado alguna vez en su vida esta tecnología, prácticamente 1 de cada 4, el 24,8 %, la usaba todos los días con 1,83 horas de media de conexión diaria, en ese momento la red social favorita era Tuenti y aplicaciones como whatsapp que nace ese mismo año es prácticamente desconocida no existiendo en ese momento redes como Instagram o Periscope.

En 2018 se incrementa hasta el 98,3 % quienes alguna vez han utilizado en su vida estas aplicaciones de comunicación y relación a través de Internet y el uso diario de las mismas, alcanzando a 2 de cada 3, un 65,7 % quienes la usan todos los días aunque mayoritariamente se usa Instagram o whatsapp. Aun cambiado las aplicaciones se intensifica su uso en la década en magnitud y frecuencia de uso alcanzando el tiempo de conexión media diaria a las redes y sistemas de mensajería las 3,13 horas, **se ha incrementado un 171 % el tiempo medio de conexión a esta tecnología en el periodo.**

Lo anterior supone un mayor grado de exposición al estímulo (usar Instagram, usar whatsapp...) por lo que es de suponer que los riesgos se habrán incrementado, la comparativa se recoge en la siguiente tabla.

Tabla 10: Evolución del uso de redes sociales y mensajería instantánea en jóvenes 13 a 17 años de Torrejón

Indicador	2009	2018
He intentado dejar de usar menos las redes y mensajería pero no lo logré	16%	20,3%
Digo de usar redes o mensajería pero en realidad pasan horas	25%	31%
Deje de hacer alguna actividad de Ocio y TL por usar redes o mensajería	7,8%	5,6%
Desatender las tareas escolares por estar usando redes o mensajería	11,2%	17,7%
Pasar más tiempo usando redes o mensajería que con amigos reales	6,9 %	7,6 %
Tolerancia: con el transcurso del tiempo uso más redes sociales o mensajería	16,8%	31,2%
Necesito conectarme a las redes o mensajería pero evito reconocerlo	7,8 %	18,4%
Prefiero conocer gente por redes o mensajería pues soy quien realmente soy	7%	4,9%
Me sentiría mal si me redujeran el tiempo de estar en redes o mensajería	17,8%	23,9%
Me molesta que me interrumpan cuando me conecto a redes o mensajería	27%	17,5%

Excepto en los ítems sobre el Ocio, conocer personas o molestarles que le interrumpan cuando están conectados se han incrementado el resto de indicadores más relacionado con las conductas adictivas, cabe reseñar el incremento de tolerancia o necesidad creciente de uso de las redes sociales y/o sistemas de mensajería para conseguir los efectos deseados, muestra del poder adictogénico de esta tecnología.

4.2.17 DATOS ASISTENCIALES DEL MUNICIPIO

En cuanto al perfil de los pacientes del Centro de Atención Integral al Drogodependiente CAID de Torrejón de Ardoz, centro de referencia para el municipio de la red de atención de drogodependencias de la Comunidad de Madrid se identifican cuatro tipos de población bien diferenciados:

- Población cronificada en Tratamiento con sustitutivos opiáceos de edad elevada y un perfil deteriorado.
- Población consumidora de cocaína con un perfil de integración social y policonsumo.
- Población joven que presenta policonsumo en ocasiones asociados a otras problemáticas.
- Desde julio de 2018 se atiende problemática relacionada con el alcohol.

En 2019 recibieron atención 414 pacientes en el CAID de Torrejón de Ardoz, de ellos 178 eran nuevos y otros 95 reingresos; 136 pacientes salen del dispositivo en 2019, el 7% por alta terapéutica, 6% por tratamiento fuera del Municipio, otro 2% ingresaron en prisión y abandonaron el tratamiento un 83%, entre otros motivos de salida.

Las drogas que originaron la demanda de atención fueron: cocaína en un 51,2 % de pacientes, seguido por alcohol y cannabis con 35,2% y 35,9%, respectivamente y, por último benzodiacepinas, que demandaron ayuda para abandonar dichos fármacos, un 3%. En cuanto al porcentaje de menores que solicitaron atención para su problema de adicción estuvo cifrado en un 8,7%.

La percepción que muestran los profesionales del CAID sobre la accesibilidad de sustancias adictivas es alta. Se percibe su consumo con pautas recreativas vinculadas el ocio nocturno, especialmente durante los fines de semana en el caso de población juvenil. Se percibe un aumento del consumo de cocaína y consumos significativos de alcohol y cannabis entre los jóvenes del municipio.

Todo ello nos lleva a valorar la necesidad de puesta en marcha de estrategias de prevención y promoción de la salud, desde una perspectiva holística, integral e integrada. Haciendo especial énfasis en una orientación positiva y no discriminatoria, donde se dediquen esfuerzos en una visión y comunicación, más de los beneficios de una vida y conducta saludable en comunidad para uno mismo y para los que nos rodean, que una intervención sobre las consecuencias o problemas socio-sanitarios de la ausencia de dicha práctica saludable.

Esto no significa abandonar la intervención que se está llevando a cabo con los ciudadanos que ven mermada su salud y su integración por las adicciones, ni mucho menos, se trata más bien de dibujar una estrategia general que a modo de “paraguas” prevenga y promueva actitudes saludables y éstas se vaya integrando en la costumbre y cotidianeidad de la vida de la ciudadanía.

5. PRINCIPIOS RECTORES DE ACTUACIÓN

Responsabilidad pública: en la satisfacción de las necesidades sociales mediante la adscripción de los recursos financieros, humanos y técnicos adecuados a la consecución de los objetivos propuestos.

Participación: de los usuarios en el planteamiento, diseño, ejecución y evaluación de las acciones contempladas en el Plan, promoviendo su implicación en las mismas. En sociedades complejas como la nuestra la participación no se produce de manera espontánea, muy al contrario, se trata de un *bien* escaso que hay que cuidar y estimular.

Coordinación: entre los recursos propios del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz y los de otros organismos públicos, asociaciones, agentes sociales, etc. para optimizar la utilización de los recursos disponibles.

Normalización: mediante la utilización de los recursos y cauces normales que la sociedad dispone para la satisfacción de sus necesidades.

Prevención: el mismo Plan responde al posicionamiento de que, las acciones que se planifiquen, han de incidir sobre los orígenes de los problemas y sobre las causas que los producen, fortaleciendo los recursos de los destinatarios para hacerles frente: empoderándolos,

Integración: las acciones pretenderán, en último término, facilitar la integración armónica de los destinatarios en su entorno familiar, educativo, social, cultural, urbano.

Planificación: mediante la adecuación de recursos a las necesidades y problemas que concurren en cada caso concreto. Siempre basándose en un estudio de la realidad para adaptar y modificar las actuaciones a las necesidades cambiantes.

Educación para la Salud: como estrategia básica sobre la que diseñar los programas y actuaciones preventivas.

Globalidad: consideración integral de la persona y de los grupos sociales, evitando visiones parciales.

6. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y METODOLÓGICAS DEL PLAN:

Concordancia con los planes autonómicos y nacionales

El Plan asume los planteamientos de los planes autonómicos y la estrategia estatal en materia de adicciones. Dando continuidad a la labor desarrollada por el municipio y con el objetivo de convertirse en el instrumento vertebrador de las actuaciones que en materia de conductas adictivas se desarrollen en el mismo. Ello requerirá un esfuerzo continuado de comunicación y de coordinación.

Se trata de una meta simple y compleja a la vez, pues, en el fondo, es cuestión de poner en primer plano las necesidades de los individuos, de las familias y de los grupos, y hacerlo por encima de la parcelación de los conocimientos y de las divisiones administrativas. En consonancia con esa meta, el Plan estará permanentemente abierto a las propuestas de los participantes y empeñado en la búsqueda de las causas comunes que están en la base de los conflictos relacionados con los estímulos adictivos y con otros problemas sociales. Así hemos de partir de conceptos suficientemente amplios e integradores en lo que se refiere a la salud, el bienestar social, la calidad de vida, prevención, riesgo y protección.

6.1 Definición y reflexión sobre algunos conceptos del III Plan local de conductas adictivas de la ciudad de Torrejón

A continuación se abordará la explicación de algunos conceptos y enfoques que encuadran la actuación en drogodependencias y otras adicciones sin sustancia del municipio y este Plan.

Trastorno adictivo:

Pocos fenómenos sociales revisan un grado tan elevado de complejidad como el uso y abuso de drogas, a esto le sumamos considerar los comportamientos adictivos (juego patológico, adicciones sin sustancia...). Esta complejidad viene determinada por una serie de factores o elementos entre los cuales los más relevantes son:

- o El planteamiento multidimensional del trastorno adictivo. Esta multidimensionalidad determina que no existe un único factor explicativo, o el que los efectos derivados (físicos, psicológicos o sociales) difieren de manera importante de unos sujetos a otros en función de cómo interactúan los elementos vinculados a las mismas.
- o El carácter dinámico de las conductas adictivas, que se evidencia en los constantes cambios a que se ve sometido este fenómeno. Estos cambios van a afectar tanto el tipo de sustancias consumidas en determinado momento histórico, como a funciones que cumplen los consumos, o comportamientos, los perfiles o características de la población consumidora, las pautas o patrones de consumo...
- o Los discursos sociales dominantes en relación con las conductas adictivas. Las opiniones y las actitudes que la sociedad elabora en un determinado momento en relación con ellas (discurso social) van a condicionar de manera importantísima las respuestas sociales. Piénsese, por ejemplo, los discursos tan dispares que tiene la sociedad española en relación a dos drogas el alcohol y la heroína, que irían desde la tolerancia amplia al rechazo frontal.

La adicción, según la OMS, es una patología crónica y recurrente, por lo que además de desintoxicar al dependiente, se trata de dotarle de instrumentos de control y protección para reducir las recaídas, posibilitando su resolución, y el mantenimiento de grados de abstinencia. No solo es suficiente con desintoxicar, sino que además hay que deshabituar y

reinsertar, dotando de instrumentos adecuados de control y de prevención de recaídas a los individuos y a su entorno, familia, iguales, etc. Intentando reconstruir la salud física, social (familiar, económica, laboral, jurídica-legal) y psicológica del usuario y de su entorno; tratando de minimizar los daños y los riesgos, tanto de los consumos como de los estilos de vida.

Prevención:

El conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir la probabilidad de que en su seno aparezcan determinados problemas, para que si aparecen se resuelvan lo mejor y más pronto posible y para que sus consecuencias negativas se minimicen al máximo.

Factores de riesgo y protección:

Desde una perspectiva ecológica y multicausal existe una gran diversidad de factores que determinan la relación entre el individuo y su entorno, y, por tanto, también explican las causas del consumo de drogas y otros trastornos del comportamiento. Tanto en el ámbito más personal como en el ámbito macrosocial más genérico, pasando por otros intermedios, podemos encontrar factores o indicadores que pueden influir positivamente o negativamente en las consecuencias tanto del uso de drogas como de cualquier otro riesgo.

Un factor de riesgo se puede definir como un atributo individual, una condición situacional, ambiente o contexto que incrementan la probabilidad del uso problemático de drogas y de otras conductas adictivas. Conviene tener en cuenta determinadas precauciones a la hora de valorarlos:

- o No se pueden considerar de forma aislada.
- o No son válidos para cualquier época / contexto.
- o Implican una interacción dinámica.
- o Ninguno es predominante sobre los demás.

Otros factores que también han de ser tenidos en cuenta están relacionados con momentos de crisis, de estrés psicosocial, de pérdidas, de presión de grupo, de contexto familiar o social etc., y aquellos otros relacionados con determinadas etapas de transición en el ciclo vital.

Pero antes de dar por concluido este capítulo quizá merezca la pena detenerse un momento en un concepto relacionados con la prevención que pueden resultar equívoco por el distinto uso social que se hace. Es el concepto de riesgo: no podemos negar que vivimos en una sociedad compleja, construida bajo la lógica del **riesgo**, donde pensar en crear un entorno completamente seguro, para todos, en todo momento es más una ilusión que una realidad. Lo único seguro es que no podemos evitar el riesgo, ya sea por acción o por omisión.

El concepto de riesgo, en el momento actual de nuestra sociedad (en el ámbito de la salud), tiene una marcada connotación negativa, que bien mirado no le es propia. Si bien es cierto que las consecuencias de asumir riesgos pueden ser negativas, no podemos negar que también pueden ser positivas. Riesgo es “aquella situación que en el futuro nos puede deparar daños, pero también beneficios, entraña peligros pero también oportunidades” (Ramón Ramos). No se debe olvidar esta polivalencia del término si se quiere comprender el valor positivo que tiene en el mundo de la empresa vinculado a lo que significa ser emprendedor y que hoy se trata de inculcar a las nuevas generaciones, o la que posee entre jóvenes que están en una etapa de búsqueda y experimentación.

En lo que tiene que ver con el ámbito de la prevención de las drogodependencias y de las dependencias comportamentales hay que procurar especificar que se entiende por **uso, consumo, abuso, y dependencia**, qué es lo que se va a intentar prevenir y a qué sector de población va dirigido.

6.2 La misión

Este Plan tiene como objeto **estructurar y coordinar las acciones que en la materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos se lleven a cabo en el municipio** de Torrejón en aras de mejorar el Bienestar Social del municipio, dando cobertura a las posibles situaciones que puedan generar desigualdad entre los ciudadanos de Torrejón, entre las que se hace especial hincapié en las conductas adictivas.

Las acciones contempladas en este Plan se estructuraran siguiendo las directrices de la concejalía de Bienestar dando prioridad a la promoción de hábitos saludables, bien desde la reducción de las situaciones de riesgo, cambios en las condiciones de vida, mejora de accesibilidad a recursos socio-sanitarios, o bien mediante la coordinación entre las distintas instituciones y/o actores que compartan estos objetivos, con especial atención a la población juvenil.

6.3 La visión

En 2023 se habrán reducido en la ciudad de Torrejón los riesgos y daños asociados con las conductas adictivas, con o sin sustancia, a través de la ejecución del plan, retrasando la edad de inicio en su uso, disminuyendo su uso, o usos inadecuados, perniciosos o abusivos en el caso de las TIC, o el juego patológico, con acciones dirigidas a las personas y a la comunidad contribuyendo a mejorar el capital más valioso de la ciudad de Torrejón, su capital humano.

6.4 Objetivos generales y específicos por línea estratégica de actuación

6.4.1 Objetivos Generales del Plan:

- OG.1 **Minimizar riesgos y daños** asociados a conductas adictivas, con o sin sustancia, en la ciudad de Torrejón de Ardoz.
- OG.2 **Disminuir la presencia o uso** de sustancias adictivas y/o de estímulos causantes de adicciones comportamentales.
- OG.3 **Retrasar la edad de inicio** en las conductas adictivas en la ciudad de Torrejón de Ardoz.

6.4.2 Objetivos específicos por línea estratégica de actuación:

Línea de Actuación Estratégica 1: Prevención de las conductas adictivas y reducción de riesgos.

L1OE1. Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de los estímulos adictivos y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados en los residentes en Torrejón de Ardoz en general y más precoz e intensamente en sus grupos más vulnerables (adolescentes, menores, en particular aquellos en riesgo social....)

L1OE2. Promover una conciencia social de los riesgos y los daños provocados por las adicciones, con o sin sustancia, en residentes de Torrejón de Ardoz aumentando la percepción del riesgo asociado a su uso contando con la participación ciudadana para este fin

L1OE.3 Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los estímulos que pueden provocar abuso de los mismos o una conducta adictiva

L1OE4. Promoción de la salud a través de hábitos de vida saludable, uso razonable de nuevas tecnologías a través de alternativas de ocio sanas e incompatibles con las conductas adictivas.

L1OE.5 Detectar precozmente e intervenir tempranamente en los consumos y grupos de mayor riesgo para reducirlo.

Línea de Actuación Estratégica 2: Asistencia integral a las conductas adictivas

L2OE1: Garantizar una atención integral y coordinada con los servicios sanitarios y sociales a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por una conducta adictiva en la ciudad de Torrejón de Ardoz.

L2OE2: Hacer efectiva la atención integral mediante itinerarios personalizados de intervención diseñados para las características de cada paciente (crónicos, patología dual, personas sin hogar, mujeres víctimas violencia de género)

Línea de Actuación Estratégica 3: Reducción de daños

L3OE1 Mantener, ampliar la cobertura y adaptar a las nuevas conductas adictivas los programas de reducción del daño

L3OE2 Mejorar y ampliar el diagnóstico precoz de infecciones transmisibles (VIH, VHC, ITS...) o trastornos mentales y el acceso temprano vía Atención Primaria, Salud Mental o el propio CAID en personas con conductas adictivas.

L3OE3 Potenciar el modelo de reducción de daños en el abordaje asistencial de las adicciones comportamentales.

Línea de Actuación Estratégica 4: Incorporación Social e Integración laboral

L4OE1 Mejorar la coordinación interinstitucional entre los departamentos con implicaciones en la incorporación socio-laboral (Servicios Sociales, Empleo, Sanidad, CAID, Educación...) y con las entidades privadas sin ánimo de lucro del ámbito de la inserción socio-laboral.

Línea de Actuación Estratégica 5: Control de la Oferta

L5OE1 Vigilar el cumplimiento de la legalidad relativa al cultivo, producción, importación, distribución y venta de drogas ilegales y de los delitos relacionados con las adicciones comportamentales (juego, TIC'S...)

L5OE2 Incrementar el control de los puntos de venta o consumo al por menor tanto de drogas como de estímulos adictivos (por ejemplo salas de juego).

Línea de Actuación Estratégica 6: Comunicación y participación

L6OE1. Disponer de una estrategia de comunicación y participación de los actores del Plan que lo haga visible, transparente y asequible a los ciudadanos desde el principio.

Línea Estratégica Transversal: Gestión del Conocimiento: información, formación e investigación

LTOE1 Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo en el ámbito de la ciudad de Torrejón de Ardoz.

LTOE2 Incrementar y mejorar la investigación en el ámbito municipal con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las conductas adictivas, su uso, así como su prevención y tratamiento.

LTOE3 Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas en la ciudad de Torrejón de Ardoz.

6.5 Líneas estratégicas de actuación

Línea de Actuación Estratégica 1: Prevención de las conductas adictivas y reducción de riesgos

Incluye las actuaciones de información, sensibilización, educación y desarrollo de competencias encaminadas a prevenir los problemas relacionados con las conductas adictivas y los riesgos ocasionados por sus efectos. Las actuaciones previstas se definen según niveles de riesgo soportado por los distintos grupos poblacionales (edad, género, nivel socio-económico, ubicación geográfica, etc.). Dichas acciones, articuladas en programas de distinto nivel: universal, selectivo e indicado-determinado irán encaminadas hacia:

La información y sensibilización de los más jóvenes en el **ámbito comunitario**.

- o A través de campañas de información y sensibilización dirigidas a la población en general y manteniendo el programa de prevención comunitaria para jóvenes en riesgo social <25 años.

- o Iniciar la realización de campañas de sensibilización, materiales divulgativos... dirigidas a la población general y apoyar las actividades que de este tipo ya se están realizando
- o Mantener y reforzar campañas de sensibilización dirigidas a la población juvenil. Teniendo como finalidad la difusión periódica y mantenida en el tiempo de información relevante para los grupos de población más jóvenes en el tiempo, espacio y forma que se adapte mejor a su realidad concreta en el municipio de Torrejón.

Actuaciones en el **ámbito escolar**: Actividades dirigidas a población escolar, con carácter universal o selectivo.

- o Seguir desarrollando las actuaciones necesarias para que la mayoría de los escolares sigan recibiendo una formación adecuada en materia de drogodependencias y otras adicciones sin sustancia. Adaptar en la medida de lo posible las actuaciones existentes a la realidad y evolución del municipio en materia de drogodependencias y adicciones.

Actuaciones en el **ámbito familiar**: Actuaciones destinadas a las familias con especial incidencia en los padres como educadores y figuras de referencia de los menores.

- Manteniendo y reforzando las actuaciones que empoderen a las familias en las funciones que le son propias.
- Promoviendo programas preventivos selectivos e indicados, con adolescentes y sus familias eficaces para producir cambios en los estilos de vida entre los grupos de jóvenes de población consumidora experimental o en situación de riesgo, según la realidad del municipio.

Actuaciones en el **ámbito del ocio y el tiempo libre**. Actuaciones destinadas a promover hábitos de vida saludables y formas de ocio alternativo, con especial hincapié en la población infanto-juvenil, promoviendo que los programas de ocio y tiempo libre contengan contenidos específicos de carácter preventivo. Al incorporarse las adicciones comportamentales desde la Estrategia Nacional sobre adicciones se pilotarán intervenciones propias en materia de juego patológico en centros educativos y en la Comunidad mediante el uso de agentes de salud.

Línea de Actuación Estratégica 2: Asistencia integral a las conductas adictivas

Parte de la necesidad de dar respuesta a las personas que presentan algún tipo de conducta adictiva y a sus familiares, atendiendo a su Bienestar Social y facilitando atención en todos aquellos aspectos en los que presenten déficit.

Dichas acciones irán encaminadas hacia:

La atención bio-psico-social de las drogodependencias.

- o Mantener el CAID y los programas desarrollados por este.
- o Fomentar actuaciones que faciliten la equidad y accesibilidad a los servicios y tratamientos.

Continuar el trabajo de adecuación de recursos y programas a las necesidades de los usuarios.

- Adaptando los programas existentes a la realidad en materia de adicciones del municipio.
- Impulsando el desarrollo de un sistema de detección precoz y de asistencia apropiado a las características de los adolescentes con conductas adictivas y a sus familias.
- Potenciando el programa de intervención con menores en riesgo y ampliando su radio de acción.

Establecer protocolos de coordinación respecto a:

- Actuaciones en materia de coordinación con los Servicios Sociales del municipio.
- Actuaciones en materia de coordinación con los servicios de atención sanitaria (tanto primaria como especializada)
- Actuaciones en materia de coordinación con los servicios jurídico-penales.
- Actuaciones en materia de coordinación con las instituciones y agentes que tienen competencias en materias de conductas adictivas.

Línea de Actuación Estratégica 3: Reducción de daños

Reforzar los programas de reducción de daños, manteniendo y adaptando dicha respuesta a las necesidades y evolución del municipio. Para ello el objetivo estratégico es el de **mantener, ampliar la cobertura y adaptar a las nuevas conductas adictivas los programas de reducción de daños** o *“actuaciones encaminadas a la reducción del daño en aquellos sujetos que no quieran o no puedan dejar el estímulo adictivo que impide seguir otros programas más exigentes”*.

El ejemplo más claro lo tenemos respecto a las “adicciones tecnológicas” hay que buscar el uso adecuado, es imposible dar marcha atrás, o prohibirlas, hoy día es inconcebible un mundo sin nuevas tecnologías: móviles, internet, redes sociales, videojuegos, ordenadores... Con estos estímulos no funcionaría el mensaje NO sino el de la reducción de daños encauzando a un uso adecuado y seguro, menos arriesgado. Por ello es importante potenciar el modelo de reducción de daños en el abordaje asistencial de otras conductas adictivas en el que el mensaje “no” es difícil de hacer creíble.

Pero además hay que seguir promoviendo la salud del colectivo de personas que usan estímulos adictivos del mismo modo que se realizaba con las drogodependencias; es decir mejorando y ampliando el diagnóstico precoz de infecciones transmisibles (VIH, VHC, ITS...) pues a veces el daño puede provenir de relaciones íntimas sin protección en contextos de Ocio y consumo de sustancias o de violencia sexual en estos contextos, o por trastornos psíquicos y el acceso a su tratamiento temprano vía Atención Primaria o Salud Mental en personas con conductas adictivas, o por delitos de seguridad vial por simultanear el uso de estímulos con la conducción u otros daños sociales.

Línea de Actuación Estratégica 4: Incorporación Social e Integración laboral

Desde la coordinación, potenciación y optimización de recursos presentes de la red de inserción sociolaboral-comunitaria. Dichas acciones irán encaminadas hacia:

- Continuar el trabajo de reinserción de las personas con adicciones que ahora mismo se lleva a cabo con la participación del CAID.
- Facilitar el acceso de las personas que presenten problemas de adicciones a los recursos de información y formación para el empleo.
- Potenciar la incorporación laboral de personas con problemas de adicciones mediante acuerdos sobre plazas en programas de empleo para colectivos desfavorecidos con riesgo de exclusión social.

Línea de Actuación Estratégica 5: Control de la Oferta

Actuaciones relativas al **control del acceso a las sustancias**. Actuaciones encaminadas a hacer cumplir la normativa legal existente, con especial hincapié en la reducción de la oferta.

Vigilar el cumplimiento de la legalidad relativa al cultivo, producción, importación, distribución y venta de drogas ilegales y de los delitos relacionados con las adicciones comportamentales (juego, TIC'S...)

Incrementar el control de los puntos de venta o consumo al por menor tanto de drogas como de estímulos adictivos (por ejemplo salas de juego)

Actuaciones en el ámbito de la **seguridad vial** para fomentar las actuaciones sobre el impacto de los accidentes de tráfico relacionados con simultanear conductas adictivas (sustancias, móviles...) mientras se conduce un vehículo.

Línea de Actuación Estratégica 6: Comunicación y participación

Se trata de disponer de una estrategia de comunicación y participación de los actores del Plan que lo haga visible, transparente y asequible a la ciudadanía desde el principio. Lo ideal sería encauzar la participación de los diferentes actores componentes en el mismo.

Desarrollando acciones generales de comunicación, difundiendo información sobre la ejecución de diferentes programas, acciones y resultados. Tanto en los medios de comunicación social como a través de otras instituciones o instancias. Dichas acciones irán encaminadas hacia:

- Dar a conocer las necesidades, medidas y actuaciones realizadas en el marco de adicciones a la población en los medios de comunicación local y regional.
- Dar a conocer las actuaciones realizadas en el marco de adicciones a la población a través de su difusión en centros y recursos del municipio de Torrejón de Ardoz.

Línea Estratégica Transversal: Gestión del Conocimiento: información, formación e investigación. El OLA

Para incrementar y mejorar la investigación en el ámbito municipal con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las conductas adictivas, su uso, así como su prevención y tratamiento se mantiene desde el primer plan local el OLA (Observatorio Local de Adicciones), el OLA editará un informe anual así como se potenciará y centralizará la evaluación sistemática de programas y actuaciones en la Unidad de Prevención e Inclusión Social, como instrumento que permita validar las actividades realizadas en la ciudad de Torrejón de Ardoz.

Para mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo en el ámbito de la ciudad de Torrejón de Ardoz.

Implementando medidas que contribuyan a optimizar y mejorar las actuaciones realizadas desde un mejor conocimiento de la realidad y una búsqueda del ajuste a la misma y a la mejora continua. Irán encaminadas hacia:

- Mantener un sistema de recogida de información que nos permita conocer la situación en materia de adicciones del municipio y su evolución a lo largo del tiempo o sistema de seguimiento
- Desarrollar un sistema de evaluación global y de cada actuación, proyecto o programa componente del plan que permita mostrar la actuación realizada, mejorarla y lanzar propuestas de futuro.

6.6 Sistema de seguimiento y evaluación

La recogida de información, el análisis y la reflexión han dejado de ser un deseo o un deber ser para formalizarse como una práctica real, útil y eficiente en el desarrollo de las políticas públicas.

El diseño de evaluación del III Plan, recoge el interés de todas y cada una de las entidades implicada en la elaboración y ejecución del Plan, en conocer, supervisar y gestionar el desarrollo del mismo, atendiendo a la búsqueda de la mejora continua y el rendimiento de responsabilidades ante la ciudadanía. Para ello el propio Plan establece la utilización de tres instrumentos útiles y complementarios para tal fin:

6.6.1 El Sistema de Seguimiento del Plan Municipal:

El Sistema de Seguimiento del Plan va a ofrecer información bianual sobre la implementación del Plan, así dará cuenta del cumplimiento de objetivos específicos, de las actividades y los resultados. Constituyéndose en un instrumento útil y eficaz para la gestión y toma de decisiones del Plan en activo.

Dicho sistema de seguimiento se sustenta en la realización de informes de seguimiento bianuales en función de los indicadores que recojan periódicamente información sobre el proceso y los resultados del plan, permitiendo tener una visión global del mismo en función de la cual poder reforzar los aspectos positivos e introducir mejoras.

Para que dicho informe cumpla su objetivo tiene que tender a proporcionar información accesible, manejable, útil y práctica. No siempre la demasía de información cumple el objetivo de ayudar a conocer la marcha de los programas ni aporta información significativa de cara a tomar una decisión.

6.6.2 El Observatorio Local de Adicciones (OLA):

Elabora informes técnicos monográficos anuales con el objetivo de observar la realidad local, especialmente enfocada a en los adolescentes y jóvenes y así poder actuar desde la pro-acción¹ en materia de prevención, trabajando de una manera más ajustada y eficaz.

6.6.3 Evaluación de programas componentes

Cada proyecto o programa componente del presente plan ha de tener tanto una evaluación propia, específica, se recogerán además algunos indicadores generales (de prevalencia y frecuencia de consumo, de riesgos y daños o malos usos) de utilidad para observar su evolución respecto a los objetivos del plan.

¹ Dijese de una actitud pro-activa cuando es contraria a la reactiva, esto es, actúa con antelación a que los hechos se produzca.

6.6.4 Criterios Básicos de Evaluación:

Con independencia de los criterios de evaluación que se obtengan fruto de las necesidades informativas de todos los “stakeholders”, sean estos, profesionales ejecutantes, usuarios, responsables de instituciones, dirección del plan...etc. y/ o todos aquellos que se determinen. Algunos se consideran imprescindibles para el abordaje de la evaluación del Plan.

PERTINENCIA

- *“Es la adecuación de los resultados y los objetivos de la intervención al contexto en el que se realiza”.*
- *“Es la adecuación del Plan en todas sus dimensiones (diseño, estructura, proceso y resultados) al contexto; entendiendo por contexto tanto la adecuación a las necesidades de la población, las políticas y ordenamientos jurídicos locales, regionales y nacionales, e internacionales, las estructuras sociales y culturales, la teoría y método de intervención y hasta la satisfacción de los agentes Implicados.”(JA. Ligeró).*

EFICACIA

- La razón última del plan es producir cambios en alguna parcela de la realidad, solucionar un problema social, o prestar un servicio a un subconjunto poblacional determinado. ***La eficacia, es el grado en el que se alcanzan los objetivos y metas del proyecto en la población beneficiaria, en un periodo determinado independientemente de los costes que ello implica” (Cohen y Franco)***

EFICIENCIA

- *“Es una medida de logro de los resultados en relación con los recursos que se consumen; esto es la búsqueda de una combinación óptima de recursos financieros, materiales, técnicos, naturales y humanos para maximizar los resultados”.*

COBERTURA

- *“Consiste en evaluar hasta que punto un programa llega a la población beneficiaria del mismo”.*

6.6.5 Evaluación del III Plan Local 2020-2023 de la ciudad de Torrejón de Ardoz. Sistema de seguimiento

Línea de Actuación Estratégica 1: Prevención de conductas adictivas y reducción de riesgos

Obj. específico	Actividades	Indicador-es seguimiento anual	Fuente evaluación
L1OE1	Programas propios preventivos selectivos en el ámbito escolar (menores) de la Concejalía de Bienestar: Embotella 2, de prevención uso juvenil de cannabis ...	Proceso (centros, aulas, alumnos participantes por programa/curso Mejora conocimiento talleres Evolución prevalencias uso Presupuesto anual	Panel de control UPIS Pre-post talleres Previo talleres Factura programa
	Programas <25 en riesgo social	Evolución factores de riesgo y de protección <25 en riesgo social: población centinela impacto social	Corte transversal Bola de Nieve cuatrienal
	Talleres en IES prevención de la UFA	Proceso (centros, aulas, alumnos participantes por programa/curso	Comisionado Seguridad informa anualmente
	Control de actas tenencia en menores UFA	Nº actas menores en seguimiento año por parte de la UFA	
L1OE2	Programa + sensibiliza 2	Nº acciones de sensibilización año-participación en mismas	Panel de control UPIS
	Conjuntas con miembros mesa Inclusión	Nº acciones conjuntas año y participación en las mismas	Actas mesa inclusión
	Conjuntas otros departamentos Ayto.		Panel de control UPIS
	Servicio Móvil “Drogas o Tú”	Nº visitas y participación anuales	Panel de control UPIS
	Formación mediadores comunitarios:ACTUA	Nº de formaciones-participantes año	Panel de control UPIS
	Formación mediadores cruz roja	Nº de asistentes formaciones año	Comisionado Cruz Roja informa anualmente
	Programa “Sales hoy”	Nº participantes en intervenciones al año	
L1OE3	Programa Sube-T	Flujo anual entrada/salida programa Evaluación Impacto social <25 Presupuesto anual	Indicadores SubeT Estudio longitudinal cortes cuatrienales
	Programa de menores CAID	Nº menores programa al año Talleres socioeducativos CAID	Comisionado de CAID informa anualmente
	Programa “+ familia”	Nº talleres impartidos al año Participación anual en talleres	Panel de control UPIS
	CAIF y jóvenes ARMI	Nº menores ARMI Libertad Vigilada	Equipo jóvenes ARMI
	Programación Anual de Juventud: salidas	Nº salidas de Ocio y Naturaleza año	Comisionada Juventud informa anualmente
		Participación anual en cada tipo de salida de Ocio y Naturaleza	
	Cursos y talleres realizados por Juventud	Tipo de curso y taller formativo año	
L1OE4	Programa escolar “Desmoviliza 2”	Proceso (centros, aulas, alumnos participantes por programa/curso Mejora conocimiento talleres Evolución prevalencias uso	Panel control UPIS Pre-post test Corte cuatrienal
	Eventos culturales-deportivos jóvenes	Tipo evento cultural-deportivo y nº actuaciones año por tipo	Comisionada Juventud informa anualmente
		Participación anual por tipo evento	
	Programa “La noche abierta”	Nº “noches abiertas” al año Participación media anual	
	Servicio Ocio Nocturno Sube-T	Nº noches servicio Ocio año Actividades Medio abierto año Participación actividad/noche	Indicadores SubeT A través de e.a
L1OE5	Programa Sube-T: educación de calle	Nº intervenciones tempranas en uso, Derivados a CIPJA de equipo calle	Indicadores SubeT A través de e.a
	Programa menores CAID	Nº menores en programa año Talleres socioeducativos CAID	Comisionado de CAID informa anualmente
	CAIF y jóvenes ARMI	Nº menores ARMI Libertad Vigilada	Equipo jóvenes ARMI
	UME grupo de menores de Policía Local	Actuaciones anuales grupo menores	Comisionado seguridad

Línea de Actuación Estratégica 2: Asistencia integral a las conductas adictivas

Obj específico	Actividades	Indicador-es seguimiento anual	Fuente evaluación
L2OE1	Convenio con Sanidad- Comunidad Madrid	Renovación convenio y cuantía año. Profesionales en convenio	Convenio CM/Ayuntamiento
	Coordinación TERCER SECTOR	Reuniones GRUTEAR- CRUZ ROJA Subvención y cuantía proyecto local	Actas reuniones Resolución subvenc,
L2OE2	Gestión Clínica del CAID	Flujo de pacientes anual, altas- bajas y motivos	Comisionada CAID informa anualmente
	Coordinación socio-sanitaria	Tipología recursos coordinados	
	Entradas a programas GRUTEAR	Genero, grupo edad y adiccion	Comisionado GRUTEAR

Línea de Actuación Estratégica 3: Reducción de daños

Obj específico	Actividades	Indicador-es seguimiento anual	Fuente evaluación
L3OE1	Programa “desmoviliza 2”	Participación anual en programa	Panel control UPIS
	Actuaciones reducción daño ludopatías	Nº actuaciones programa piloto	
L3OE2	Gestión Clínica del CAID	Prevalencias inicio tratamiento	Comisionada CAID informa anualmente
	Coordinación socio-sanitaria	Tipología recursos coordinados	
	Actividades con pruebas rápidas ITS	Nº actividades con PRV Pruebas rápidas realizadas año	Panel control UPIS
L3OE3	Jornadas técnicas de skillbuildings sobre reducción daños/adicciones sin sustancia	Participación en jornadas técnicas	Panel control UPIS

Línea de Actuación Estratégica 4: Incorporación Social e Integración laboral

Obj específico	Actividades	Indicador-es seguimiento anual	Fuente evaluación
L4OE1	Coordinación a través Comisión Técnica	Nº reuniones comisión técnica	Convocatorias y actas
	Coordinación a través Mesa de Inclusión	Nº reuniones mesa inclusión	

Línea de Actuación Estratégica 5: Control de la Oferta

Obj específico	Actividades	Indicador-es seguimiento anual	Fuente evaluación
L5OE1	Control de la oferta: Tolerancia 0	Personas denunciadas año Locales denunciados año	Comisionado en la comisión técnica del Plan por la Concejalía de Seguridad
	Actas por tenencia / uso en vía pública	Actas tenencia/uso al año Tipo de sustancia motiva acta	
	Denuncias delito Salud Pública	Denuncias delitos Salud Pública año	
	Controles aleatorios a conductores	Controles realizados año % positivos por sustancias año Denuncias seguridad vial año por uso de móvil o de sustancias abuso	
	Controles y prevención patrullaje parques	Nº actuaciones con drogas	
L5OE2	Control de la oferta/accesibilidad menores	Nº actuaciones UMV + grupo canino Nº actuaciones en IES y CEIP Nº actuaciones en casas apuestas Nº actuaciones venta alcohol/tabaco	

Línea de Actuación Estratégica 6: Comunicación y participación

Obj específico	Actividades	Indicadores de seguimiento	Fuente evaluación
L6OE1	Estrategia comunicación y participación	Redacción e implementación	Documento estrategia
	Publicaciones promocionales III Plan	Nº Folletos-Trípticos III PMD	Facturas
	Presencia en medios del III Plan	Nº presencia e impacto media	Mass media, boletín
	Difusión en redes sociales	Nº mensajes, seguidores, visitas	Responsables RRSS

Línea Estratégica Transversal: Gestión del Conocimiento: información, formación e investigación

Obj específico	Actividades	Indicadores de seguimiento	Fuente evaluación
LTOE1	Programa “Actúa” de mediadores	Nº talleres realizados al año - Tipo mediador: nº asistentes	Panel control UPIS
	Comunicaciones del Plan	Nº reuniones comisión técnica	Convocatorias, actas
	Jornada anual conjuntas con GRUTEAR	Asistencia y perfil asistencia	GRUTEAR
LTOE2	Observatorio Local de Adicciones	Edición de número anual	Documento anual
		Edición de nº juego patológico	OLA 14
	Sistema de seguimiento del Plan	Informes OLA mediado y fin	OLA 13 y OLA 15
LTOE3	Evaluación de programas propios	En matriz comparada en SPSS	Matrices SPSS anual
	Panel de control del III PMD	Excell de control del Plan	PC

Bianualmente el OLA elaborará un informe de seguimiento del plan; es decir, con dos “check point” a mediados (OLA 13) y a finalizar el plan (OLA 15) para evaluar sus resultados.

7. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:

Con el fin de garantizar la implementación, desarrollo y carácter municipal e integrador del Plan, el mismo se dota de una estructura organizativa que garantice su puesta en marcha y desarrollo.

1)- **Un coordinador/a técnico del Plan y un coordinador/a político** de la concejalía de Bienestar. El coordinador político, será quien ostente la delegación de Concejal de Bienestar y presidirá la Comisión Directiva del Plan. El Coordinador Técnico, nombrado por el Coordinador político además será el Secretario de ambas mesas.

2)- La **Comisión Directiva del Plan** estará compuesta, además del coordinador político del Plan, por dos concejales, uno con delegación de gobierno y otro sin “cartera” o responsabilidades de Gobierno que, al objeto de que todos los concejales formen parte en la legislatura del plan, participaran en un sistema rotativo anualmente durante la vigencia del plan. El coordinador político consensuará con el equipo de Gobierno el procedimiento para hacer efectiva la citada rotación de concejales por la comisión directiva. La Comisión Directiva dotada de reglamento de funcionamiento, tendrá como cometido:

- Seleccionar los objetivos y prioridades.
- Facilitar la coordinación entre concejalías.
- Aprobar conjuntamente con la Junta de Gobierno Local las modificaciones estratégicas que sobre el Plan y las estrategias desarrolladas se establezcan de cara a ajustar el mismo a la realidad viva y cambiante del municipio.
- Evaluar y tomar decisiones sobre su implementación.

3)- Una **Comisión Técnica** de coordinación interna municipal, que recoja representantes de las concejalías municipales implicadas en desarrollo concreto del mismo. Tales concejalías pueden ser: Juventud, Bienestar, Sanidad, Movilidad y Voluntariado, Seguridad, Comercio, Industria y Empleo; Educación y Mujer. A ellas se sumarán dos vocalías para el tercer sector por invitación en consideración de su importancia a su actuación en el territorio en la materia. Sin perjuicio a que se pueda modificar la presencia de unas u otras dependiendo del desarrollo y adecuación del mismo a la realidad. Estará presidido por coordinación técnica y se dotará de un reglamento de funcionamiento.

Esta Comisión Técnica toma decisiones sobre:

- Objetivos específicos a conseguir dentro del marco de las metas y de los objetivos generales

- Programas, proyectos y actuaciones a ejecutar durante la duración del Plan.
- Seguimiento y evaluación anual.

4).- **Sistema de coordinación externa** a través de Secretaría de las comisiones con otras administraciones o entidades que repercuta en la mayor optimización de los recursos.

8. FINANCIACIÓN:

El Plan, por tanto, tiene un ámbito de actuación local, su alcance está limitado por las propias competencias del Ayuntamiento y sus recursos. El Plan podrá disponer de tres tipos de partidas presupuestarias, (independientemente de cómo aparezcan reflejadas en el presupuesto):

- 1) La correspondiente a las consignaciones presupuestarias de los programas que conforman el plan de las diferentes Concejalías municipales vinculadas al Plan.
- 2) La que el Ayuntamiento dedique específicamente a estructura y funcionamiento ordinario del Plan.
- 3) La resultante de convenios con otras entidades públicas y privadas. Aquí entrarían desde subvenciones, convenios, como el de Comunidad de Madrid para el mantenimiento del CAID, o con otros organismos oficiales hasta los que se puedan alcanzar con cajas de ahorros, empresarios o federaciones locales de empresarios, fundaciones, etc.

Disposición final:

El presente III Plan Local de Conductas Adictivas de la ciudad de Torrejón, diseñado para el periodo 2020 a 2023 seguirá vigente hasta que no haya otro plan que lo sustituya pudiendo ser prorrogado por periodos cuatrienales

