

PLAN DE ADICIONES DE MÓSTOLES (PAM)

2022 - 2028



**PUNTO
OMEGA**
ASOCIACIÓN



**Móstoles,
como
nuevo.**

Han elaborado este Plan:

Sheila Carmona Rico

Servicio Municipal de Atención Psicológica y Socioeducativa
a la Infancia y la Adolescencia (SMAPSIA)
Área de Educación
Ayuntamiento de Móstoles

Ana María Ramiro Villegas

Área de Juventud
Ayuntamiento de Móstoles

Paloma Domínguez Honrado

Escuela Municipal de Salud
Área de Sanidad
Ayuntamiento de Móstoles

María Luisa Ojeda Iglesias

Escuela Municipal de Salud
Área de Sanidad
Ayuntamiento de Móstoles

José Antonio Sánchez de León García

Unidad contra la Violencia de Género y Protección Social
Cuerpo de Policía Municipal de Móstoles
Área de Seguridad Ciudadana
Ayuntamiento de Móstoles

Silvia Allué Ecur

Servicio de Prevención de Adicciones a Sustancias Adictivas
y a las Nuevas Tecnologías (SPANT)
*Convenio de colaboración entre el Ayuntamiento de Móstoles
y la Asociación Punto Omega*

Francisco José Borrás Nevado

Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)
*Centro Público en modalidad de concesión
de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
(Gestión externa por la Asociación Punto Omega)*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	pág. 4
1.1. Justificación del Plan de Adicciones de Móstoles (PAM) 2022-2028.	pág. 5
1.2. Contexto.	
1.2.1. El municipio de Móstoles.	pág. 7
1.2.2. Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones 2009-2012.	pág. 10 pág. 11
1.2.3. Marco normativo.	pág. 12
1.3. Proceso de elaboración del PAM.	
2. MARCO CONCEPTUAL	
2.1. Modelo teórico.	pág. 13
2.2. Principios del PAM.	pág. 16
2.3. Misión.	pág. 17
2.4. Visión.	pág. 17
3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES.	
3.1. La Unión Europea.	pág. 18
3.2. Panorama nacional y autonómico.	
3.2.1. Panorama nacional.	pág. 22
3.2.2. Panorama autonómico.	pág. 38
3.3. Situación municipal.	
3.3.1. Datos de atención del CAID.	pág. 43
3.3.2. Algunos programas de prevención y atención temprana.	pág. 46
3.3.3. Programas de control de la oferta.	pág. 57
3.3.4. Recursos del municipio.	pág. 60
3.4. Repercusiones del SARS-CoV-2	pág. 66

<p>4. LÍNEAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES.</p> <p>Línea 1- Prevención y promoción de la salud:</p> <p style="padding-left: 40px;">Prevención comunitaria.</p> <p style="padding-left: 40px;">Prevención escolar y familiar.</p> <p style="padding-left: 40px;">Prevención en el ámbito laboral.</p> <p>Línea 2- Control de la oferta:</p> <p style="padding-left: 40px;">Responsabilidad administrativa.</p> <p style="padding-left: 40px;">Responsabilidad comunitaria.</p> <p style="padding-left: 40px;">Responsabilidad policial.</p> <p>Línea 3- Atención integral a la adicción.</p> <p>Línea 4- Liderazgo y generación de alianzas.</p> <p>Línea 5- Evaluación y seguimiento.</p>	<p>pág. 69</p> <p>pág. 71</p> <p>pág. 73</p> <p>pág. 74</p> <p>pág. 75</p> <p>pág. 76</p> <p>pág. 80</p> <p>pág. 82</p> <p>pág. 85</p>
<p>5. ANEXOS.</p> <p>Anexo 1. Marco normativo e institucional.</p> <p>Anexo 2. Fuentes de información y bibliografía.</p> <p>Anexo 3. Claves de la Mesa Técnica del PAM.</p>	<p>pág. 89</p> <p>pág. 93</p> <p>pág. 96</p>

1. INTRODUCCIÓN.

El documento que se presenta es el resultado, por un lado, de una política municipal que desde hace doce años presta especial interés al problema de las adicciones en Móstoles y, por otro, del trabajo y el compromiso de servicio público a la ciudadanía por parte de la Mesa Técnica constituida por profesionales del Ayuntamiento de Móstoles y de entidades que ejercen su labor en el mismo municipio. Profesionales que, en un esfuerzo conjunto por compartir conocimiento y experiencias, tanto en el ámbito de las adicciones y su control, como en el educativo y en el de la promoción de la salud, han elaborado un nuevo Plan de Adicciones para el municipio de Móstoles (“Plan de Adicciones de Móstoles 2022-2028” -en adelante, PAM-) que sustituirá al “Plan Municipal de Acción Sobre las Adicciones 2009-2012”, vigente hasta Diciembre de 2021.

Este nuevo “Plan de Adicciones de Móstoles 2022-2028” se ha concebido desde un enfoque de salud pública y de continuidad en el tiempo, generando un marco de trabajo inicial para el período 2022-2028, que favorezca el diseño, desarrollo, evaluación y coordinación de proyectos y actuaciones comunitarias en el ámbito de las adicciones, desde el compromiso y la corresponsabilidad del Ayuntamiento, Administraciones Públicas, entidades educativas y socio-sanitarias y la ciudadanía en general.

1.1. Justificación del Plan de Adicciones de Móstoles (PAM) 2022-2028.

La salud debe formar parte de la acción intersectorial y sostenible de las políticas ejercidas desde los diferentes niveles sociosanitarios y de la Administración con el fin de diseñar estrategias gubernamentales que contribuyan al logro del máximo nivel de salud y bienestar de la población. De esta manera, el compromiso de las Administraciones Locales es imprescindible como así lo recoge el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en la denominada “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud¹”:

«El Ayuntamiento, como órgano de gobierno municipal, constituye el primer peldaño de las Administraciones Públicas al alcance de los ciudadanos y, por tanto, tiene un papel de primer orden en atender y dar respuesta a los problemas y demandas de los ciudadanos. La vinculación entre salud y municipio no es nueva. No obstante, el papel de los municipios en relación a la salud y el bienestar de la población ha ido cambiando a la par que lo hacían el concepto de salud, los problemas y necesidades de la población y las competencias municipales. La salud pública ha estado unida a lo municipal hace más de un siglo. Es en el municipio donde la gente vive, trabaja, se relaciona».

Así mismo, la Estrategia refiere que:

«...la administración local, por su condición privilegiada al ser la más próxima a la ciudadanía, es competente en materias que pueden ser determinantes de salud en su territorio y, por tanto, puede liderar, explicar, compartir e implementar políticas y estrategias que, con seguridad, van a permitir producir cambios en la dirección de ganar salud para su población».

Las adicciones son un problema de salud pública, un fenómeno social complejo debido a la interacción de diferentes elementos que convergen en sus causas y en su proceso de desarrollo y por la variedad de ámbitos y áreas que pueden verse afectados. Son cambiantes y adquieren vertientes diferentes en función de la sensibilidad social, la aparición de nuevas sustancias y conductas adictivas, de nuevos patrones y contextos de consumo, de la población afectada y de sus consecuencias sociales. Para poder abordarlas se requiere de la concurrencia del compromiso y la responsabilidad social en todas las esferas tanto públicas como privadas.

¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

La importancia de abordar las adicciones, como una estrategia que favorecerá la salud de las poblaciones, se puede encontrar en el ámbito internacional, nacional y de comunidad autónoma:

- La ONU acordó en 2011 establecer como objetivo para el año 2025 una reducción del 25% en la mortalidad por enfermedades crónicas. Para ello, se estableció la estrategia *“cuatro por cuatro”*, es decir, priorizar el abordaje de los cuatro principales factores de riesgo (alimentación no saludable, inactividad física, **consumo de alcohol y consumo de tabaco**) para las cuatro enfermedades crónicas más importantes. En 2015 aprobó la *“Agenda 2030”* en la Cumbre de Desarrollo Sostenible, fijándose 17 objetivos entre los cuales se encuentra el nº3 *“Salud y Bienestar”*, que pretende *«garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades»*. Una de las metas marcadas es *«fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol»*.
- La *“Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024”* impulsada por el *“Plan Nacional sobre Drogas”* se articula en torno a dos metas con diferentes objetivos estratégicos que se agrupan en varias áreas de actuación y que, a su vez, se apoyan en seis áreas de actuación transversales. Las metas son: *«a) “Alcanzar” una sociedad más saludable e informada mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general»* y *«b) “Tener” una sociedad más segura a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción»*.
- Si descendemos un escalón en la organización administrativa se debe hacer referencia a la **Ley 5/2002, de 27 de Junio sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos** (Comunidad de Madrid), que surge con la vocación de *«promocionar, de forma activa, hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo al consumo de drogas»*.

Además, esta Ley en su artículo 45.2 refiere, entre otros aspectos, *«que los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, tienen la competencia y responsabilidad mínima de aprobar y ejecutar el Plan Municipal sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, la ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio y 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 Municipal sobre Drogodependencias»*.

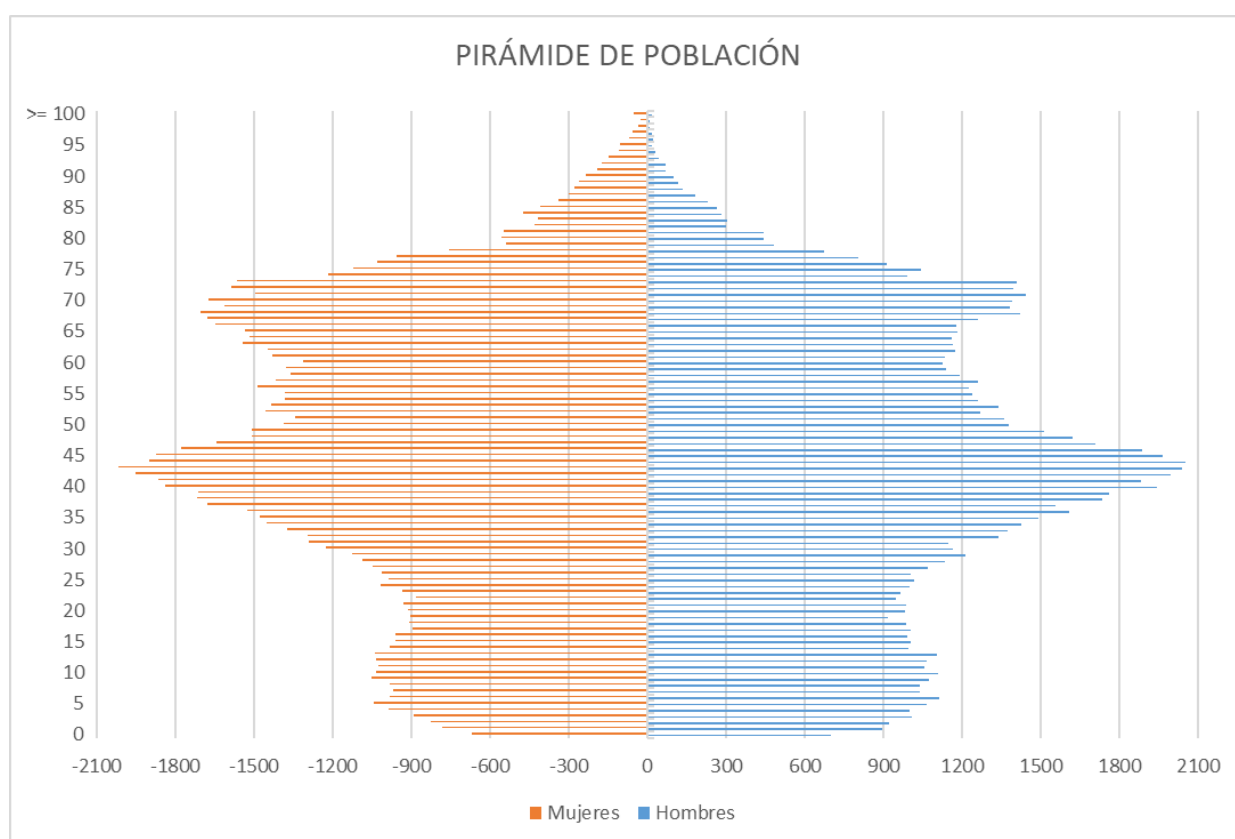
Con esta última referencia de la Ley autonómica se regula la necesidad e importancia que tiene el abordaje de las adicciones, en sus distintas vertientes, por parte de las Corporaciones Locales.

1.2. Contexto.

1.2.1. El municipio de Móstoles.

El municipio de Móstoles está ubicado al suroeste del centro de la ciudad de Madrid, perteneciendo a su área metropolitana. Actualmente es el vigésimo séptimo municipio más poblado del país, y el segundo de la Comunidad de Madrid.

Desde los años sesenta, en los que la población era eminentemente rural, ha ido creciendo hasta convertirse en el siglo XXI en una ciudad con más de 200.000 habitantes. Según datos del último Padrón Municipal, a fecha de Julio de 2021, Móstoles tiene una población de 210.344 personas.

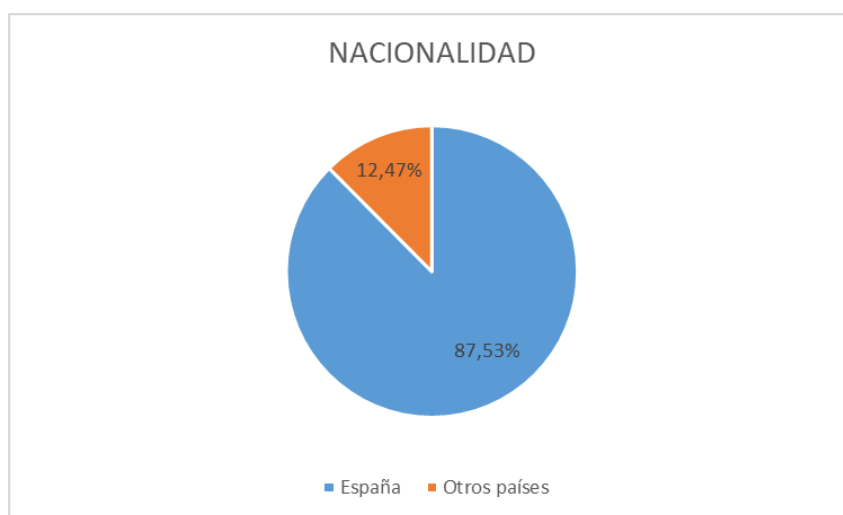


El tramo de edad más amplio corresponde a la franja de edad de 40-45 años. La distribución por franjas de edad sería la siguiente:

- De **0 a 5 años**: 10.796 (5,14%) personas de las cuales 5.597 (2,67%) son hombres y 5.199 (2,47%) son mujeres.
- De **6 a 11 años**: 12.482 (5,94%) personas de las cuales 6.440 (3,06%) son hombres y 6.042 (2,88%) son mujeres.
- De **12 a 18 años**: 13.940 (6,63%) personas de las cuales 7.156 (3,4%) son hombres y 6.784 (3,23%) son mujeres.

- De **19 a 34 años**: 35.176 (16,73%) personas de las cuales 17.702 (8,43%) son hombres y 17.474 (8.3%) son mujeres.
- De **35 a 50 años**: 55.548 (26,43%) personas de las cuales 28.158 (13,4%) son hombres y 27.390 (13.3%) son mujeres.
- De **51 a 64 años**: 36.955 (17,57%) personas de las cuales 17.061 (8,11%) son hombres y 19.894 (9.46%) son mujeres.
- **Personas con 65 años y más**: 45.447 (21,58%) personas de las cuales 20.120 (9,55%) son hombres y 25.327 (12.3%) son mujeres.

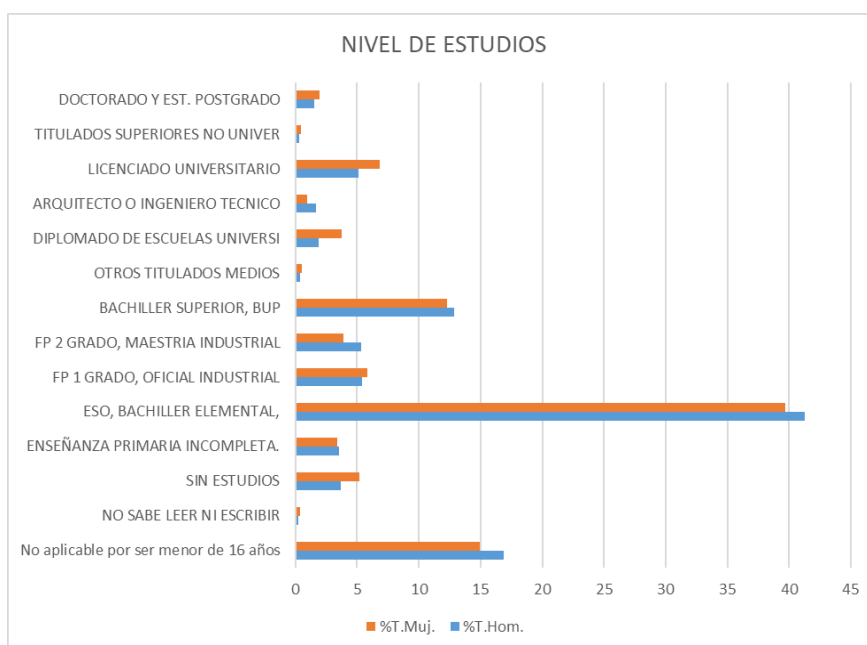
En cuanto a los demás datos que nos proporciona el Padrón Municipal², podemos ver reflejada la nacionalidad y el nivel de estudios de la población mostoleña.



El municipio de Móstoles tiene un 87,53% de población con **nacionalidad** española y un 12,47% posee otras nacionalidades.

² Datos del Padrón Municipal de Habitantes a 5/7/2021, facilitados por el departamento de Estadística del Ayuntamiento de Móstoles.

En cuanto al **nivel de estudios**, como se refleja en la siguiente tabla, el porcentaje más alto corresponde a personas que han cursado estudios de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachiller Elemental.



Dejando ya de lado los datos del Padrón Municipal de Habitantes, y haciendo referencia a la economía del municipio, los datos³ de la “Agencia Estatal de Administración Tributaria” (AEAT) del año 2021 señalan que la **renta bruta media** en el municipio de Móstoles en 2018 fue de 24.570 euros, ocupando el puesto número 834 en el ranking de renta bruta declarada de toda España.

Móstoles ha pasado de ser una ciudad dormitorio a contar con varios polígonos industriales y un Parque Tecnológico, además de zonas industriales dispersas. En casi todos los casos, el tejido industrial está formado por medianas y pequeñas empresas, y la actividad económica predominante⁴ es la electro-sidero-metalúrgica, aunque también existe industria textil y papelera.

³ epdata, <https://www.epdata.es/datos/renta-municipios-datos-estadisticas-agencia-tributaria/201/mostoles/4817>

⁴ Asociación Internacional de Ciudades Educadoras, <https://www.edcities.org/ciudad/mostoles/>

1.2.2. Plan Municipal de Acción Sobre las Adicciones 2009-2012.

Siguiendo las recomendaciones del Plan Nacional sobre Drogas, el Ayuntamiento de Móstoles, en Junta de Gobierno Local, aprobó en su sesión de 17 de Marzo de 2009 el “Plan Municipal de Acción Sobre las Adicciones 2009-2012” por acuerdo nº23/373.

Este Plan se concibió como un elemento destinado a coordinar y potenciar las políticas que se llevaran a cabo en el Municipio en materia de drogas y otras adicciones, por parte de las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales, bajo la iniciativa de la Corporación Municipal de Móstoles.

Los Principios Básicos y Líneas de Actuación del Plan Municipal todavía vigente son:

- Promover la prevención para la reducción de la demanda de drogas, impulsando los programas y actividades que las distintas instituciones nacionales, autonómicas, locales, asociaciones, organizaciones no gubernamentales y sindicales, realizan en este ámbito, dentro del Municipio.
- Impulsar la coordinación, actuación conjunta y eficaz, de todas las áreas y departamentos que, en la ciudad, tienen como objetivo el control de la oferta.
- Fomentar la responsabilidad y la participación informada, de todos los ciudadanos y ciudadanas, en materia de adicciones.
- Potenciar la coordinación de la red de centros, para la asistencia y rehabilitación de personas con problemas derivados de las adicciones y con el resto de las redes socio-sanitarias, con el fin de impulsar su incorporación a la vida normalizada.

1.2.3. Marco Normativo.

El PAM 2022-2028 se enmarca en los siguientes ámbitos normativos (véase ANEXO 1):

➤ **Ámbito europeo.**

- Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea.
- “Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020”.

➤ **Ámbito nacional.**

- Constitución Española de 1978, artículo 43.
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, artículo 6.
- “Plan Nacional sobre Drogas”, 1985.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de Marzo, de protección de la seguridad ciudadana.
- Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

➤ **Ámbito autonómico (Comunidad de Madrid).**

- Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, artículo 139.
- Ley 5/2002 de 27 de Junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, artículos 45.2. y 48.

➤ **Ámbito local (Ayuntamiento de Móstoles).**

- “Plan Municipal de Acción Sobre las Adicciones 2009-2012”, aprobado por la Junta de Gobierno Local en su sesión del 17 de Marzo de 2009, por acuerdo nº23/373, y prorrogando hasta la actualidad a través de los siguientes acuerdos:
 - acuerdo nº15/382, en sesión celebrada el 28 de Mayo de 2013.
 - acuerdo nº9/767, en sesión celebrada el 11 de Diciembre de 2017.
 - acuerdo nº2/822, en sesión celebrada el 30 de Diciembre de 2019, última prórroga, hasta el 31 de Diciembre de 2021.

1.3. Proceso de elaboración del PAM.

Tras doce años de vigencia del actual “Plan Municipal de Acción Sobre las Adicciones 2009-2012” se considera necesaria su actualización, proponiéndose la elaboración de un nuevo Plan que responda a la situación actual de las adicciones y del municipio de Móstoles.

En Enero de 2021, desde el Área de Sanidad se invitó a una reunión a profesionales de las áreas municipales de Educación, Juventud y Seguridad Ciudadana, así como a profesionales del “Centro de Atención Integral a Drogodependientes” (CAID) de Móstoles (Centro público en modalidad de concesión de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid) y del “Servicio de Prevención de Adicciones a Sustancias Adictivas y a las Nuevas Tecnologías” (SPANT), ambos gestionados por la entidad Punto Omega, con el fin de proponerles la posibilidad de formar parte de la elaboración de un nuevo Plan de Adicciones para el municipio de Móstoles.

Todas las personas profesionales asistentes a la citada reunión aceptaron, con el compromiso de sus respectivos/as responsables, formar parte de un equipo de trabajo que elaboraría el nuevo Plan de Adicciones.

La elección de áreas y profesionales se realizó siguiendo criterios de conocimiento y experiencia en el ámbito de la intervención social y/o de la prevención, asistencia y control de las adicciones.

El trabajo a realizar se organizó siguiendo este orden:

- Revisión documental sobre estrategias nacionales e internacionales en relación con las adicciones, situación actual, búsqueda de modelos teóricos de intervención actualizados y revisión de planes de adicciones municipales, autonómicos y nacionales.
- Definición de las claves que debían regir el trabajo de la Mesa Técnica: Transparencia, Interdisciplinariedad y Solvencia Técnica, Trabajo Colaborativo y Consensuado, Evidencia Científica y Calidad, Equidad, Compromiso Ético, Perspectiva de Género, y Perspectiva de Diversidad Identitaria (véase ANEXO 2).
- Definición de la Visión y Misión del nuevo Plan de Adicciones.
- Conformación de la estructura y elaboración del “Plan de Adicciones de Móstoles (PAM) 2022-2028”.
- Definir los recursos económicos necesarios para la implementación y desarrollo del PAM.

2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1. Modelo teórico.

Dado su carácter transversal, el fenómeno de las adicciones debe abordarse con una perspectiva multidisciplinar, integral y comunitaria. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la asistencia a las personas con vulnerabilidad o con problemas de adicciones y facilitando la inclusión normalizada de las personas afectadas en su entorno comunitario.

- La primera línea de actuación que se plantea gira en torno a la **Prevención y Promoción de la Salud**. Se proponen acciones dirigidas a capacitar a las personas en sus factores de protección, reduciendo los de riesgo, mediante la creación de entornos saludables que favorezcan comportamientos no adictivos.
- En segundo lugar, y de forma complementaria a la línea anterior, se plantean estrategias y acciones para **reducir y controlar la oferta**. Por un lado, se pretende impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente, así como regular la normativa municipal que aumente los factores de protección. Con este mismo objetivo, **se potenciará la figura del “Policía Tutor”**.
- La tercera línea de actuación se orienta a garantizar la asistencia en la **atención integral de las personas con problemas de adicciones**. Se trata de minimizar los riesgos y daños derivados del uso y/o posible adicción y asegurar una respuesta continuada, coordinada y eficaz de las necesidades de intervención.
- La siguiente línea propone **mecanismos que generen alianzas**, potenciando la cooperación entre los diferentes agentes implicados, tanto públicos como privados. Dichas alianzas son necesarias para tratar eficientemente el fenómeno de las adicciones.
- Por último, para garantizar un enfoque continuado, permanente, actualizado y eficaz en las estrategias de intervención, es necesario una **evaluación y control continuo de las actuaciones**, que permita aprender de la experiencia y mejorar en el futuro, asegurando un correcto funcionamiento del PAM.

El fenómeno de las adicciones abarca distintas problemáticas y comportamientos, y así se pretende abordar en el presente Plan. Se contemplan, por un lado, las **sustancias con capacidad adictiva**, algunas de consumo muy arraigado en nuestro entorno como el alcohol y el tabaco, y otras, como los derivados del cannabis, opiáceos, psicoestimulantes, alucinógenos, medicamentos psicotrópicos, derivados anfetamínicos y otras sustancias sintéticas y procedentes de la fabricación química. Asimismo, otros dispositivos susceptibles de liberación de nicotina se incluyen como generadores de comportamientos adictivos.

Pero, además, las estrategias de actuación en materia de adicciones incorporan la atención a otros **comportamientos que, realizados de forma repetida o excesiva, pueden hacer surgir problemas graves y generar los patrones adictivos similares** a las sustancias con capacidad adictiva. Hablamos del juego de azar y también de nuevas realidades sociales, como el uso de internet, las redes sociales, las tecnologías digitales y las nuevas aplicaciones para ellas diseñadas, cuyo uso indebido, excesivo o abusivo puede comportar preocupación y ciertos problemas que pueden constituir los albores de una futura adicción.

El PAM 2022-2028 contempla las **intervenciones en materia de adicciones** en distintos niveles, teniendo en cuenta que las causas de las adicciones son muy complejas y variadas, incluyendo factores de vulnerabilidad de índole personal, factores del entorno comunitario y también otros de carácter macroeconómico y social.

El modelo de intervención sitúa a la persona en el centro como sujeto principal al que proteger y facilitar asistencia. Desde esta perspectiva, las actuaciones deben considerar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos adictivos de cada persona, tanto factores hereditarios como conductas relacionadas con la salud. Las intervenciones individuales también tienen en cuenta la autonomía personal como elemento esencial para entender por qué las personas optan o no por conductas saludables.

En este sentido, se plantea el reto de empoderar a la persona para aumentar el control sobre su vida. Reconocer sus derechos, pero también establecer sus deberes y obligaciones, no sólo como usuarias de los servicios sociales o de salud, sino también en aceptación de la libertad personal, siempre que sean mayores de edad. Por lo que respecta al ámbito comunitario, se destaca el valor propulsor de los entornos más cercanos a la persona (familiar, escolar/educativo, ocio y deporte, laboral, etc.), buscando la implicación y la participación de todos ellos en las intervenciones propuestas. En este punto, es relevante el papel de las instituciones locales, por su cercanía a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

Finalmente, es importante considerar el contexto socioeconómico y político, que ejerce una influencia importante sobre los patrones de estratificación social, generando desigualdades socioeconómicas, que a su vez son determinantes para el consumo de sustancias y la adopción de conductas no saludables.

Siempre tomando como punto de partida la persona, el PAM 2022-2028 se cimienta en los **principios** de universalidad, solidaridad y equidad, perspectiva de género y perspectiva de diversidad identitaria, que deben impregnar todas las estrategias y actuaciones.

El principio de **universalidad** implica el acceso universal a los recursos de prevención y promoción de la salud, protección y asistencia. Con un criterio de **solidaridad**, el PAM 2022-2028 prioriza la protección de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión, asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos, sin tener en cuenta su capacidad económica o procedencia. Siguiendo un principio de **equidad**, el PAM busca que todas las personas cuenten con las mismas oportunidades para enfrentar el fenómeno de las adicciones, independientemente de sus condiciones sociales, de género, lugar de residencia, tipo de trabajo, ingresos económicos, nivel de estudios o país de origen. Se inspira para ello en el concepto de “universalismo proporcional”, lo que implica que las actuaciones en materia de adicciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a las necesidades.

La **perspectiva de género** adquiere una importancia destacada en el marco del PAM. En primer lugar, por la imprescindible consideración de las diferencias fisiológicas, psicológicas y sociales entre mujeres y hombres con respecto a las adicciones. En segundo lugar, porque las mujeres están adquiriendo conductas adictivas que antes sólo estaban socialmente admitidas en los hombres. En tercer lugar, por la necesidad de promover programas sensibles al género, capaces de superar los obstáculos que afrontan las mujeres para acceder al tratamiento de las adicciones y mantenerse en él. Por ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adicciones teniendo en cuenta el sexo y el género, es decir las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de mujeres y hombres.

Por último, resulta fundamental una **perspectiva de diversidad identitaria** para garantizar el acceso a la atención a personas con identidades diversas (orientación sexual, diversidad funcional, etnia, cultura, etc.) de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a su necesidad y se promueva su integración social.

2.2. Principios del PAM.

El PAM 2022-2028 está basado en los siguientes **principios**:

- **Solvenia Técnica y Trabajo Colaborativo:** todas las personas implicadas en el diseño y el desarrollo del PAM 2022-2028 serán profesionales y/o personas con amplia experiencia de trabajo en el municipio de Móstoles y/o en el ámbito de las adicciones, de forma que puedan ofrecer su experiencia y conocimiento, para trabajar de una manera consensuada, multidisciplinar y en red.
- **Perspectiva de Equidad:** el PAM 2022-2028 está dirigido a toda la población en igualdad de oportunidades y condiciones, sin discriminaciones, de manera equitativa y garantizando actuaciones ajustadas a las características y necesidades de la población, con el fin de que todas las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud, independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Esta perspectiva de equidad incluye la perspectiva de género y la perspectiva de diversidad identitaria.
- **Evidencia Científica y de Calidad:** el PAM 2022-2028 establecerá estándares de eficacia basando sus intervenciones en estudios e investigaciones científicas que permitan obtener logros medibles y realistas al tiempo que buscará la mejora continua a través de métodos de análisis, seguimiento y evaluación.
- **Participación social:** el PAM 2022-2028 promoverá y potenciará la coordinación y participación de las diferentes entidades socio sanitarias, del tejido asociativo del municipio y de toda la población a través de distintos mecanismos (informativo, consultivo, participativo, colaborativo y empoderamiento) con el fin de crear las sinergias y actuar eficientemente frente a las adicciones. De igual modo, promoverá y potenciará la coordinación de las instituciones que, a nivel autonómico y nacional, regulan y definen políticas en el ámbito de las adicciones.
- **Gobernanza para la Salud:** el PAM 2022-2028 facilitará la interacción entre el Gobierno Local, las entidades del municipio, diferentes sectores locales y la ciudadanía con el fin de establecer una red de comunicación, colaboración, coproducción y corresponsabilidad para la protección de la salud general y el abordaje de las adicciones.

2.3. Misión.

Generar un marco de trabajo que favorezca el diseño, desarrollo y coordinación de proyectos y actuaciones comunitarias en el municipio de Móstoles, que incidan en la **prevención** de las adicciones, con especial atención en la población infanto-juvenil, y en la **atención integral** a todas aquellas personas que tengan conductas adictivas o comportamientos con potencial adictivo.

2.4. Visión.

Ser un referente para el abordaje de las adicciones, generando un compromiso entre la población, el tejido asociativo y las instituciones locales, para trabajar de forma conjunta en proyectos relacionados con dicho abordaje e incidir en la transformación de la ciudad convirtiéndola en una ciudad saludable y sostenible.

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES.

3.1. La Unión Europea.

La Unión Europea cuenta desde 1993 con el “**Observatorio Europeo de las Drogas y las Drogodependencias**” (EMCDDA)⁵ que tiene como misión proporcionar «una información real, objetiva, fiable y comparable sobre el fenómeno de la droga y la drogodependencia, así como sobre sus consecuencias».

El problema que presentan estos datos es que no tienen una metodología e instrumento de recogida de datos estandarizada para todos los países y la información no siempre es fácilmente comparable.

Por otro lado, “The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs”, estableció una encuesta con el fin de poder recoger de forma unificada la información, describiendo el uso de sustancias psicoactivas de estudiantes de 15 y 16 años en Europa.

La **Encuesta ESPAD (Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas)** es fruto de un esfuerzo de colaboración de equipos de investigación en más de 40 países europeos y el mayor proyecto de investigación internacional sobre el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes en el mundo. El objetivo general del proyecto es reunir datos comparables sobre el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes de 15 y 16 años de edad en Europa.

En 2019 se ha realizado la **Encuesta ESPAD en la que por primera vez España ha participado como país miembro**, si bien desde 1995 España ha proporcionado datos comparables procedentes de la encuesta ESTUDES.

Los datos que se presentan a continuación salen de ambas fuentes de información. Los datos no han podido tener el nivel de detalle que tienen los de España o incluso de la Comunidad de Madrid.

La Tabla 1 nos muestra los datos recogidos desde el EMCDDA en el que podemos ver la prevalencia de consumo de sustancias. El alcohol se confirma en Europa como la droga con la edad de inicio más temprana y junto con el tabaco, las más probadas alguna vez en la vida, seguida del cannabis. El alcohol es el de mayor prevalencia en los últimos 30 días.

No aparecen datos de adicciones sin sustancia.

⁵ Informe europeo sobre drogas 2021 (24 lenguas), disponible en www.emcdda.europa.eu/edr2021

TABLA 1. Datos del Observatorio Europeo (EMCDDA) 2020

CONSUMOS EN EUROPA EN POBLACIÓN GENERAL (ENTRE 15 Y 64 AÑOS)										
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS										
SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			EDAD DE INICIO
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	
Alcohol	63,94 %	58,34 %	61%	82,6 %	72%	77,24 %	71%	53,46 %	62%	15-17
Tabaco	65%	50,54 %	58%	41%	27%	33,85 %	40%	27%	33,52%	16,6
Cigarrillos electrónicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cannabis	25,47 %	15,29 %	20,28 %	8,33 %	3,71 %	5,99%	4,37 %	1,69%	3,03%	17
Cocaína	5,19%	2,21%	3,57%	1,38 %	0,53 %	0,95%	0,55 %	0,15%	0,34%	23
Éxtasis / MDMA	4,84%	2,33%	3,44%	1,19 %	0,53 %	0,85%	0,41 %	0,19%	0,28%	22
Anfetaminas	3,9%	1,88%	2,79%	0,84 %	0,37 %	0,59%	0,38 %	0,16%	0,25%	21
LSD	0,27%	0,10%	0,18%	0,36 %	0,15 %	0,25%	0,13 %	0,3%	0,8%	-
Heroína/Opioides	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23

A continuación, se analizan los datos pertenecientes al ESPAD 2019.

Una vez más la sustancia más consumida es el **alcohol** con una media de 79% del total de la muestra habiendo consumido alguna vez en la vida y el 47% en los últimos 30 días, emborrachándose el 13%. Una de cada 3 personas (33%) entrevistadas había probado el alcohol a los 13 años o antes y un 1 de cada 15 (6,2%) se han “emborrachado” a esa edad. Es también destacable que 1 de cada 3 (34%) estudiantes declarara haber realizado “binge drinking”. La variabilidad entre países es muy grande, pero en todos ellos, el alcohol es percibido como una droga de fácil accesibilidad. Los datos de España coinciden con la media europea con la curiosidad que el porcentaje de chicas (38%) que han realizado “binge drinking” es bastante mayor que el de chicos (30%).

En relación al **tabaco**, el 18% de la muestra ha fumado cigarrillos a los 13 años o más joven, aunque la media de edad de inicio es de 16 años. Un 41% de la muestra ha consumido tabaco y el 20% lo ha consumido en los últimos 30 días. España vuelve a situarse en la media europea según los datos de este estudio.

Está aumentando el uso de **cigarrillos electrónicos** situándose en cifras cercanas al tabaco, habiendo un 40% de estudiantes que lo han utilizado alguna vez en la vida. El uso en los últimos 30 días se sitúa en el 14%. España tiene un 42% de prevalencia a lo largo de la vida y un 9% en el último mes.

Es importante mencionar que un 32% de la población estudiantil europea considera que el **cannabis** es la sustancia ilícita más fácil de conseguir, en España el 41% lo considera, siendo esta una tendencia que aumenta con los años. Una vez más hay gran variabilidad de consumo entre los diferentes países con una media del 16% de la muestra que ha consumido alguna vez y el 7,1% en el último mes. Los datos de España son más altos, con el 23% alguna vez y el 12% en el último mes.

Para detectar el posible **uso problemático del cannabis** se utilizó la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) y un 4% de la muestra está en riesgo de desarrollar un uso problemático. En cuanto a la muestra española, un 6% de los chicos y un 5,6% de las chicas, por lo tanto, un 5,8% de la muestra.

En esta encuesta sí se han recogido datos en relación a adicciones sin sustancias.

En este sentido, un 22% de la población europea de 15 y 16 años ha **jugado con dinero** (online o presencial) en los últimos 12 meses y un 7,9% ha jugado con dinero online. Los datos de España son algo inferiores, 17% y 4,2%, duplicando los chicos a las chicas.

Para medir un posible problema con la conducta de juego se utilizaron dos escalas. Por un lado, se incluyó una escala creada por Rockloff y sus colaboradores para medir la intensidad de la actividad de juego o el **juego con dinero excesivo**. Por otro lado, se utilizó la escala Lie/Bet para medir el posible **juego problemático**.

El 15% del alumnado europeo que había jugado con dinero en los últimos 12 meses presentó un juego con dinero excesivo, y un 5% un posible juego problemático. En el caso de España fueron menores con un 10% y 3,2% respectivamente.

Finalmente, desde el 2015, la ESPAD incluye un módulo en el que se pregunta sobre el **uso de las redes sociales y los videojuegos**. Se utiliza una herramienta de auto-percepción relacionado con el uso de ambas cosas para la detección de problemas centrándose en tres variables: demasiado tiempo dedicado a estas actividades, malos sentimientos debido al acceso restringido y las preocupaciones de la familia relacionadas con el tiempo dedicado a estas actividades.

Los resultados muestran que un 46% de la muestra considera tener problemas con el uso de las redes sociales (un 43% en España) y un 21% con los videojuegos (un 16% en España).

A continuación, se presenta la tabla con los datos comentados anteriormente:

TABLA 2. Datos del Informe ESPAD 2019

CONSUMOS EN EUROPA EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL (ENTRE 15 y 16 AÑOS)				
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS				
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS	EDAD DE INICIO
SUSTANCIAS				
Alcohol	79%	-	47%	16
1. Borrachera	-	-	13%	-
2. Binge drinking	-	-	34%	-
Tabaco	41%	-	20%	16,6
Cigarrillos electrónicos	40%	-	14%	-
Cannabis	16%	-	7,1%	17
Cocaína	-	1,2%	-	23
Éxtasis / MDMA	-	0,9%	-	22
Anfetaminas	-	0,7%	-	21
Heroína/Opioides	-	0,35%	-	23
COMPORTAMENTALES				
Juego con dinero (on-line y presencial)	-	22%	-	-
Juego con dinero on-line	-	7,9%	-	-
Redes Sociales percepción problema	-	46%	-	-
Videojuegos percepción problema	-	21%	-	-

3.2. Panorama nacional y autonómico.

3.2.1. Panorama nacional.

Las adicciones son un fenómeno multifactorial en el que la casuística depende en parte de factores sociales que ocurren en una comunidad específica. Por este motivo, las grandes encuestas son útiles para sacar una fotografía general de tendencias muy importante para las líneas estatales de intervención. Cuando la intervención a realizar es más concreta, sería de gran interés conocer la realidad más específica de la población diana con la que se va a trabajar.

En España se dispone de dos grandes estudios que permiten contar con datos históricos y recientes. Estas encuestas son Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias, ESTUDES, que recoge información de alumnado de entre 14 y 18 años y la Encuesta sobre alcohol y drogas de España, EDADES que recoge datos de personas entre 15 y 64 años. A su vez, desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) se emite un informe anual en el que se comentan y comparan los datos obtenidos en estas encuestas.

A continuación se presenta un resumen de los datos más relevantes de las dos últimas encuestas realizadas, ESTUDES 2018/2019 y EDADES 2019/2020.

Tabla 1. ESTUDES 2018/2019

CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLACIÓN JUVENIL (ENTRE 14 Y 18 AÑOS)										
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS										
SUSTANCIAS	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Edad de inicio
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	
Alcohol	76,3%	79,4%	77,9%	74,1%	77,5%	75,9%	57,2%	59,8%	58,5%	14
Borracheras	48,5%	53,4%	51,1%	42,3%	46,5%	44,5%	23,7%	25%	24,3%	-
Tabaco	38,2%	44,3%	41,3%	31,4%	38,5%	35%	23,9%	29,3%	26,7%	14,1
Cigarrillos electrónicos	-	-	48,9%	-	-	37,8%	-	-	14,9%	-
Cannabis	34,5%	31,5%	33%	29,2%	25,9%	27,5%	21,5%	17,3%	19,3%	14,9
Cocaína	3,9%	1,9%	2,9%	3,2%	1,7%	2,4%	1,3%	0,6%	0,9%	15,1
Éxtasis	3,1%	2,1%	2,6%	2,4%	1,4%	1,9%	0,6%	0,4%	0,7%	15,4
MDMA	1,9%	1,3%	1,6%	1,6%	0,8%	1,2%	0,7%	0,3%	0,5%	15,2
Anfetaminas	2,0%	1,1%	1,5%	1,5%	0,8%	1,1%	0,7%	0,3%	0,5%	15,4
Alucinógenos*	2,7%	1,2%	1,9%	2,0%	0,8%	1,4%	0,7%	0,3%	0,5%	15,2
Heroína/Opioides	1,0%	0,4%	0,7%	0,7%	0,3%	0,5%	0,4%	0,1%	0,3%	14,5
Hipnosedantes	15,1%	21,5%	18,4%	9,8%	15,1%	12%	5,1%	7,7%	6,4%	14
Hipnosedantes sin receta	6,8%	10,3%	8,6%	4,7%	7,4%	6,1%	2,2%	3,5%	2,9%	14,3
Analgésicos opioides	3,0%	1,5%	2,2%	2,2%	0,8%	1,5%	0,7%	0,2%	0,5 %	14,9

FUENTE: OEDA INFORME 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (ESTUDES 1994-2018/2019)

Tabla 2. EDADES 2019/2020

CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLACIÓN 15-64 años										
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS										
SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			EDAD DE INICIO
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	
Alcohol	95,5%	90,4%	93%	82,7%	71,6%	77,2%	72%	53,9%	63%	16,7
Tabaco	74,9%	65,1%	70%	44,4%	34,2%	39,4%	41,4%	32%	36,8%	16,6
Cigarrillos electrónicos	12%	8,9%	10,5%	5%	3,2%	4,1%	2,4%	1,2%	1,8%	30,4
Cannabis	46,3%	28,7%	37,5%	14,6%	6,3%	10,5%	11,4%	4,7%	8%	18,5
Cocaína	16,1%	5,7%	11,2%	4,0%	0,9%	2,5%	1,9%	0,3%	1,2%	21,1
Éxtasis	7,5%	2,4%	5%	1,4%	0,4%	0,9%	0,6%	0,1%	0,3%	20,7
MDMA	1,8%	0,5%	1,2%	0,4%	0,2%	0,3%	0,1%	0%	0,1%	23,3
Anfetaminas	6,5%	2%	4,3%	0,9%	0,4%	0,7%	0,4%	0,2%	0,3%	20,6
Alucinógenos*	8,2%	2,8%	5,5%	1%	0,2%	0,6%	0,2%	0,1%	0,2%	21,2
Setas mágicas	5,3%	1,7%	3,5%	0,6%	0,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	22,2
Heroína/Opioides	1,2%	0,3%	0,7%	0,1%	0%	0,1%	0,1%	0%	0%	22,6
Hipnosedantes	18,3%	26,8%	22,5%	9,4%	14,7%	12%	6,5%	10,7%	8,6%	34,4
Hipnosedantes sin receta	3%	3,1%	3,1%	1,3%	1,2%	1,3%	0,6%	0,4%	0,5%	30,6
Analgésicos opioides	14,1%	16,2%	15,2%	6,2%	8,1%	7,1%	3%	4,3%	3,6%	32,6

FUENTE: OEDA INFORME 2021 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES 2019/2020)

Los datos de la Encuesta ESTUDES 2018/2019 (alumnado de 14 a 18 años) y la Encuesta EDADES 2019/2020 (población de 15 a 64 años) muestran una vez más, que las drogas legales más consumidas alguna vez en la vida son el **alcohol** (77,9% ESTUDES y 93% EDADES) y el **tabaco** (41,3% y 68,5%). Seguidas por el **cannabis** (33% y 37,5%) y los **hipnosedantes** (18% y 22,5%) dentro de las drogas ilegales.

Por otro lado, se ve que también tienen una edad de inicio de consumo muy temprana. El alcohol, el tabaco y los hipnosedantes a los 14 años y el cannabis a los 14,9 años según ESTUDES. Si se presta atención a los datos de EDADES, la edad de inicio de tabaco es de 16,6, alcohol 16,7, cannabis 18,5 e hipnosedantes 32,6 años.

Como se puede observar en los datos de ambas encuestas, el **alcohol** es la sustancia más consumida por la población española (93% general, 95,5% de los hombres y el 90,4% de la mujeres - EDADES) por lo que se puede concluir que el consumo de bebidas alcohólicas está totalmente normalizado y aceptado por la sociedad española.

En ESTUDES, se ha visto que el consumo de alcohol correlaciona con: un mayor número de faltas de asistencia al centro escolar (33,2% que consumen frente a 24,4% toda la muestra); Una familia más permisiva con el consumo del alcohol (50,4% frente a 37,5%); Una hora de vuelta a casa en las salidas más tardía (3am o más, 52,9% frente a 37,6%); Y el consumo de otras drogas (42,7% frente a 28,4%). Estos datos revelan los principales factores de riesgo y vulnerabilidad de la población más joven, indicando los aspectos en los que se debe incidir en la prevención y la detección precoz de consumo de alcohol.

El acceso al alcohol se produce principalmente en bares o pubs, supermercados y/o discotecas. Un 58% del alumnado encuestado ha bebido en los últimos 30 días, un 22,6% han realizado botellón, el 24 % se ha emborrachado y el 32% ha hecho “binge drinking” (beber gran cantidad de alcohol en un periodo corto de tiempo) de los cuales el 56,7% han sido chicos y un 54,3% chicas.

En la tabla 3 podemos observar la evolución del consumo de alcohol en la franja de alumnado de 14 a 18 años.

Tabla 3. ESTUDES 2018/19

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9
Últimos 12 meses	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9	76,8	75,6	75,9
Últimos 30 días	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0	68,2	67,0	58,5
Borracheras últimos 30 días	16,1	15,3	16,5	21,7	20,2	28,0	25,6	29,1	35,6	30,8	22,2	21,8	24,3
Binge drinking últimos 30 días								41,4	36,7	41,8	32,2	31,7	32,3
Edad media de inicio consumo	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,7	13,7	13,7	13,9	13,8	14,0	14,0
Edad media de consumo alcohol semanal		15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	14,8	14,8	15,1	15,0	15,1	15,2
Edad primera borrachera										14,8	14,6	14,7	14,8

UENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Es preocupante que, a pesar de haber disminuido el consumo en los últimos 30 días, las borracheras han aumentando, así como el “binge drinking”.

Si se analiza el consumo de **bebidas energéticas** (tipo Redbull, Monster, Burnout...) 4 de cada 10 jóvenes responden haber tomado alguna en los últimos 30 días (49,7% chicos y 31,1% chicas).

En cuanto al consumo de **tabaco**, el 41,3% del alumnado ha fumado alguna vez y el 9,8% fuma diariamente, siendo la edad media de inicio de consumo 14,1 años. Se observa que las chicas están consumiendo más tabaco (56,3%) que los chicos aunque no difiere la edad de inicio.

Un dato importante a destacar es la prevalencia de consumo de **cigarrillos electrónicos** alguna vez en la vida en el alumnado de 14 a 18 años (48,4%), aumentando la proporción de forma considerable en la población que ya consume tabaco (6 de cada 10). Los chicos los utilizan más (53,7%). En la población general (15 a 64 años) la prevalencia de alguna vez en la vida es del 10,5%.

Es importante mencionar, que el **cannabis** es percibido como menos peligroso que el tabaco y además, se percibe como la sustancia más disponible. Un 42% del alumnado ha recibido oferta de cannabis en los últimos 12 meses.

El ESTUDES muestra que la edad media de inicio de consumo de cannabis es de 14,9 años. El cannabis es la droga ilegal más consumida por el alumnado de 14 a 18 años (33%), aumentando de forma considerable a medida que aumenta la edad. El 15,8% (ESTUDES) de la población estudiantil de 14 años admite haberla probado alguna vez, el 51,2% (ESTUDES) de la de 18 años y el 37,5% (EDADES) de la población de 15 a 64 años.

El perfil de población estudiantil consumidora de cannabis nos describe a un chico (54,1%), que falta a clase (49,6% frente al 24,4% del total), que repite curso (38,2% frente a 24,2%), con una familia permisiva frente al consumo de cannabis (10,7% frente a 5,9%) y con policonsumo de 3 o más sustancias (74,1% frente a 31,4%).

Las personas con un **consumo problemático de cannabis** (CAST>4) son las que más sustancias consumen (61,2% más de 4 frente a 10,5%), destacando el alcohol, que hace botellón (64,1% frente a 22,6%), practica el “binge drinking” (76,7% frente a 32,3%) y se emborracha (72% frente a 24,3%). Una vez más, estos indicadores facilitan datos para la detección precoz del consumo y la prevención.

Mencionar que el consumo es mayor en los chicos en todas las drogas ilegales, a excepción de los hipnosedantes y el consumo de las drogas legales está más extendido en chicas (alcohol y tabaco). Esta tendencia no se confirma en los datos de la Encuesta EDADES.

Si se analizan los datos desde la perspectiva de género, se pueden interpretar estos datos como una confirmación de los mandatos de género; Se esperaba que las mujeres no consumieran drogas y si lo hacían, que fuera dentro de la legalidad. La única sustancia que es mayor en las mujeres son los hipnosedantes, los cual podría indicar que se está produciendo un abuso en la medicalización de los malestares (malestares de género).

En cuanto a los **hipnosedantes con y sin receta**, la edad media de inicio de consumo es de 34,4 años y el 22,5% de la población entre 15 y 64 años los han consumido alguna vez en la vida. Los datos reflejan que en todas las franjas de edad, el consumo por parte de las mujeres es significativamente mayor, habiendo un 8,1% de las mujeres que los consumen a diario frente al 4% de los hombres (EDADES).

El 25,8% del alumnado de 14 a 18 años ha consumido alguna vez en la vida, el 17,2% en los últimos 12 meses y 9,5% en el último mes (ESTUDES).

Resaltar que en relación a **hipnosedantes sin receta** los datos también son preocupantes ya que un 8,6% del alumnado los ha consumido, el 6,1% en los últimos 12 meses y el 2,9% en los últimos 30 días. En cuanto a la población general, el 3,1% los ha usado alguna vez en la vida, siendo la edad de inicio los 30,6 años, cifra considerablemente menor que la de hipnosedantes prescritos.

Llama la atención el consumo de **analgésicos opioides** para “colocarse” dentro de la población más joven (3,0%). Se da un mayor consumo por parte de los chicos y aumenta de forma considerable con la edad, llegando al 4,1% en los chicos de 18 años.

Cuando se hace referencia al consumo de **cocaína**, la edad media de inicio de consumo son 15,2 (15, 1 en base y 15,3 en polvo) en la población estudiantil de 14 a 18, subiendo a 21,1 años cuando se estudian los datos de población entre 15 y 64 años. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida de cocaína en polvo, en el grupo de 15 a 64 años es el 11,2% y de 2,9% en alumnado de 14 a 18 años. En los últimos 12 meses es el 2,5% (15-64 años) y el 2,45% (14-18 años) y en los últimos 30 días de 1,1% en población de 15 a 64 años y de 0,9% en alumnado de 14 a 18 años.

El perfil del alumnado que consume cocaína es un chico (65,1%), con faltas de asistencia a clase (59% consumidor frente a 24,4% total estudiantes), que cuando sale regresa a las 3 am o más tarde (70,8% frente a 37,6%) y es policonsumidor de 3 o más drogas (96,4% frente a 31,4%). De estos datos se puede inferir que cuando una persona joven consume cocaína ya ha consumido otras sustancias.

La tendencia al consumo de cocaína es ascendente, aunque la prevalencia es mayor a lo largo de la vida, que en el consumo de los últimos 30 días. Sigue siendo la cocaína en polvo la modalidad de elección preferida 10,9% frente a 1,4% de cocaína base.

En el resto de drogas presentadas, la tendencia es estable.

El Sistema de Alerta Temprana de la UE y el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) presentan las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) que son aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miao miao, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos e inciensos. Durante el 2020 se detectaron en España por primera vez 4 NSP. En el informe del Observatorio se presentan todas las NSP detectadas en España entre el 2014 y 2020 y su clasificación.

Desde el 2014 las encuestas incluyeron datos sobre conductas relacionadas con el uso de internet, los videojuegos y el juego de azar, que podían convertirse en un problema para la persona que las desarrollaba, convirtiéndose en una **adicción comportamental**. El “Informe sobre Adicciones comportamentales 2020. Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES” será el documento en el que se basará el análisis de los datos relacionados con estas conductas.

A continuación, se presentarán y analizarán las **adicciones comportamentales** presentadas en dicho Informe. Como se puede ver, se ha recogido el juego de azar online y presencial (reconocido como adicción en el DSM-V dentro del capítulo de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, se habla de gambling), el uso de internet y el uso de los videojuegos (reconocido en el CIE-11, se habla de gaming). Tabla 4.

Tabla 4. Datos generales de ambas encuestas (EDADES y ESTUDES)

CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLACIÓN GENERAL (15-64 años) EDADES					CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL (14-18 años) ESTUDES				
PREVALENCIA DEL CONSUMO					PREVALENCIA DEL CONSUMO				
COMPORTAMENTALES	ÚLTIMOS 12 MESES			EDAD DE INICIO	COMPORTAMENTALES	ÚLTIMOS 12 MESES			EDAD DE INICIO
	H	M	T			H	M	T	
Juego con dinero presencial	65.9%	61.2%	63.6%	22.7	Juego con dinero presencial	30.7%	15.3%	22.7%	14.6
Juego con dinero Online	9.1%	4.2%	6.7%	25.9	Juego con dinero Online	17.4%	3.6%	3%	14.7
Uso de internet	94.7%	94.4%	94.5%	-	Uso de internet *	23,4%	16,4%	20%	--
Videojuegos	-	-	-	-	Videojuegos	96%	69%	82.2%	--

* Uso compulsivo de internet (CIUS > o= 28)

FUENTE: OEDA Informe sobre Adicciones comportamentales 2020 Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019) y Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES).

Como se puede observar, la prevalencia del **juego con dinero presencial** sigue siendo mucho más alta que Online, tanto en población general (63,6% frente a 6,7% Online) como en población juvenil (22,7% frente a 3% online).

Uno de los datos más llamativos, teniendo en cuenta que la edad legal para apostar dinero es los 18 años, es que la edad de inicio en la población estudiantil de juego con dinero presencial es 14,6 y en Online es de 14,7 y un 7,4% afirma haber apostado dinero. Y aunque los datos de la población general marcan una edad de inicio mucho mayor (22,7 y 25,9), es necesario visibilizar que el juego online se ha duplicado del 2017 al 2019 y se ha diversificado.

Cuando se habla de **juego con dinero Online**, el tramo de edad en el que más se juega es el comprendido entre los 15 y 34 años (17,6%). Si se divide el tramo, se puede apreciar que el 9,3% del grupo corresponde a personas de 25 a 34 años (14,3% de los chicos y 4,3% de las chicas) y un 8,3% al grupo de 15 a 24 años (12,2% de los chicos y 4,1% de las chicas). A lo largo de todas las edades, la prevalencia de los hombres es mayor que el de mujeres que juegan con dinero Online.

En la población de estudiantes de 14 a 18 años, según la encuesta ESTUDES la prevalencia de jugar dinero Online ha aumentado del 2016 (6,4%) al 2018 (10,3%) con una importante diferencia por sexo, siendo mayor en los hombres (17,4%) que en las mujeres (3,6%).

La variable edad también juega un papel importante. A los 14 años el 8% ha jugado alguna vez y va aumentando hasta llegar al 14,6% del alumnado de 18 años.

Entre el alumnado, con independencia del sexo, el juego preferido Online son los videojuegos, seguidos de las apuestas deportivas. Si se hace referencia a la cantidad máxima de dinero gastada en un día, el 5,8% (0,9% en población general) de los chicos han gastado menos de 6 euros pero un 3,7% (2,3% en población general) ha gastado entre 6 y 30 euros y por encima de un 300 euros un 1% (0,3% en población general).

El 1% (0,6% en población general) de los chicos juegan diariamente y algo más del 1% más de 6 horas al día.

En relación al **juego Online con dinero** en la Tabla 5 se puede observar, en población general, que los hombres se centran especialmente en apuestas deportivas, mientras que en la población más joven, un alto porcentaje tanto de chicos como de chicas dedican dinero a los videojuegos.

Por otro lado, en población general se sigue viendo que las mujeres juegan principalmente a loterías y loterías instantáneas, primitiva y bonoloto.

En cambio, cuando se mira la distribución de elección, en la población de 14 a 18 años, se observa que las chicas diversifican mucho los juegos de elección mostrando que más de un 30% de las que han jugado han probado 8 de las 12 categorías de juego, quedando fuera las dos que son prioritarias en población general.

Tabla 5. Datos de juego con dinero Online (EDADES y ESTUDES)

CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLACIÓN GENERAL (15-64 años) EDADES			CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL (14-18 años) ESTUDES		
PREVALENCIA DEL CONSUMO					
JUEGO con dinero ONLINE	ÚLTIMOS 12 MESES		JUEGO con dinero ONLINE	ÚLTIMOS 12 MESES	
	H	M		H	M
Apuestas Deportivas	58.8%	22.6%	Apuestas Deportivas	46.8%	39.5%
Juegos de cartas	14.9%	8.4%	Juegos de cartas ***	16.9%	35.2%
Videojuegos	14.4%	13.1%	Videojuegos	56.1%	56.5%
Loterías, Primitivas y Bonoloto	22.6%	45.5%	Loterías, Primitivas y Bonoloto *	14.4%	19.8%
Quinielas de fútbol y/o Quinigol	15%	11.3%	Quinielas de fútbol y/o Quinigol	23.1%	34.8%
Bingo	6.4%	12.2%	Bingo	14.8%	33.4%
Apuestas en carreras de caballos	6.4%	8.3%	Apuestas en carreras de caballos	13.6%	35.2%
Juegos en casinos	12.2%	8.6%	Juegos en casinos	17.6%	38.3%
Slots, máquinas de azar / tragaperras	6.4%	5.6%	Slots, máquinas de azar / tragaperras	13.5%	35.5%
Bolsa de valores	3.8%	6.4%	Bolsa de valores	--	--
Concursos con apuestas económicas	3%	5.8%	Concursos con apuestas económicas	--	--
Juegos en salas de juegos	6.1%	7.7%	Juegos en salas de juegos	1.8%	3.8%
Loterías instantáneas (rasca ONCE)	8.3%	25.5%	Loterías instantáneas **	9.4%	17%

* ONCE cupones, juego activo eurojackpot, 7/39 ** Rascas ONCE *** Poker, Mus, Blackjack, Punto y Banca.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019) y Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)

En relación a los datos de **juego con dinero presencial** se ve cómo va aumentando a medida que aumenta la edad, habiéndose producido un aumento en todos los tramos de forma consecutiva desde el 2015 al 2019/2020.

La población entre 55 y 64 años son las que más juegan (77,1%) y en el tramo entre 15 y 24 ya juega el 31,4%. Si se analiza la prevalencia de juego con dinero de manera presencial según la edad y el sexo, se observa cómo las diferencias por sexo tienden a reducirse a medida que aumenta la edad.

En la población de estudiantes de 14 a 18 años, según la encuesta ESTUDES la prevalencia de jugar con dinero presencial ha aumentado del 2016 (13,6%) al 2018 (22,7%) con una importante diferencia por sexo, siendo mayor en los chicos (21,6%) que en las chicas (5,4%).

La variable edad también juega un papel importante. A los 14 años el 18,6% ha jugado alguna vez y va aumentando hasta llegar al 37,2% del alumnado de 18 años. Cuando se tiene en cuenta la variable sexo para la elección del tipo de juego presencial, se ven claras diferencias. El juego de elección de los

chicos son las quinielas de fútbol (49,2%), en segundo lugar las apuestas deportivas (48,4%) y en tercer lugar, las loterías, primitivas y bonoloto (43,9%), mientras que en el caso de las chicas las loterías son las primeras (55,4%), en segundo lugar las loterías instantáneas (45,6%) y en tercer lugar el bingo (44,1%). Sería necesario un análisis desde la perspectiva de género, para poder explicar las diferencias que se dan entre el juego online y el presencial con las chicas sobretodo.

Si se hace referencia a la cantidad máxima de dinero gastada en un día, el 12,6% (22,7% en población general) de los chicos han gastado menos de 6 euros siendo el gasto mucho menor entre la población juvenil. Respecto a la cantidad total de dinero jugada en los últimos 12 meses, aspecto preguntado en la encuesta de 2014, el 13,3% de los estudiantes de 14 a 18 años afirma haberse gastado menos de 50 euros. Solamente el 1,6% juega semanalmente frente al 5,6% de la población general.

En la Tabla 6 se recogen los datos en referencia a la distribución del juego de elección en ambas encuestas.

Tabla 6. Datos de juego con dinero presencial (EDADES y ESTUDES)

CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLACIÓN GENERAL (15-64 años) EDADES			CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL (14-18 años) ESTUDES		
PREVALENCIA DEL CONSUMO					
JUEGO con dinero PRESENCIAL	ÚLTIMOS 12 MESES		JUEGO con dinero PRESENCIAL	ÚLTIMOS 12 MESES	
	H	M		H	M
Apuestas Deportivas	9.1%	1.1%	Apuestas Deportivas	48.4%	15.9%
Juegos de cartas***	2%	0.6%	Juegos de cartas ***	22.6%	16.8%
Videojuegos	0.8%	0.4%	Videojuegos	19.1%	7.5%
Loterías, Primitivas y Bonoloto*	92.7%	96.3%	Loterías, Primitivas y Bonoloto *	43.9%	55.4%
Quinielas de fútbol y/o Quinigol	24.1%	4.4%	Quinielas de fútbol y/o Quinigol	49.2%	21%
Bingo	4.1%	5.4%	Bingo	23.7%	44.1%
Apuestas en carreras de caballos	0.9%	0.2%	Apuestas en carreras de caballos	13.2%	6.8%
Juegos en casinos	2.3%	0.9%	Juegos en casinos	19.2%	8.8%
Slots, máquinas de azar / tragaperras	5.2%	1.4%	Slots, máquinas de azar / tragaperras	23.7%	13.3%
Bolsa de valores	0.2%	0.1%	Bolsa de valores	--	--
Concursos con apuestas económicas****	0.2%	0.3%	Concursos con apuestas económicas	--	--
Juegos en salas de juegos	2.1%	0.7%	Juegos en salas de juegos	26.3%	16.8%
Loterías instantáneas (rasca ONCE)	25.1%	24.7%	Loterías instantáneas **	35.9%	45.6%
eSports o deportes electrónicos	--	--	eSports o deportes electrónicos	13.3%	5%

* ONCE cupones, juego activo eurojackpot, 7/39 ** Rascas ONCE *** Poker, Mus, Blackjack, Punto y Banca ****Televisión, radio y prensa

FUENTE: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019) y Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES.)

En el informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) también se analizan los resultados de la escala diagnóstica que se incluyó desde el 2017 en la Encuesta EDADES, para hacer una estimación de la prevalencia de un **posible juego problemático o trastorno del juego**.

Entre las personas jugadoras de los últimos 12 meses que han contestado la escala DSM-V, en 2019/20 el 2,7% realizaría un posible juego problemático al haber obtenido una puntuación de 1 a 3 en dicha escala y el 1% presentaría un posible trastorno por juego, al obtener 4 o más ítems positivos en el DSM-V. Estos datos supondrían, extrapolando a la población española de 15 a 64 años, que el 1,6% de personas realizarían un posible juego problemático y un 0,6% presentarían un posible trastorno del juego.

La prevalencia de posible juego problemático estimada a partir de la escala Lie/Bet, entre la población de estudiantes de 14 a 18 años, desvela que el 7,6% de los chicos frente al 2% de las chicas presentan posible juego problemático. En relación a la edad, la prevalencia va aumentando con la edad, siendo del 2,4% a los 14 años hasta el 9,3% a los 18 años.

Entre la población de 14 a 18 años que han jugado online, el 26,4% podrían tener un problema de juego problemático, porcentaje que desciende entre el alumnado de 14 a 18 años que han jugado con dinero de manera presencial hasta el 19,8%.

Por otro lado, los datos muestran que aquellas personas que tienen un posible juego problemático juegan una mayor cantidad de dinero, tanto en internet como de forma presencial.

Respecto al tipo de juegos online, en ambos grupos (problemático o no) han jugado en mayor medida a videojuegos, apuestas deportivas o deportes electrónicos, aunque en aquellos con posible juego problemático son las apuestas deportivas el tipo de juego más jugado. Ocurre lo mismo en el juego presencial, a pesar de que lo más jugado son las loterías, aquellas personas con posible juego problemático, juegan principalmente a apuestas deportivas.

En cuanto al **uso de internet**, los datos que se obtienen de la Encuesta EDADES, reflejan que más del 95,3% de la población ha usado internet alguna vez en la vida y en los últimos 30 días el 93,8%.

La tabla 7, que aparece a continuación, hace referencia al uso lúdico de internet en la población de entre 15 y 64 años, según sexo (%). Se entiende por uso lúdico la realización de actividades como mensajería instantánea (tipo whatsapp), búsqueda de información, envío / recepción de correos electrónicos o ver contenidos de video para compartir (por ejemplo, youtube).

Tabla 7. Datos sobre el uso lúdico de internet (EDADES)

USO LÚDICO DE INTERNET	TOTAL	SEXO	
		H	M
Alguna vez en la vida	95.3%	95.4 %	95.2%
Últimos 12 meses	94.5%	94.7 %	94.4%
Últimos 30 días	93.8%	93.9 %	93.7%

FUENTE: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019)

Por edad, las mayores prevalencias (alrededor del 98%) se observan entre las personas de 15 a 44 años, mientras que la prevalencia desciende hasta un 85% cuando se analiza a las mayores de 55 años. No se observan diferencias entre hombres y mujeres.

Cuando el patrón de utilización lúdica de internet es lo suficientemente frecuente como para provocar un deterioro significativo, en diferentes áreas importantes del funcionamiento de la vida cotidiana (personales, sociales, educativas...), se puede hablar de un **uso compulsivo de internet** (puntuación CIUS \geq 28).

En las encuestas de población general y población estudiantil se ha incluido una escala para determinar el riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo de internet.

Según los resultados de la Encuesta EDADES 2019 (población de 15 a 64 años), la prevalencia de personas usuarias de internet con riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo es del 3.7%, lo que supone una cifra estimada de 1.139.000 personas. Por otra parte, los datos reflejan que el uso compulsivo de internet es superior entre la población más joven (de 15 a 24 años). De esta población, las mujeres presentan mayores prevalencias, hecho que sucede de forma contraria en el grupo de mayor edad, donde los hombres presentan mayor incidencia.

Según los resultados del ESTUDES, un 20% de la población estudiante presenta un riesgo elevado de estar realizando un uso compulsivo de internet, siendo superior en las mujeres (23.4%) que en los hombres (16.4%). No hay diferencias significativas por edad.

Además se ha buscado la posible correlación que pudiera tener con el consumo de algunas sustancias y los resultados han reflejado que hay correlación, siendo más evidente en los datos de población de 15 a 64 años, en los que la prevalencia se duplica en aquellas personas con posible uso compulsivo.

Tabla 8. Correlación de variables sustancias y posible uso compulsivo de internet

SUSTANCIAS	EADAES		ESTUDES	
	Población 15 a 64	15 a 64 (puntuación CIUS \geq 28)	Población 14 a 18	14 a 18 (puntuación CIUS \geq 28)
Binge drinking	15,4%	29,1%	32,3%	37,9%
Borracheras	6,8%	17,7%	24,3%	30,7%
Cannabis	2,9%	6,2%	19,3%	23,0%
Tabaco diario	--	--	9,8%	10,4%

FUENTE: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EADAES 2019) y Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014 incluyó los **videojuegos y deportes electrónicos (eSports)**, bien como persona jugadora bien como espectadora, dentro de su campo de actuación debido al notable incremento en la prevalencia de su uso en los últimos años y que se está viendo reflejado en las demandas asistenciales desde el sector profesional que les atiende.

Del mismo modo, dentro de las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales, como ya se ha visto, se incluye el juego de azar (presencial y online), el uso compulsivo de internet (se sigue explorando si es necesario dividir entre diferentes usos) y ya se ha incorporado el uso de videojuegos. Por este motivo, en el 2018 se incluyó ya en la Encuesta ESTUDES un módulo de videojuegos, no teniendo datos de población general todavía.

La tabla 9 muestra la prevalencia de uso de videojuegos, eSports o de espectador/a de eSports en el alumnado de 14 a 18 años. Es interesante observar cómo se reduce el uso a medida que aumenta la edad, posiblemente porque aumenten las áreas de interés.

Tabla 9. Videojuegos, eSports y espectador/a eSports (ESTUDES)

TIPO	SEXO			EDAD				
	Total	H	M	14	15	16	17	18
Videojuegos	82,2 %	96,0 %	69,0 %	85,5 %	84,2 %	81,3 %	79,6 %	78,1 %
eSports	47,9 %	66,6 %	30,3 %	51,4 %	50,2 %	47,8 %	44,2 %	44,1 %
Espectador/a eSports	34,7 %	50,9 %	19,5 %	36,9 %	36,6%	34,7 %	31,9 %	32,1%

Fuente OEDA: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

A pesar de que los datos muestran un porcentaje mayor de chicos que de chicas jugando, cuando se exploran los datos de la comunidad de personas que juegan habitualmente, la diferencia es mucho menor apareciendo cifras casi iguales. Sería interesante explorar las variables edad, sexo y tiempo de juego de forma cruzada para ver si aparecen datos significativos.

Analizando la **frecuencia de uso** de videojuegos, Tabla 10, en el último año se puede destacar que cerca del 50% lo han hecho al menos semanalmente. Por sexo, son los chicos los que han hecho uso de videojuegos con una mayor frecuencia, no encontrando diferencias significativas referentes a la edad.

Tabla 10. Frecuencia de uso de videojuegos (ESTUDES)

		TOTAL	SEXO	
			H	M
Nunca o no	Nunca	18.4%	4.1%	32.4%
De 1 a 3 días al año	Anualmente	14.2%	4.7%	23.5%
De 1 a 3 días al mes	Mensualmente	20.6%	16.9%	24.3%
De 1 a 4 días por semana	Semanalmente	28.6%	43.2%	14.3%
De 5 a 7 días por semana	Diariamente	18.1%	31%	5.4%

Fuente OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Se observa, según la Tabla 11, que la gran mayoría del alumnado que ha jugado a videojuegos en los últimos doce meses **dedica** menos de dos **horas** al día a realizar dicha actividad (50.9%). Al igual que pasa con la frecuencia de uso, son los chicos los que dedican mayor número de horas, no apreciándose diferencias de conducta en función de la edad. Destacar que el 5,6% le dedica más de 5 horas al día.

Tabla 11. Tiempo de uso de videojuegos (ESTUDES)

	TOTAL	SEXO	
		H	M
Nunca o no	20.4%	4.3%	38%
Menos de dos horas al día	50.9%	49.5%	52.6%
De 2 a 5 horas al día	23%	36.5%	8.1%
De 6 a 8 horas al día	3.7%	6.4%	0.8%
Más de 8 horas al día	1.9%	3.3%	0.4%

Fuente OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

En relación al **gasto** que conlleva el uso del videojuego **asociado** para mejorar su posición, su personaje, accesorios, imagen, etc., la Tabla 12 indica que siete de cada diez estudiantes no han tenido ningún gasto económico; Un 19.2% indica haber gastado menos de 50 euros. Parece especialmente preocupante que el 9,2 % sí ha gastado más de 50 euros.

Referente al sexo, son los chicos los que han gastado mayor cantidad de dinero y, por edad, son los más jóvenes los que lo han hecho.

Tabla 12. Dinero gastado en el videojuego (ESTUDES)

	TOTAL	SEXO	
		H	M
Nada	71.6%	56.1 %	92.1 %
Entre 1 y 50 euros	19.2%	29.2 %	5.9%
Entre 51 y 100 euros	4.8%	7.6%	1.2%
Más de 100 euros	4.4%	7.1%	0.8%

Fuente OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Debido a este aumento del uso de los videojuegos, además del uso de internet y el juego de azar, en el año 2018, ya se incluyó en ESTUDES un apartado dedicado a los videojuegos.

El **trastorno por uso de videojuegos** se define desde el 2018, según la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS), como un patrón de comportamiento de juego (“juego digital” o “videojuego”) caracterizado por un control deficiente sobre el juego, aumentando la prioridad dada al juego, sobre otras actividades en la medida en que el juego tiene preferencia sobre otros intereses y actividades diarias, junto a la continuación del juego a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas.

En el año 2013, la Asociación Americana de Psiquiatras incluyó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales el “Trastorno por Juego en Internet” (Internet Gaming Disorder), debido al potencial adictivo de los videojuegos, junto con el incremento en su prevalencia de uso.

Según datos reflejados por ESTUDES, del alumnado encuestado que manifiesta que ha jugado a videojuegos en los últimos 12 meses, el 12.1% podrían presentar un potencial Trastorno por Uso de Videojuegos.

Por edad, las mayores prevalencias se registran entre el alumnado de 14 y 15 años y se encuentran diferencias significativas en lo referente al uso por sexo, donde el porcentaje de chicos supera el 10% mientras que entre las chicas el dato es inferior al 2%.

En la Tabla 13 se refleja la posibilidad de presentar un posible Trastorno por Videojuegos según (DSM-V) en relación a una mayor **frecuencia de su uso**. Queda reflejado que la frecuencia de uso es mucho mayor entre el alumnado que presenta un posible trastorno (58.2%).

Tabla 13. Comparación de la Frecuencia de uso de videojuegos (ESTUDES)

		ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS	ESTUDIANTES CON POSIBLE TRASTORNO POR VIDEOJUEGO (DSM-5)
Nunca o no	Nunca	18.4%	0.0%
De 1 a 3 días al año	Anualmente	14.2%	1.9%
De 1 a 3 días al mes	Mensualmente	20.6%	6.9%
De 1 a 4 días por semana	Semanalmente	28.6%	33%
De 5 a 7 días por semana	Diariamente	18.1%	58.2%

Fuente OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Referente a la frecuencia de uso de videojuegos en los últimos 12 meses en **relación al número de horas** invertidas en esta actividad, la Encuesta ESTUDES indica que el alumnado con un posible trastorno, le dedica de media más tiempo que el resto de estudiantes (el 26.1% de dice de media más de 5 horas). Analizando los datos de la Tabla 14 se podría inferir que en el momento en que se juega más de dos horas diarias, se incrementa en gran medida las posibilidades de desarrollar un trastorno por uso de videojuegos.

Tabla 14. Comparación del Tiempo de uso de videojuegos (ESTUDES)

	ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS	ESTUDIANTES CON POSIBLE TRASTORNO POR VIDEOJUEGO (DSM-5)
Nunca o no	20.4%	0.0%
Menos de dos horas al día	50.9%	23.4%
De 2 a 5 horas al día	23%	50.5%
De 6 a 8 horas al día	3.7%	15.6%
Más de 8 horas al día	1.9%	10.5%

Fuente OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Atendiendo a los datos sobre la Encuesta ESTUDES, Tabla 15, el alumnado que ha **gastado más dinero en mejorar su posición**, su personaje, accesorios..., es el que posiblemente presente un trastorno por videojuego.

Tabla 15. Comparación de la Gasto de dinero en videojuegos (ESTUDES)

	ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS	ESTUDIANTES CON POSIBLE TRASTORNO POR VIDEOJUEGO (DSM-5)
Nada	71.6%	34.8%
Entre 1 y 50 euros	19.2%	33.4%
Entre 51 y 100 euros	4.8%	14.5%
Más de 100 euros	4.4%	4.4%

Fuente OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Aunque ninguna de las variables se ha mostrado como determinante, todas ellas han mostrado diferencias significativas entre la muestra general y la que presenta un posible trastorno por videojuegos. Cuando se cruzan variables se pueden encontrar diferentes resultados, Tabla 16.

Cuando se comparan estos dos grupos con el uso de sustancias (“binge drinking”, borrachera y cannabis) no se aprecian diferencias significativas.

Cuando la comparación es cruzada con juego con dinero presencial, online y con posible juego problemático, se aprecia un porcentaje mucho mayor en el grupo con posible trastorno por videojuego.

Tabla 16. Comparación de la prevalencia de juego con dinero on-line, presencial y posible juego problemático (ESTUDES)

	Juego con dinero online últimos 12 meses	Juego con dinero presencial últimos 12 meses	Posible juego problemático (LIE/BET>1)
Estudiantes 14-18 años total	10,3 %	22,7 %	4,7%
Estudiantes con un posible trastorno por videojuegos (DSM-V ≥5)	27,7 %	35,0 %	14,9%

Fuente OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España(ESTUDES)

3.2.2. Panorama autonómico.

En Madrid, la Subdirección General de Epidemiología, de la Dirección General de Sanidad, se encarga de analizar los datos referentes a la Comunidad que se extraen de las Encuestas EDADES (15 a 64 años) y ESTUDES (14 a 18 años) nacionales.

Según la Encuesta Sobre Alcohol y Drogas de la Comunidad De Madrid, EDADES 2019, analizada desde la Subdirección General de Epidemiología (Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid), los datos más destacados son los siguientes:

El **alcohol** es la sustancia más consumida por la población madrileña de 15-64 años, con una prevalencia de consumo en el último mes del 65,0%. El **tabaco** es la sustancia que más se consume a diario (33,2%), presentando la edad de inicio más precoz (16,8 años). El **cánnabis** es la sustancia ilegal más consumida, con una prevalencia de consumo en el último mes del 8,7%.

El 14,6% de la población madrileña de 15 a 64 años ha consumido alguna vez **analgésicos opioides**, utilizándolos en la gran mayoría de los casos en la cantidad y tiempo indicados y obteniéndolos mediante receta médica.

Las prevalencias de consumo en la Comunidad de Madrid son similares a las registradas a nivel nacional para la mayoría de las sustancias.

Al comparar con la encuesta previa se observa un **incremento** del consumo actual de hipnosedantes, analgésicos opioides y consumo de cigarrillos electrónicos; se observa un **descenso** del consumo actual de tabaco, alcohol, cánnabis y cocaína.

Se presentan diferencias por **sexo** en el consumo de sustancias, mostrando en general los hombres prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres. Las mujeres presentan un mayor consumo de hipnosedantes y de analgésicos opioides.

El consumo de drogas ilegales se asocia a las **edades** más jóvenes. Además, se observa que las generaciones más jóvenes se han iniciado antes en el consumo de todas las sustancias estudiadas.

Se presenta un importante patrón de **policonsumo**, ya que el 42,2% del alumnado había consumido más de una sustancia en el último año. Las personas policonsumidoras presentan una mayor prevalencia de consumos de riesgo.

El 4% de la población madrileña de 15 a 64 años realiza un **consumo de riesgo de alcohol**. El consumo de riesgo es superior en hombres (6,1%) que en mujeres (2%). En los hombres, en los grupos de mayor edad y en las mujeres, en los grupos de edad más jóvenes.

La prevalencia de borracheras en el último año en el grupo de edad de 15 a 24 años ha sido del 36,9% y de consumo intensivo de alcohol o en atracón (binge drinking), en el último mes, del 15,6%.

Respecto al **cánnabis**, el 20,7% de las personas que lo habían consumido, en el último año, realizaban un **consumo problemático** (32,2% en el grupo de 35-44 años, y 27,2% en el grupo de 55-64 años), observándose que sólo el 0,6% refiere haber iniciado tratamiento en los últimos doce meses.

La prevalencia de **uso compulsivo de internet** ha sido del 5,2% para la población madrileña de 15-64 años, siendo más frecuente en hombres; los hombres de 15 a 24 años es el grupo de población que registra la mayor prevalencia (11,3%).

La prevalencia de **juego problemático** con dinero en el último año, en las personas que han jugado, ha sido del 4,2%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (5,4 vs 3,0).

TABLA 1. Datos de la Comunidad de Madrid EDADES 2019

CONSUMOS EN COMUNIDAD DE MADRID EN POBLACIÓN GENERAL (ENTRE 15 Y 64 AÑOS)												
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS												
SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			EDAD DE INICIO		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Alcohol	94,8%	88%	91,4%	79,8%	69,1%	74,5%	72,7%	57,2%	65%	16,6	17,3	17
Tabaco	75,6%	61,7%	68,5%	46,7%	32,4%	39,6%	44,5%	30,8%	37,7%	17,6	17	16,8
Cigarrillos electrónicos	13,1%	8%	10,5%	7,5%	3,1%	5,3%	4,2%	1,5%	2,9%	29,4	29,5	29,4
Cannabis	47,4%	28,5%	38,0%	14,4%	7,3%	10,9%	11,8%	5,7%	8,8%	18,43	19,4	18,8
Cocaína	16,1%	6,4%	11,3%	2,8%	1,2%	2%	1,1%	0,3%	0,7%	21,6	22,2	21,8
Éxtasis / MDMA	8%	2,3%	5,2%	1,5%	0,6%	1,1%	0,5%	0,1%	0,3%	21,2	19,9	20,9
Anfetaminas	5,9%	1,7%	3,8%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	20,6	20,4	20,6
Alucinógenos*	8,8%	4,8%	6,8%	1%	0,5%	0,75%	0%	0%	0%	22,4	21,7	23,5
Heroína/Opioides	2,3%	0,1%	1,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	21,7	23	21,8
Hipnosedantes	14,1%	23,6%	18,9%	7,5%	12,3%	9,9%	4,7%	8,9	6,8%	33,1	34,7	34,1
Hipnosedantes sin receta	3,6%	4,5%	4,1%	2,3%	1,8%	2,1%	1,2%	1,1%	1,2%	32,2	29,3	30,7
Analgésicos opioides	13,5%	15,6%	14,6%	6,1%	7,3%	6,7%	3,3%	3,8%	3,6%	31	32,8	32,1

CONSUMOS EN COMUNIDAD DE MADRID EN POBLACIÓN GENERAL (ENTRE 15 Y 64 AÑOS)						
TIPO	PREVALENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			EDAD DE INICIO		
	Total	H	M	Total	H	M
Juego con dinero presencial	43,1%	45,9%	40,6%	23,8	23,0	24,6
Juego con dinero On-line	5,4%	7,4%	3,2%	24,6	24,6	25,7
Uso compulsivo Internet	5,2%	6,3%	4,1%	--	--	--

Según la Encuesta Sobre Uso De Drogas en Enseñanzas Secundarias de la Comunidad de Madrid, ESTUDES 2018, analizada desde la Subdirección General de Epidemiología (Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid), los datos más destacados son los siguientes:

El alcohol es la sustancia más consumida por el alumnado de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid. Los hombres presentan prevalencias de consumo más elevadas para las **sustancias ilegales** (cannabis, cocaína, alucinógenos, anfetaminas, heroína, etc.) y las mujeres para las **sustancias legales** (tabaco, alcohol e hipnosedantes). En general, el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 14 a 18 años aumenta con la edad.

Entre las sustancias de mayor prevalencia, las de edad de inicio más precoz han sido el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, con valores similares a los registrados a nivel nacional.

Este año se ha registrado una edad de inicio muy precoz para el consumo de **heroína** (13,7 años) pero, debido a la baja prevalencia de consumo, esta cifra puede presentar amplias oscilaciones. En los últimos años se observa un retraso de la edad media de inicio de consumo en el alcohol, el tabaco, el cannabis y las sustancias volátiles.

En la Comunidad de Madrid las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas han sido, en general, similares a las registradas para el conjunto del territorio nacional. La prevalencia de consumo de alcohol es en la Comunidad de Madrid algo inferior a la registrada a nivel nacional, siendo algo superior la de tabaco, cannabis y éxtasis.

Se observa un **incremento** en el consumo de tabaco, cannabis e hipnosedantes, así como en el uso de cigarrillo electrónicos.

La **disponibilidad** de estas sustancias para estudiantes de 14 a 18 años es elevada. La mayoría de la muestra consigue las sustancias ilegales a través de familiares/amistades/personas conocidas. A más del 40% les han ofrecido cannabis en el último año y a un 7% se lo han ofrecido más de 20 veces.

Un importante porcentaje de personas encuestadas considera que el consumo de estas sustancias, especialmente de las legales, no presenta riesgo. Más del 6% de chicos estudiantes, de 14 a 18 años, beben porque consideran que el alcohol es saludable.

El 7% del alumnado encuestado considera que está mal informado respecto al tema de las drogas y sus efectos y un 25% se considera informado sólo a medias.

La prevalencia de **juego con dinero** es del 23%, superior en chicos y aumenta con la edad (46% en chicos de 18 años). La prevalencia ha aumentado respecto a las encuestas previas.

El 4,8% del alumnado presenta **juego patológico** (20% en los que han jugado). Más del 80% de la muestra ha jugado a videojuegos en el último año (97% de los chicos y 68% de las chicas). El 11% de los chicos presenta juego problemático de videojuegos.

El 20% de las personas encuestadas presenta un **uso compulsivo de internet**, cifra que asciende al 27% en las chicas de 18 años. Casi la mitad de los varones de 14-17 años visitan en internet páginas sólo para personas adultas (de violencia, sexo, etc.)

TABLA 2. Datos de la Comunidad de Madrid ESTUDES 2018

CONSUMOS EN COMUNIDAD DE MADRID EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL (ENTRE 14 Y 18 AÑOS)												
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS												
SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			EDAD DE INICIO		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Alcohol	74,7%	76,5%	75,6 %	72,2%	74,7%	73,5%	55,6%	55,4%	55,5%	14,1	14,1	14,1
Tabaco	40,4%	46,2%	43,3 %	32,8%	38,3%	35,5%	25,7%	29,6%	27,6%	14	14,1	14,1
Cigarrillos electrónicos	--	--	52,8 %	--	--	41,4%	--	--	17,1%	--	--	--
Cannabis	37%	31,2%	34,1 %	31,3%	26%	28,6%	22,9%	17,3%	20,1%	--	--	15
Cocaína	3,8%	1,6%	2,7%	3,1%	1,4%	2,2%	1,3%	0,3%	0,8%	--	--	15,1
Éxtasis / MDMA	4,2%	2,2%	3,2%	3,6%	1,3%	2,4%	1,3%	0,2%	0,7%	15,7	15,7	15,7
Anfetaminas	1,8%	1,1%	1,4%	1,4%	0,7%	1,0%	0,6%	0,2%	0,4%	15,2	15,2	15,2
Alucinógenos*	3,2%	1,5%	2,4%	2,4%	0,8%	1,6%	0,7%	0,2%	0,4%	15,5	15,5	15,5
Heroína/Opioides	0,7%	0,4%	0,6%	0,6%	0,2%	0,4%	0,3%	0,0%	0,2%	13,5	14	13,7
Hipnosedantes	15,3%	21,9%	18,7 %	10%	15,7%	12,9%	5,4%	8,7%	7,1%	--	--	14,1
Hipnosedantes sin receta	6,4%	10,9%	8,7%	4,8%	7,6%	6,2% %	2,3%	4,5%	3,4%	--	--	14
Analgésicos opioides	3,4%	1,4%	2,4%	2,1%	0,6%	1,4%	0,5%	0,2%	0,4%	--	--	--
Inhalables Volátiles	2,4%	2,0%	2,2%	1,2%	0,9%	1,1%	0,5%	0,4%	0,5%	14,6	14,6	14,6

CONSUMOS EN COMUNIDAD DE MADRID EN POBLACIÓN GENERAL (ENTRE 14 Y 18 AÑOS)						
TIPO	PREVALENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			EDAD DE INICIO		
	Total	H	M	Total	H	M
Juego con dinero presencial	22,7%	30%	15,4%	14,4%	14,4%	14,4%
Juego con dinero On-line	9,9%	16,6%	3,3%	14,8%	14,8%	14,8%
Uso compulsivo Internet	20,2%	16%	24,3%	--	--	--
Videojuegos	82,2%	96,5%	68%	--	--	--

3.3. Situación municipal.

3.3.1. Datos de atención del CAID.

El “Centro de Atención Integral a Drogodependientes” (CAID) de Móstoles es un centro sanitario público de gestión externa dependiente del “Servicio Madrileño de Salud” (SERMAS), encuadrado en la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, Área de Gestión perteneciente a la Comunidad de Madrid y gestionado por la Asociación Punto Omega desde el 1 de Diciembre del 2019.

El CAID de Móstoles tiene un área de influencia que abarca 13 municipios: Móstoles, El Álamo, Aldea del Fresno, Arroyomolinos, Batres, Griñón, Humanes de Madrid, Navalcarnero, Sevilla la Nueva, Villamanta, Villamantilla, Villanueva de Perales y Villaviciosa de Odón.

Los servicios que presta se dividen en:

- 1) SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN: Dirigido a personas consumidoras de tóxicos, familiares, profesionales, organizaciones, asociaciones y ciudadanía en general.
- 2) SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR: Dirigido a personas del entorno familiar de la persona drogodependiente.
- 3) SERVICIO DE VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPEÚTICO: Dirigido a personas consumidoras de tóxicos que estén interesadas en realizar tratamiento de deshabituación y a pacientes en tratamiento que necesitan ser reevaluados.
- 4) SERVICIO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL TERAPEÚTICO: Dirigido a personas consumidoras de tóxicos, que han sido valoradas, diagnosticadas de dependencia de al menos un tóxico/droga, y establecido un plan terapéutico.

Los datos con relación al año 2020 en los diferentes servicios son los siguientes:

➤ **SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN:**

Durante el año 2020 han sido atendidas 149 personas dentro del Servicio de Información y Orientación.

➤ SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR:

Dentro de este Servicio en el año 2020 han sido atendidos 23 familiares de pacientes que están en tratamiento en el Centro.

➤ SERVICIO DE VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPEÚTICO:

En el Servicio de Valoración, Diagnóstico y Plan Terapéutico, han sido atendidas 270 personas. De las cuales el 61.5% acuden a tratamiento por primera vez (166 personas) y el 38.5% (104 personas) solicitan reingresar en el CAID de Móstoles. Del total de los atendidos en valoración, el 75% son hombres (202) y el 25% mujeres (68). La edad media se encuentra en 40 años.

Las principales sustancias por las que solicitan atención son Alcohol / Alcohol + Otros (24%, 64 personas), Cannabis / Cannabis + Otros (23%, 61 personas) y Cocaína / Cocaína + Otros (19%, 52 personas). El 81% de las personas atendidas en este Servicio refieren mantener más de 7 años el consumo.

Analizando otras patologías concomitantes, el 35% de los pacientes presentan un trastorno mental añadido, un 11% presentan patología orgánica y el 34% de los pacientes tienen otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

➤ SERVICIO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL TERAPEÚTICO:

En el Servicio de Seguimiento y Control Terapéutico han sido atendidas 656 personas, de las cuales un 78% son hombres frente al 22% de mujeres. La edad media se encuentra en 42 años.

El mayor número de pacientes en tratamiento se concentra en las agrupaciones por trastorno de Alcohol/Alcohol y Otros (23%), Cocaína/Cocaína y Otros (18%) y Cannabis / Cannabis y Otros (16%).

El 60% de las personas en tratamiento presentan una antigüedad en el curso del trastorno de más de 20 años.

En relación con otras patologías concomitantes:

- El 26% presentan otros trastornos mentales, siendo la mayor prevalencia en los grupos por trastorno de: Heroína + Cocaína/Heroína + Cocaína + Otros (30%), seguida de Cannabis/Cannabis + Otros (18%) y Cocaína/Cocaína + Otros (17%).
- El 19% presentan patología orgánica. La mayor prevalencia de estos diagnósticos se encuentra en las agrupaciones por trastorno de: Heroína + Cocaína/Heroína + Cocaína + Otros (33%), Heroína/ Heroína+ Otros (19%) y Alcohol/Alcohol + Otros (18%).

- El 31% presentan otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica siendo la mayor prevalencia en las agrupaciones por trastorno de: Alcohol/Alcohol + Otros (25%), Cocaína/Cocaína + Otros (17%) y Cannabis/Cannabis + Otros (16%).

PERFIL PACIENTES EN TRATAMIENTO 2020		
Nº PACIENTES ATENDIDOS: 656		
SEXO	Hombres	510 (78%)
	Mujeres	146 (22%)
EDAD (media)		42 años
AGRUPACIÓN POR TRASTORNO	Heroína / Heroína + Otros	35 (5%)
	Cocaína / Cocaína + Otros	118 (18%)
	Cannabis / Cannabis + Otros	108 (16%)
	Alcohol / Alcohol + Otros	152 (23%)
	Heroína + Cocaína / Heroína + Cocaína +Otros	85 (13%)
	Cocaína +Heroína / Cocaína +Heroína +Otros	14 (2%)
	Alcohol + Cocaína	46 (7%)
	Cocaína + Alcohol	81 (12%)
	Otras	17 (3%)
GRUPO POR TIEMPO DE CONSUMO	Menos de 10 años	122 (19%)
	Entre 11 y 20 años	143 (22%)
	Más de 20 años	146 (60%)
OTRAS PATOLOGÍAS CONCOMITANTES	OTROS TRANSTORNOS MENTALES	173 (26%)
	DIAGNÓSTICO ORGÁNICO	122 (19%)
	OTROS PROBLEMAS	205 (31%)

3.3.2. Algunos programas de prevención y atención temprana.

➤ Área de Juventud del Ayuntamiento de Móstoles.

Desde el Área de Juventud se trabaja con la población juvenil, adolescente e infantil desde diferentes Programas: tiempo libre, formación, participación e información.

El número total de personas que han participado en los diferentes programas y servicios del Área de Juventud durante los años 2020 y 2021 ha sido de 5.901, de las cuales 3.467 (58%) han sido mujeres y 2.434 (41,2%) han sido hombres.

El total de personas que han participado de forma presencial en la actividades y servicios ha sido de 3.148 (53%), 1.708 (28,9%) lo han hecho de forma telefónica, y 1.045 (17,7%) a través de correo electrónico.

La distribución por edades de las personas que han participado de forma presencial ha sido:

- Jóvenes menores de 18 años: 703 (22%).
- Jóvenes de 18 a 30 años: 1.572 (49,9%).
- Mayores de 30 años: 873 (27,7%).

▪ **Banda y Majorettes de Móstoles.**

La Banda Municipal juvenil y el Grupo de Majorettes de Móstoles, bajo su actual denominación de “Banda y Majorettes de Móstoles⁶”, han estado integradas, durante el periodo 2020-2021, por 121 personas, contando con las inscritas en sus dos Escuelas. De ellas, 73 (60,3%) han sido mujeres y 48 (39,7%) hombres.

La distribución por edades ha sido la siguiente:

- Jóvenes menores de 18 años: 66 (54,5%).
- Jóvenes de entre 18 y 30 años: 43 (35,5%).
- Mayores de 30 años: 12 (10%).

• **Programa Espacio Joven (enero 2019 – marzo 2020).**

Consiste en un Programa de Educación en el Tiempo Libre y Prevención de las Adicciones en cinco espacios del municipio (Coímbra, La Guarida, Móstoles Sur, Malasaña y Manuel de Falla). Este Programa va dirigido a jóvenes entre los 12 y 17 años.

⁶ <http://www.bandamostoles.com/>

Durante el año 2020 y debido al *Estado de Alarma* y el confinamiento decretado con fecha 14 de marzo, quedaron suspendidas las actividades en los espacios jóvenes por lo que el número de participantes con relación a años anteriores ha sido menor: en 2019 participaron 3.065 personas y en el año 2020, 1.361 personas.

El número total de jóvenes que han participado ha sido de 4.426. De los cuales un 67% (2.900) han sido hombres y un 33% (1.417) han sido mujeres.

La distribución por edades ha sido la siguiente:

- Jóvenes de 12/13 años: 64%
- Jóvenes de 14/15 años: 39%
- Jóvenes de 16/17 años: 23%

➤ Área de Sanidad del Ayuntamiento Móstoles.

Desde el Área de Sanidad se ofrecen actividades formativas, de sensibilización y divulgación relacionadas con la promoción y la Educación para la Salud dirigidas al conjunto de la población de Móstoles.

▪ **Programa Formativo.**

- Se realizan cursos de formación entre octubre y junio que se dirigen a la población a partir de los 18 años.
- Se diseña formación adaptada a las necesidades de colectivos específicos.
- Se colabora con el Plan de Apoyo a los Institutos de Móstoles, formando a alumnado de secundaria.

Durante el curso 2020-2021 el número de cursos de formación dirigidos a la población y a colectivos específicos ha sido reducido debido a la situación de pandemia.

Se han realizado 9 cursos con una participación de 60 personas de las cuales 43 (72%) han sido mujeres y 17 (28%) hombres.

En cuanto a la intervención en el Plan de Apoyo a los Institutos de Móstoles se ha trabajado con un gran número de alumnado al haber funcionado los centros con toda su población. Se ha intervenido con 118 grupos (2.200 alumnas/os) impartiendo 250 horas formativas.

▪ **Sensibilización (Día Mundial Sin Tabaco).**

El Día Mundial Sin Tabaco se celebra todos los años el día 31 de Mayo. El área de Sanidad forma parte de la Comisión Interinstitucional Prevención y Control del Tabaquismo (Móstoles) que realiza un programa de actividades para sensibilizar a la población sobre esta adicción. En el año 2021 y debido a la situación generada por la Covid-19 se han realizado un número de inferior de actividades, en concreto, se han desarrollado seis actividades de sensibilización, dos acciones formativas y una divulgativa.

▪ **Sensibilización (Medios de divulgación).**

El Área de Sanidad realiza una gran tarea de divulgación en relación a temas de salud, utilizando para ello la página Web municipal "Espacio Saludable". Así mismo difunde, a través de correo electrónico, artículos y Campañas relacionadas con el ámbito de la Promoción de la Salud, a la población, áreas municipales y entidades.

- **Sensibilización (Semana Municipal de la Salud).**

Desde hace 11 años, el Área de Sanidad junto con entidades socio-sanitarias del municipio (actualmente 23) desarrollan un proyecto dirigido a toda la población para divulgar la labor que se realiza desde el tejido asociativo socio-sanitario y se proponen distintas actividades, tanto prácticas como teóricas, para informar y sensibilizar entorno a diferentes aspectos de la salud.

- **Servicio de Prevención de Adicciones de Sustancias Adictivas y a las Nuevas Tecnologías (SPANT).**

El SPANT es un servicio de prevención y atención temprana integral para menores y sus familias, cuyo objetivo es reducir los factores de riesgo a la vez que promueve los factores de protección, tanto familiares como individuales, frente a adicciones y otros comportamientos problemáticos.

La intervención se realiza con todos los agentes clave involucrados en el desarrollo del/a menor: familia, comunidad educativa, grupo de iguales y comunidad, para que de una forma coordinada, permita unificar objetivos y estrategias de intervención, multiplicando el impacto.

Para conseguir estos objetivos se realiza, por un lado, prevención con población general, grupos específicos y comunidad educativa (alumnado, profesorado y familias) y por otro, intervención familiar y/o individual.

Durante el curso escolar 2020-2021 se han realizado un total 373 Talleres dirigidos a alumnado de primaria y secundaria, y a familias de alumnado de secundaria. El número total de horas de formación ha sido de 746 horas, llegando a la totalidad de los centros de educación secundaria. Se ha intervenido con un total 5.246 personas: 2.786 hombres (51%) y 2.460 mujeres (49%).

Para población general, cada año, se realizan diversas actividades excepto en el curso pasado 2020-2021 que debido a la pandemia sólo se intervino de forma on-line en el curso “Escuela de Abuelas y Abuelos”, organizado por la Escuela Municipal de Salud en colaboración con Equipo de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid. Se impartieron dos horas de formación. El número de personas participantes fueron 12 personas, de las cuales 4 (33%) han sido hombres y 7 (58%) mujeres.

Desde el SPANT se prestan también servicios de Asesoría, Diagnóstico y Tratamiento: El número de consultas totales atendidas han sido 436, de las cuales 32 (7.3%) han sido en primera consulta.

Las personas atendidas de forma familiar y/o individual presentaban problemas relacionados con el consumo de sustancias (0,7%), juego de azar (22,2 %) y uso de las TIC (redes sociales, videojuegos, ciberacoso, uso compulsivo del móvil,... 81,5%).

Las consultas de seguimiento e intervención, de forma presencial, han sido 336 (77%) y las consultas de seguimiento e intervención, de forma telefónica, han sido 68 (15.5%).

- **Asesoramiento.**

El Área de Sanidad dispone de un servicio de asesoramiento para:

- En el marco del Plan de Apoyo a los Institutos asesorar al profesorado en temas de salud.
 - Asesorar sobre temas de Salud a toda la población que lo demande.
 - Asesorar sobre Sexualidad Integral a toda la población que lo solicite.
- **Comisión Técnica Interinstitucional de Educación y Promoción de la Salud en el ámbito escolar de Móstoles.**

Desde el Área de Sanidad se participa en la Comisión en colaboración con todas las entidades participantes: Educación, Sección de Prevención y Promoción de la Salud Unidad Técnica 8 del Área de Salud Pública Dirección Asistencial Oeste, SERMAS, Dirección de Área Territorial Madrid-Sur (DAT-Sur), organizando, realizando y supervisando las actividades de promoción y educación para la salud que se realizan en los centros educativos de Móstoles.

- **Red Municipal de Salud.**

El Área de Sanidad participa de forma activa en dos grupos de trabajo:

- El Grupo de Adicciones. En el curso 2020-2021 se ha creado el grupo de trabajo “Género y Drogas” con el objetivo de unificar criterios en torno al género y el fenómeno de las adicciones. En este grupo están participando 7 profesionales de diferentes municipios.
- El Grupo Educación y Promoción de Salud. En el curso 2020-2021 se ha colaborado en el Día Mundial de la Salud y en el inicio de la página Web de la Red.

- **Fundación Alcohol y Sociedad.**

El Área de Sanidad se coordina con la Fundación para conocer el resultado de la intervención que realiza en el municipio, en relación con la Prevención del alcohol. La Comunidad de Madrid a través de la Fundación Alcohol y Sociedad realiza talleres para la prevención del alcohol entre el alumnado de secundaria. En el curso 2020-2021 se han realizado 34 Talleres y se ha intervenido con 687 personas, de las cuales 387 (56.3%) han sido hombres y 300 han sido mujeres (43.6%).

➤ Área de Educación del Ayuntamiento de Móstoles.

▪ **Servicio Municipal de Atención Psicológica y Socioeducativa a la Infancia y la Adolescencia (SMAPSIA).**

Aborda los problemas psicológicos habituales en el desarrollo de la infancia y jóvenes en edad escolar. Se atiende a población entre 3 y 18 años. La intervención es fundamentalmente preventiva y de desarrollo personal. Pretende ser una contribución a la salud mental de población infantil, juvenil y sus familias.

- Atención y asesoramiento psicológico individual: El servicio se ha ofrecido a toda la ciudadanía durante todo el curso escolar 2020-21 y han sido 222 familias las que se han beneficiado del mismo. Además, han sido atendidos otros 73 casos abiertos de cursos anteriores, por lo que el total de casos atendidos asciende a 295.
- Actividades de apoyo a los departamentos de los Institutos de Educación Secundaria (IES): el asesoramiento y coordinación con el profesorado y departamentos de orientación permanece abierto a lo largo de todo el curso. Durante el curso 2020-21, se han atendido un total de 67 familias.
- Grupos. Por situaciones de pandemia, no se ha desarrollado ninguna actividad formativa, en el pasado curso escolar.

▪ **Programa Municipal de Prevención y Control del Absentismo Escolar.**

Surge como respuesta a la competencia en materia educativa de “*participar en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria*”. El Programa de Prevención y Control del Absentismo Escolar está dirigido, por tanto, a la población escolar del municipio en edad de enseñanza obligatoria:

- Menores de 6 a 16 años no escolarizados*.
- Menores de 6 a 16 años que, habiendo estado escolarizados, han abandonado la escuela sin finalizar la etapa obligatoria*.
- Menores de 6 a 16 años matriculados en centros escolares con absentismo reiterado e injustificado*.

[*de manera preventiva desde los 3 años]

Se realiza en el marco de un Convenio de Colaboración con la Comunidad de Madrid y su financiación es conjunta; su funcionamiento se enmarca dentro del programa que elabora la DAT-Sur y que coordina con los municipios de dicha área territorial que han firmado el convenio.

En Móstoles, cada curso escolar se constituye la Mesa Local de Prevención y Control de Absentismo Escolar, donde están representadas todas las instituciones implicadas.

La intervención se realiza a nivel de detección, prevención e intervención.

Durante el curso 2020-2021 se ha intervenido en los siguientes casos:

- Alumnado Absentista: 111 casos nuevos (90 abiertos y 21 cerrados) y 120 casos de seguimiento (76 abiertos y 44 cerrados).
 - Alumnado no matriculado/no presentado/desaparecido: 111 (108 cerrados y 3 derivaciones absentismo escolar).
- **Proyecto para la Prevención del Absentismo Escolar y la Exclusión Social de Jóvenes y Adolescentes.**

Proyecto complementario a la labor de prevención que se hace desde el Programa Municipal de Prevención y Control del Absentismo Escolar. Pretende abordar la parte preventiva mediante el desarrollo de diferentes acciones socioeducativas dirigidas a sensibilizar, prevenir y apoyar a los centros educativos ante situaciones de riesgo de absentismo escolar y directamente con el alumnado derivado por protocolo de absentismo de la Mesa Local.

El desarrollo del proyecto está dirigido desde los 6 a los 16 años, edades que comprende la educación obligatoria.

La actividad llevaba a cabo en los IES, queda enmarcada dentro del Plan de Acción Tutorial del Plan de Institutos.

Se comenzó a llevar a cabo en el curso escolar 2017-2018 y será desarrollado durante el presente curso escolar 2021-2022 y el 2022-2023.

- **Ayudas a las familias en el comienzo del curso (2020-2021).**

Tiene como objetivo prioritario garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho a la educación de los/las estudiantes de nuestra ciudad. Para ello, desde el año 2004 el Área de Educación destina una partida presupuestaria para colaborar con las familias en el esfuerzo económico que supone el inicio escolar.

Estas ayudas son compatibles con cualquier otra subvención o ayuda que tenga la misma finalidad, siempre que no supere el coste del gasto realizado. Quedan establecidas unas cuantías máximas en función el ciclo escolar (Infantil, Primaria y ESO/FPB).

- **Red de Ciudades Educadoras (RECE).**

Desde el año 2020, participa en dos redes temáticas: “Red Ciudades Igualitarias y libres de Violencia de Género”, coordinada por Sevilla y en el que participa SMAPSIA, y “Red Ciudad Inclusiva, Ciudad Educadora”, coordinada por Vitoria-Gasteiz y en el que participa el Programa de Absentismo.

Durante el curso 2020-2021, la “Red de Ciudades Igualitarias y libres de Violencia de Género” ha mantenido un total de 5 reuniones en las que se han establecido distintas líneas de trabajo y la “Red Ciudad Inclusiva, Ciudad Educadora” ha mantenido un total de 4 sesiones de trabajo.

- **Plan de Apoyo a los Institutos de Enseñanza Secundaria de Móstoles.**

Programa de actividades ofrecido por diferentes concejalías dirigidas a alumnado de secundaria y a los departamentos de orientación educativa. El objetivo principal es la formación del alumnado, apoyando a las familias y al centro educativo en la tarea de educar con la aportación de recursos humanos y materiales del ayuntamiento, complementado la educación reglada.

En el curso 2020-2021 se han ofrecido 24 actividades formativas dirigidas a todo el alumnado de secundaria del municipio, organizadas por 7 áreas municipales. En relación al apoyo a los departamentos se ofrece información y asesoramiento desde 4 de las Concejalías del Ayuntamiento.

- **Plan de Actividades Extraescolares en colegios públicos.**

Durante el curso 2020-21, de las 34 “Asociaciones de Madres y Padres” (AMPAS) que han suscrito convenio para este plan, 19 han sido las que han podido disfrutar de las actividades de carácter cultural, artístico, de ocio y tiempo libre y de refuerzo educativo, que se realizan en horario lectivo extraescolar. Las medidas sanitarias establecidas con carácter general dentro de los protocolos de prevención del COVID-19 en cada centro, han traído como consecuencia que en muchos centros no se hayan podido ofertar.

- **Colonias Urbanas en colegios públicos.**

Este programa se ofrece a las familias mostoleñas como alternativa para la necesidad de conciliación de vida familiar y laboral durante las vacaciones escolares (desde segundo ciclo de infantil hasta 6º de primaria). Durante el curso 2020-21 las familias que se han beneficiado del programa han sido:

Año 2020:

- 78 participantes en “Las colonias de Navidad”.
- “Las colonias de Semana Santa, Junio y Septiembre” de 2020 no se llevaron a cabo por la situación de pandemia.

- “Las colonias de verano”: en el mes de Julio han sido ocupadas 120 plazas en el CEIP Salzillo Valle-Inclán y 141 en el CEIP Ciudad de Roma.

Año 2021:

- 120 participantes en “Las colonias de Semana Santa”.
- 135 participantes en “Las colonias de Junio”.
- Para “Las colonias de Julio y Agosto” se han recibido más de 2000 solicitudes, siendo ofertadas en ocho colegios.

▪ **Muestra de teatro de los Institutos de Enseñanza Secundaria de Móstoles.**

Es un programa municipal regulado por un Convenio que suscribe el ayuntamiento con los directores de los centros educativos de secundaria. El Convenio se suscribió el curso pasado con vigencia para dos cursos, por tanto, se mantiene vigente el actual.

Este curso escolar 2020-2021 se hubiera celebrado la XXXª Edición de la Muestra de Teatro Escolar para IES, pero la situación vivida a nivel sanitario ha impedido el desarrollo óptimo de la Muestra.

La previsión de participación para el próximo curso escolar, se estima que será alrededor de 19 centros de Educación Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional.

▪ **Muestra de teatro de los colegios.**

Es un programa municipal regulado por Convenio que suscribe el Ayuntamiento con los directores de los Centros Educativos de Primaria, Infantil y Especial. El Convenio se suscribió el curso pasado con vigencia para dos cursos, por tanto, se mantiene vigente el actual.

Este curso escolar 2020-21 se hubiera celebrado la XXVª Edición de la Muestra de Teatro Escolar, pero la situación vivida a nivel sanitario ha impedido el desarrollo óptimo de la Muestra.

La previsión de participación se estima en 15 colegios de educación Infantil y Primaria, además del Centro de Educación Especial Miguel de Unamuno.

▪ **Unidad de Formación e Inserción Laboral (UFIL) Pablo Neruda.**

Está dirigido a jóvenes de entre 16 y 18 años que no han alcanzado titulación de grado en Educación Secundaria Obligatoria (ESO), Formación Profesional Básica (FPB talleres profesionales, modalidad general) Formación Profesional (FP). El número de alumnado matriculado en el curso 2020-21 en este programa ha sido 45 personas.

- **Español para la Inclusión**

Son cursos de enseñanza de la lengua castellana, en todos los niveles, para aquellas personas adultas que necesiten o deseen conocer nuestra lengua.

El desarrollo de los mismos se lleva a cabo en el Centro Municipal Pablo Picasso en turnos de mañana y tarde. La matrícula está abierta durante todo el año.

Este año, el alumnado que se han beneficiado del mismo es de 619 personas..

- **Conservatorio Profesional de Música “Rodolfo Halffter”.**

El Conservatorio es de titularidad municipal y contempla 16 especialidades formativas tanto en el nivel de Enseñanzas Elementales como en el de Enseñanzas Profesionales.

En el curso 2020-2021 se han realizado 131 actividades: conciertos, conciertos didácticos, ciclos de conciertos, Jornada de Puertas Abiertas y actividades en colaboración con el Ayuntamiento.

- Colaboración entre las áreas de Educación, Juventud y Servicios Sociales.
 - **Plan de Infancia y Adolescencia (2019-2023).**

El **Plan de Infancia y Adolescencia (2019-2023)** tiene la finalidad de trabajar de forma integral, interdisciplinar y transversal en nuevas y más adecuadas respuestas a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes del municipio, contribuyendo al cumplimiento de sus propios derechos, con un enfoque preventivo e inclusivo. Consta de tres áreas de intervención con 17 objetivos y 218 actuaciones.

3.3.3. Programas de control de la oferta.

➤ ÁREA DE SEGURIDAD: POLICÍA MUNICIPAL DE MÓSTOLES.

La Policía Municipal de Móstoles, además de la labor preventiva inherente a todo cuerpo policial, desarrolla diversos planes específicos que abordan el consumo de alcohol y sustancias estupefacientes, destacando:

- **Plan Integral de Seguridad en el Entorno Escolar (Plan PISEE).**

El Plan PISEE surge en noviembre de 2005 ante la necesidad de **atajar la situación de inseguridad** que existía en el ámbito escolar, concretamente en los centros de Educación Secundaria, que afectaba a un colectivo tan sensible y vulnerable como el de los menores en edad escolar.

Durante el curso escolar 2020/2021, en el marco del Plan, se realizaron diversas intervenciones, algunas de ellas concretadas en la confección de un total de 5 actas-denuncia por tenencia o consumo de sustancias estupefacientes.

Además, en el marco del citado Plan, y por lo que se refiere a la prevención de las **adicciones sin sustancia** y al **uso problemático o abusivo de las nuevas tecnologías**, la “Unidad contra la Violencia de Género y Protección Social” ha venido impartiendo charlas en los centros de Educación Secundaria Obligatoria sobre los *“riesgos en el uso de Internet y las Redes Sociales”*, abordando también el uso problemático de las mismas. De hecho, de las diversas acciones formativas ofertadas por la Unidad, esta es la que viene teniendo una mayor demanda en los últimos años (fundamentalmente en 2020 y 2021).

- **Plan Preventivo del Consumo de Bebidas Alcohólicas en Vía Pública y por Menores en Locales de Ocio y Establecimientos (Plan PIBA).**

El Plan PIBA se pone en marcha anualmente entre los meses de julio y septiembre, con el objetivo general de **evitar el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas en los espacios públicos** de nuestra localidad, así como controlar y supervisar el cumplimiento de la normativa por parte de los locales y comercios de la localidad, en cuanto a la venta y suministro de alcohol a menores, y, por tanto, el acceso de los menores a dichas sustancias nocivas para su salud.

En la evaluación referente al año 2018 se destacaba que *«las intervenciones realizadas con personas afectadas por la ingesta de alcohol, descartadas las falsas alarmas, se sitúan en 258, un 2,64 % menos que el año precedente, y un 50,76 % menos que el primer año de aplicación del Plan (2008). Destacar que, al igual que en el año pasado, se está detectando un descenso en la*

problemática con el alcohol y un aumento en el consumo de estupefacientes, sobre todo entre los jóvenes (...)».

- **Plan Preventivo de Seguridad en Locales L.E.P.A.R.**

El objetivo general del Plan es controlar y supervisar el cumplimiento de la normativa en los establecimientos regulados por la Ley 17/1997, de 4 de julio, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, y de las terrazas de veladores en los locales que dispongan de ellas.

Entre sus objetivos específicos destaca el **control de la venta de alcohol a menores y otras sustancias nocivas en locales**, así como de la **presencia de éstos cuando no estuviera autorizada**.

- **Plan Integral Navidades en Convivencia (PINAC).**

Con este Plan se trata de conseguir, desde un punto de vista integral, una armonización y normalización de la actividad generada en época navideña tomando medidas de prevención y/o de reacción en el ámbito de la seguridad, de la regulación del tráfico, del control de la actividad comercial y de la seguridad ciudadana.

Entre sus objetivos operativos, destaca el de la **prevención de la venta y consumo de estupefacientes en la vía pública**, así como la **prevención sobre el consumo de bebidas alcohólicas** en parques públicos y alrededores de los centros escolares.

En 2020 el Plan finalizó con un elevado número de infracciones con respecto al año anterior, figurando entre ellas 15 actas-denuncia por consumo/tenencia de sustancias estupefacientes y 30 actas-denuncia por consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública, frente a las 17 y 9 - respectivamente- del año 2019.

- **Otros Planes en materia preventiva.**

Además de los planes anteriormente señalados, la Policía Municipal de Móstoles realiza actuaciones preventivas en materia de prevención del consumo de alcohol y sustancias estupefacientes en el resto de los Planes operativos e integrales del Cuerpo: Plan Integral Fiestas de Mayo (PIMA), Plan Plan Integral Fiestas Patronales de Septiembre (PISEP), Plan de Seguridad en Piscinas Municipales, etc.

De igual modo, no podemos olvidar la importante labor que se viene desempeñando desde la **“Unidad de Policía Judicial e Investigación de Accidentes”** en materia preventiva, destacando su compromiso⁷ en la **«realización de puntos de verificación de alcohol y otras drogas en los**

⁷ Plan Anual 2021 de la Policía Municipal de Móstoles.

conductores, conforme a un cronograma anual que permita la realización de al menos 300 pruebas de drogas en distintos puntos de verificación, así como al menos 100 puntos de verificación de alcohol en la conducción».

- **Programa “Policía Tutor”.**

Como novedad, en Septiembre de 2021⁸ se ha presentado el **Programa Policía/Agente Tutor** cuya iniciativa busca prevenir y proteger a menores en los entornos escolares y de los institutos para detectar el absentismo, consumo de drogas, violencia intrafamiliar, menores en situación de riesgo o desamparo, acoso escolar, ciberacoso, etc., en colaboración con otros servicios municipales.

En líneas generales, el Programa se contempla como un **servicio especializado de apoyo a la comunidad educativa**, contando con tres objetivos prioritarios: la promoción del respeto a los derechos de la infancia y adolescencia, la protección del menor y la prevención en el entorno escolar.

El Programa viene acompañado de cuatro protocolos o líneas de actuación, contemplando esta actuación policial especializada ante casos de absentismo escolar, menores en situación de riesgo o desamparo, casos de acoso escolar y situaciones de **consumo de alcohol y otras drogas, contemplando las adicciones sin sustancia.**

El Programa será coordinado por la **“Unidad Contra la Violencia de Género y Protección Social”**, Unidad especializada en el abordaje de las problemáticas de los menores en edad escolar.

⁸ «Móstoles pondrá en marcha el programa del Agente Tutor para proteger a los menores en entornos escolares del municipio». <https://www.mostoles.es/es/noticias/mostoles-pondra-marcha-programa-agente-tutor-protoger-menor>

3.3.4. Recursos del municipio.

➤ Recursos del Ayuntamiento de Móstoles.

<p>SANIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escuela Municipal de Salud: Actividades formativas, Sensibilización, Prevención y Promoción de la Salud y Asesoramiento, siempre en el marco del respeto a la diversidad y la equidad, favoreciendo la colaboración interinstitucional y la participación de la población.
<p>JUVENTUD</p>	<p style="text-align: center;">CENTRO DE SERVICIOS PARA JÓVENES “LAS 13 ROSAS”</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de información Juvenil. ▪ Asesoría integral para jóvenes. ▪ Programa de Participación y Cooperación con centros educativos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Foros de participación infantil, adolescente y joven. ○ Muestra de Teatro de los Institutos de Móstoles. ▪ Programa “<i>Móstoles Ciudad Joven</i>”. <ul style="list-style-type: none"> ○ Acciones de sensibilización sobre derechos de infancia y adolescencia dirigidas a centros educativos, profesionales y población en general. ○ Acciones puntuales de participación activa.
	<p style="text-align: center;">ESPACIO JOVEN RIBERA</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de tiempo libre dirigido a jóvenes, adolescentes y familias. ▪ Espacios Jóvenes. ▪ Asesoría de Ocio a Asociaciones. ▪ Programa de Formación. ▪ Banda y Majorettes de Móstoles.

<p>EDUCACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio Municipal de Atención Psicológica y Socioeducativa a la Infancia y a la Adolescencia (SMAPSIA). ▪ Programa Municipal de Prevención y Control del Absentismo Escolar ▪ Proyecto para la Prevención del Absentismo Escolar y la Exclusión Social Jóvenes y Adolescentes. ▪ Ayudas a las familias en el comienzo del curso escolar. ▪ Red de Ciudades Educadoras. ▪ Plan de Apoyo a los Institutos de Enseñanza Secundaria. ▪ Plan de Actividades Extraescolares. ▪ Colonias Urbanas en Colegios Públicos. ▪ Muestra de Teatro en IES. ▪ Muestra de Teatro de los colegios de educación infantil, primaria y especial. ▪ Unidad de Formación e Inserción Laboral (UFIL) ▪ Español para la Inclusión. ▪ Conservatorio Rodolfo Halffter.
<p>CULTURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de Arte Escénicas “A Escena”. ▪ Programas culturales (cine y teatro) para jóvenes y para la infancia. ▪ Festivales. ▪ Exposiciones. ▪ Filmoteca. ▪ Campañas escolares. ▪ Muestras de teatro: colegios, teatro aficionado y teatro universitario. ▪ Participación en programas de otras áreas. ▪ Espacios Culturales: ▪ Teatros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Teatro del Bosque. ○ Teatro “Villa de Móstoles”. ○ Teatro “Centro Sociocultural Norte-Universidad”. ○ Teatro “Centro Sociocultural El Soto”. ○ Teatro “Centro Sociocultural Caleidoscopio”. ○ Teatro “Centro Sociocultural Joan Miró”. ○ Teatro de Títeres Parque Finca Liana. ▪ Bibliotecas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Biblioteca Central. ○ Biblioteca Norte-Universidad.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Biblioteca Parque Coímbra. ○ Biblioteca “El Soto”. ○ Biblioteca “Joan Miró”. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centros Culturales: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Centro Sociocultural Villa de Móstoles”. ○ “Centro Sociocultural Norte-Universidad”. ○ “Centro Sociocultural El Soto”. ○ “Centro Sociocultural Joan Miró”. ○ “Centro Sociocultural Caleidoscopio”. ▪ Museo de la Ciudad.
<p style="text-align: center;">DEPORTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades deportivas dirigidas a infancia, jóvenes y familias y población general. ▪ Escuelas Deportivas. ▪ Préstamo de espacios para actividades de integración. ▪ Instalaciones deportivas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pabellón Municipal Rafa Martínez. ○ Polideportivo Municipal “Los Rosales”. ○ Polideportivo Municipal “Villafontana”. ○ Pabellón Municipal “Móstoles SUR”. ○ Polideportivo Municipal “La Loma”. ○ Polideportivo Municipal “Andrés Torrejón”. ○ Campo Municipal “Andrés Torrejón”. ○ Campos Municipales de futbol “Iker Casillas”. ○ Campo Municipal de futbol “El Soto de Móstoles”. ○ Piscina Municipal “Las Cumbres”.
<p style="text-align: center;">IGUALDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VI Plan de Igualdad. ▪ Centro Municipal de Estudios para la Igualdad. ▪ Punto Municipal del Observatorio Regional de Violencia de Género: <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención social. ○ Atención psicológica a mujeres y a menores. ○ Atención jurídica. ○ Actividades grupales ○ Campañas de prevención y sensibilización.

<p>MEDIO AMBIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades con niños y niñas, con colegios, con adultos y familias. ▪ Huertos Urbanos. ▪ Aula de naturaleza. ▪ Talleres del Centro de Ecología Social. ▪ Móstoles Transita 2020-2030. ▪ Proyectos Ambientales.
<p>SERVICIOS SOCIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuaciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intervención Sociofamiliar. ○ Familia e infancia. ○ Atención a la exclusión residencial ○ Atención a la emergencia social.
<p>SEGURIDAD CIUDADANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Policía Municipal de Móstoles. <ul style="list-style-type: none"> ○ Plan Integral de Seguridad en el Entorno Escolar (<i>Plan PISEE</i>), con actuaciones dirigidas a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Control del absentismo. ▪ Pandillas. ▪ Acoso escolar. ▪ Riesgos en el uso de Internet y las Redes Sociales. ▪ Adicciones. ○ Otros Planes preventivos con actuaciones específicas en la materia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan Fiestas de Mayo (PIMA). ▪ Plan Piscinas Municipales. ▪ Plan Fiestas de Septiembre. ▪ Plan Integral Navidades en Convivencia (PINAC). ▪ Plan Preventivo del Consumo de Bebidas Alcohólicas en Vía Pública y por Menores en Locales de Ocio y Establecimientos (Plan PIBA). ▪ Plan Preventivo de Seguridad en Locales L.E.P.A.R. ○ Adicionalmente, a través de la “<i>Unidad contra la Violencia de Género y Protección Social</i>”: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protección y seguimiento de víctimas de violencia de género. ▪ Menores en situación de desamparo/riesgo ▪ Malos tratos a menores. ▪ Menores infractores.

➤ Servicios de Atención Socio-sanitaria:

<p>CENTROS DE SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Salud Doctor Luengo Rodríguez. ▪ Centro de Salud Felipe II. ▪ Centro de Salud Dos de Mayo. ▪ Centro de Salud Alcalde Bartolomé González. ▪ Centro de Salud Presentación Sabio. ▪ Centro de Salud La Princesa. ▪ Centro de Salud Barcelona. ▪ Centro de Salud El Soto. ▪ Centro de Salud Parque Coímbra.
<p>SALUD PÚBLICA ÁREA 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Salud Pública Área 8.
<p>CENTROS DE SALUD MENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Salud Mental Doctor Luengo Rodríguez. ▪ Hospital de Día Salud Mental. C/Independencia 8. ▪ Centro de Día Salud Mental para pacientes crónicos. C/Asturias.
<p>CENTROS DE SALUD MENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Día de Móstoles. Gestionado por <i>INTRESS</i>. ▪ Centro de Rehabilitación de Salud Mental de Móstoles: CRPS, CRL Y EASC. Gestionado por <i>GRUPO EXTER</i>. <p><i>(Dependientes de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid).</i></p>
<p>RESIDENCIA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Residencia para personas con enfermedad mental grave y duradera. Gestionada por <i>INTRESS</i>. <p><i>(Dependiente de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid).</i></p>

<p>CENTRO DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICO (CEP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Especialidades Periférico “Coronel de Palma”.
<p>SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SUMMA 112</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro en C/ Coronel de Palma 1.
<p>HOSPITALES PÚBLICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Universitario de Móstoles. ▪ Hospital Universitario Rey Juan Carlos.
<p>HOSPITALES PRIVADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Puerta del Sur, del <i>GRUPO HM HOSPITALES</i>.
<p>CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDIENTES (CAID) ASOCIACIÓN PUNTO OMEGA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio sanitario público de gestión externa que presta atención a personas consumidoras de sustancias tóxicas, con el fin de lograr la remisión parcial, completa o resolución de estos trastornos de consumo.
<p>SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES A SUSTANCIAS ADICTIVAS Y A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS (SPANT) ASOCIACIÓN PUNTO OMEGA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El SPANT es un servicio de prevención y atención temprana integral para menores y sus familias, cuyo objetivo es reducir los factores de riesgo a la vez que promueve los factores de protección, tanto familiares como individuales, frente a adicciones y otros comportamientos problemáticos.
<p>OTRAS ENTIDADES DEL MUNICIPIO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entidades que forman parte del tejido asociativo del municipio y que prestan sus servicios en Móstoles.

3.4. Repercusiones del SARS-CoV-2.

La irrupción de la COVID 19, ha tenido una fuerte repercusión en la vida de las personas en todas sus esferas y ha podido influir en el consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones. Por ello el Observatorio Español de Adicciones (OEDA) realizó un seguimiento, a través de diferentes fuentes de información, durante los meses de marzo a junio de 2020. A continuación, se expone un resumen de sus principales conclusiones⁹.

➤ COVID-19 y consumo de drogas ilegales.

Los resultados de la encuesta europea¹⁰ sobre consumo de drogas en la pandemia por COVID-19, realizada por el *Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA)* entre el 8 de abril y el 31 de mayo de 2020, reflejan que el 71,9% de personas encuestadas consumidoras de sustancias psicoactivas ilegales, cesaron o disminuyeron su consumo, un 16,3% no realizaron cambios y solo el 11,9 % aumentaron la cantidad o frecuencia de consumo. Las razones que alegan son: menor disponibilidad para adquirir drogas, dificultades para recogerlas debido al confinamiento y tener menos ocasiones para su consumo, unido a la preocupación por los efectos en la salud.

La tendencia general de reducción en el consumo se observa en todas las drogas ilegales, excepto en el cannabis que se produce en menor medida, posiblemente por ser la droga ilegal de mayor disponibilidad.

En España, durante el estado de alarma, no se notificaron nuevas sustancias a través del *Sistema Español de Alerta Temprana sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas (SEAT)*.

➤ COVID-19 y consumo de tabaco.

La encuesta "*Tabaco, otras formas de consumo y confinamiento*"¹¹, realizada entre el 4 y el 22 de mayo de 2020 refleja que un 6,73% de personas fumadoras abandonaron el hábito tabáquico y un 5,98% redujo su consumo durante el confinamiento. En este periodo, el 13,56% intentó dejar de fumar. Un 61,83% de personas que antes del confinamiento estaban expuestas al humo del tabaco, dejaron de estarlo.

⁹Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Informe del Observatorio Español de Drogas y Adicciones. COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España.

¹⁰Mini-EWSD-COVID. Realizada a través de Internet.

¹¹ Encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad, en colaboración con el Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo y las comunidades autónomas de la Rioja y Murcia. Realizada a través de Internet.

➤ COVID-19 y consumo de alcohol.

Los datos de la “*Encuesta web Europea Alcohol y COVID-19*”¹², muestran que la mayoría de las personas encuestadas disminuyeron el consumo de alcohol, o no lo aumentaron. Tanto en la frecuencia de consumo y número de bebidas en cada ocasión, como en el consumo intensivo. El 39,4% dice haber reducido la frecuencia, el 40,2% redujo el número de bebidas en cada ocasión y el 41,9% tuvo menos episodios de consumo intensivo.

➤ COVID-19 y adicciones comportamentales.

Según la encuesta “*Internet, videojuegos y juego con dinero online: Covid-19*” realizada por el *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)* a través de la web, entre el periodo 18 de mayo y el 30 de junio de 2020, se produjo un aumento en la frecuencia de uso de videojuegos y uso de internet. Y una disminución en la frecuencia de juego con dinero online. En dicha encuesta, se observa también que el 7,2% de las personas jugadoras encuestadas, podrían presentar un trastorno por videojuegos según *escala DSM-V*, mayor entre menores de 18 años.

Otros datos relevantes de esta encuesta son: el 68,9% declara haber aumentado el uso de internet (72,2% mujeres, 67,5% hombres) el 11,2% podría presentar, posible uso compulsivo según la *escala CIUS*, siendo más frecuente en personas jóvenes.

En relación al juego con dinero online, un 86,6% contestaron no haber jugado antes, ni durante el confinamiento.

➤ Problemas relacionados con las drogas durante el confinamiento por COVID-19.

El *OEDA*, realizó una consulta a los centros notificadores de las Comunidades Autónomas, que están integrados en el *Sistema Español de Información en Drogas y Adicciones (SEIDA)*¹³, en relación a los indicadores de admisión a tratamiento, urgencias y mortalidad relacionadas con sustancias psicoactivas, durante el confinamiento, obteniéndose los siguientes resultados: las admisiones a tratamiento descendieron aproximadamente en un 70%, tanto en hombres como mujeres y para todas las sustancias, aunque el descenso es un poco menor en opioides. Este hecho guarda relación con la prioridad que dieron los servicios de atención a los casos que necesitaban tratamiento sustitutivo con metadona o equivalentes. También se priorizó a personas sin techo que consumen heroína.

¹² Liderada por el Equipo del Dr. JürgeRehm. Universidad Politécnica de Dresde, con la colaboración del equipo del Dr. Antoni Gual. Hospital Clinic de Barcelona.

En relación a las urgencias, se objetivó un descenso moderado, algunas Comunidades Autónomas destacan que se produjo un descenso menor en mujeres, que tuvieron que ser atendidas por urgencias relacionadas con el consumo de alcohol e hipnosedantes. En general los casos de urgencias en hombres fueron más numerosos que en mujeres y sobre todo en urgencias debidas al consumo de alcohol y cocaína.

➤ Conclusiones.

Tras el análisis de estos datos, el *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones*, en “*COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España*”¹⁴, de donde proceden los datos expuestos anteriormente, concluye:

«(...) Estos resultados preliminares sugieren que las medidas impuestas para el control de la epidemia por COVID -19, han tenido un impacto sobre los consumidores de sustancias psicoactivas que, en términos generales, han cesado o reducido su consumo, si bien el consumo tecnológico se habría visto incrementado».

Además, el *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)* resalta que hay que tener cautela a la hora de interpretar estos resultados, debido a las limitaciones que presentan las fuentes disponibles, de tal forma que estos resultados no se pueden generalizar al conjunto de la población española y es necesario contextualizarlos con los resultados que se obtengan posteriormente a través de los sistemas de información del *OEDA*, que anualmente actualiza la información relativa al consumo de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y sobre adicciones comportamentales en la población española.

¹⁴Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de Drogas y Adicciones. COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España.

4. LÍNEAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES.

Línea 1- Prevención y promoción de la salud.

Objetivo general: Potenciar, bajo la perspectiva de equidad el establecimiento de acciones que incidan en la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección en materia de adicciones, favoreciendo el retraso en la edad de inicio y evitando que se convierta en un problema para la persona o para su entorno.

Prevención Comunitaria.

<i>Objetivos específicos</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuentes de información /verificación</i>
Favorecer el conocimiento de la realidad del municipio en materia de adicciones, bajo una visión integral de Móstoles y con enfoque de género.	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la información obtenida con perspectiva de género. - Diseño de procedimientos que permitan analizar la realidad del municipio en relación con las adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de aspectos detectados sobre los que intervenir para aumentar la eficacia y equidad en la prevención comunitaria. - Nº de fuentes de información consultadas. - Nº de procedimientos diseñados. - Nº de procedimientos utilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuestas nacionales, autonómicas y locales. - Informe resumen.
Motivar a la ciudadanía y a los agentes sociales en la toma de conciencia respecto a la capacidad de transformar la realidad particular y global de Móstoles.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a la ciudadanía en su capacidad de transformar la realidad. - Realizar acciones formativas dirigidas a entidades, en relación con las adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de personas participantes en acciones de sensibilización. - Nº acciones formativas. - Nº de entidades formadas. - Nº de personas participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Datos poblacionales del Padrón Municipal. - Memoria de las entidades implicadas.

Prevención Comunitaria.			
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Promover una conciencia social de los riesgos provocados por las adicciones, aumentando la percepción del riesgo y potenciando la participación ciudadana en este propósito.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar campañas de sensibilización e información sobre conductas adictivas destinadas a la ciudadanía en general, teniendo en cuenta identidades diversas. - Contemplar campañas de sensibilización sobre adicciones y género. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de campañas sobre conductas adictivas/año. - Nº de recursos que las desarrollan/año. - Tipo de recursos que las desarrollan/año. - Nº actuaciones sensibilización e información ejecutadas / año. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de las áreas municipales implicadas. - Memorias de otras instituciones implicadas.
Crear redes de intervención para la mejora de la salud comunitaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Generar espacios de encuentro multidisciplinar para unificar criterios y aunar sinergias. - Elaboración de procedimientos de coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº Actividades realizadas. - Nº de personas participantes. - Nº de horas. - Nº de protocolos elaborados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos municipales y recursos que prestan su servicio en el municipio.
Potenciar el desarrollo de actuaciones socioeducativas dirigidas a la ciudadanía en su conjunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar espacios de coordinación de agentes sociales junto con ciudadanía para la planificación y desarrollo de actuaciones socioeducativas. - Diseñar programas de actividades vinculadas a <i>Días Mundiales</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de espacios de coordinación. - Nº actividades. - Nº participantes/año. - Nº de actividades vinculadas a los <i>Días Mundiales</i>. - Nº de personas participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de las áreas municipales implicadas. - Memorias de otras instituciones implicadas.

Prevención Comunitaria.			
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Propiciar la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo y vulnerabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar actividades/programas de prevención con ciudadanía en situación de riesgo. - Diseñar procedimientos para la detección precoz de las conductas adictivas en ciudadanía vulnerable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de procedimientos elaborados. - Nº de personas a las que se aplica. - Actividades realizadas. - Nº de participantes. - Nº de horas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes de entidades municipales. - Informes de áreas municipales (Servicios Sociales, Seguridad Ciudadana, Juventud). - Informes de centros educativos.
Prevención Escolar y Familiar.			
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Favorecer el desarrollo de intervenciones y programas pedagógicos que incidan en la educación en valores del alumnado como estrategia para la prevención de las adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con los centros educativos para el desarrollo de programas de prevención de conductas adictivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de centros participantes/ año. - Nº alumnado y profesorado/ año. - Nº de programas/año. - Tipología de los programas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes y estudios relacionados con las adicciones en el ámbito europeo, nacional y otros. - Memorias áreas municipales colaboradoras. - Memorias centros educativos. - Memorias entidades sociales colaboradoras.

Prevención Escolar y Familiar.			
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Generar en la comunidad educativa la motivación para ser agentes transformadores del medio, participando en propuestas de prevención de las adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción y difusión de programas de buenas prácticas en prevención de conductas adictivas. - Formación dirigida a la comunidad educativa en conductas adictivas con perspectiva de género. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de actuaciones de buenas prácticas difundidas. - Tipo de actuaciones de buenas prácticas difundidas. - Nº de actividades formativas. - Nº de personas formadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Webs municipales, autonómicas y nacional relacionadas con adicciones. - Webs de entidades sociales que trabajan en adicciones.
Ofrecer a las familias la información, formación, habilidades y herramientas que contribuyan a mejorar su labor educativa y preventiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con las AMPAS para el desarrollo de programas de prevención de conductas adictivas con perspectiva de género. - Ofrecer a las familias material divulgativo de orientación e información. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de AMPAS participantes/ año. - Nº de familias participantes/ año. - Nº de programas/año. - Tipología de los programas. - Nº de ejemplares / visitas / descargas del material. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de actividades extraescolares. - Memorias de los centros educativos.

Prevención en el ámbito laboral.			
<i>Objetivos específicos</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuentes de información /verificación</i>
Promover la realización de actuaciones preventivas, dirigidas a la ciudadanía trabajadora.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con las organizaciones sindicales y empresariales para la realización de actividades de prevención de conductas adictivas en el ámbito laboral. - Colaborar con entidades sociosanitarias para la realización de actividades de prevención de adicciones en el ámbito laboral. - Sensibilizar al sector empresarial en la prevención de las adicciones con perspectiva de género. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de colaboraciones. - Nº de organizaciones empresariales participantes. - Nº sindicatos participantes. - Nº entidades que colaboran. - Nº empresas. - Nº de tipos de empresas. - Nº de actuaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memorias de organizaciones sindicales y empresariales. - Memoria de las áreas municipales implicadas. - Estadísticas laborales. - Estadísticas sanitarias. - Memorias organizaciones sindicales y empresariales.

Línea 2- Control de la Oferta

Objetivo general: Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

Responsabilidad administrativa.

<i>Objetivos específicos</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuentes de información /verificación</i>
Aplicar la legislación vigente para limitar la presencia y promoción de agentes adictivos en el medio social.	- Garantizar la aplicación de la legislación.	- Nº de sanciones aplicadas.	- Normativa administrativa.
Revisar la normativa para modificarla si procede y actualizarla a nuevas conductas adictivas.	- Promoción de modificaciones normativas para proteger a la ciudadanía en general y en especial a menores y personas afectadas. - Actualización de la normativa a nuevas conductas adictivas.	- Nº de modificaciones/año. - Tipo de modificaciones /año. - Nº modificaciones protección menores/año. - Nº modificaciones protección personas afectadas/año. - Nº de actualizaciones/año.	- Normativa municipal. - Memoria dpto. sanciones. - Memoria área de Seguridad. - Informes europeos, nacionales, autonómicos y locales.
Impulsar medidas alternativas a las sanciones económicas.	- Coordinación con las áreas municipales de inspección y el área de sanciones. - Contacto con servicios, entidades o colectivos susceptibles de recibir personas que deban acatar medidas alternativas a la sanción económica. - Inclusión de medidas alternativas en	- Nº contactos establecidos/año. - Nº medidas alternativas/año. - Tipo de medidas/año.	- Memoria de áreas municipales. - Convenios o acuerdos firmados. - Normativa municipal.

	normativa municipal.		
Incentivar programas de promoción de la salud, prevención y detección precoz de conductas adictivas.	- Convocatoria de programas de promoción de la salud, prevención y detección de conductas adictivas.	- Nº ofertas incentivadoras/año. - Nº programas presentados/año. - Tipo de programas/año. - Nº entidades participantes/año.	- Convocatorias publicadas en el Boletín Oficial y página web.
Responsabilidad comunitaria.			
<i>Objetivos específicos</i>	<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuentes de información /verificación</i>
Potenciar la toma de conciencia de que el fenómeno de las adicciones afecta a toda la ciudadanía.	- Sensibilizar a la ciudadanía para que se comprometa frente al fenómeno de las adicciones.	- Nº acciones de sensibilización.	- Informes y estudios relacionados con las adicciones en el ámbito europeo, nacional y otros.
Promover la participación ciudadana y la corresponsabilidad para que se involucre en el control de la oferta.	- Informar sobre los recursos para la denuncia de situaciones relacionadas con las adicciones.	- Nº denuncias registradas.	- Informes del Departamento de Sanciones.

Responsabilidad policial.			
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Potenciar planes policiales en el entorno educativo y de ocio.	- Impulsar la aplicación y desarrollo de los Planes Policiales existentes.	- Nº de planes realizados. - Nº de personas con las que se ha intervenido.	- Memoria de evaluación de cada Plan.
Promocionar la figura del “Policía Tutor”.	- Puesta en marcha del Programa “Policía Tutor”.	- Nº de casos atendidos. - Nº de centros educativos con lo que se ha trabajado - Nº de familias con las que se ha intervenido.	- Memoria de evaluación del Programa.
Promover la detección de jóvenes y adolescentes en situación de riesgo.	- Intensificación de las labores en esta materia en colaboración con la <i>Unidad Contra la Violencia de Género y Protección Social</i> .	- Nº de casos atendidos.	- Memorias de Evaluación del Plan Integral de Seguridad en el Entorno Escolar (<i>PISEE</i>). - Estadísticas del Cuerpo de Policía Municipal de Móstoles.

Responsabilidad policial.			
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
<p>Aplicación de la legislación vigente para la reducir la oferta y limitar la presencia, promoción y venta de drogas y otros agentes adictivos en el medio social (<i>LEY ORGÁNICA 4/2015, DE 30 DE MARZO, DE PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD CIUDADANA – LOPSC</i>)</p>	<p>Actividades de control de consumo como medida disuasoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instalación de Puntos de Verificación de Alcohol y Drogas. - Intensificación de las labores policiales en materia de alcohol y drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de pruebas de alcoholemia / drogas con resultado positivo. - Denuncias por consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares. - Denuncias por consumo de bebidas alcohólicas en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos cuando perturbe gravemente la tranquilidad ciudadana (<i>LOPSC</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria anual del Cuerpo de Policía Municipal de Móstoles. - Estadísticas del Cuerpo.

		- Denuncias por consumo de alcohol en la vía pública (<i>LEY 5/2002, DE 27 DE JUNIO, SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS</i>).	
Responsabilidad policial.			
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Aplicar la legislación vigente en materia de espectáculos públicos y actividades recreativas, así como en cuanto al acceso y utilización de salas de juegos or menores de edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Inspecciones de locales y establecimientos de ocio (<i>LEY 17/1997, DE 4 DE JULIO, DE ESPECTÁCULOS PÚBLICOS Y ACTIVIDADES RECREATIVAS - LEPAR</i>). - Inspección de salas de juego (<i>LEY 6/2001, DE 3 DE JULIO, DEL JUEGO EN LA COMUNIDAD DE MADRID – LEY JUEGO</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Denuncias por venta o servicio de bebidas alcohólicas a personas menores de dieciocho años, así como permitir su consumo en el local o establecimiento (<i>LEPAR</i>). - Denuncias por venta de tabaco a personas menores de dieciocho años (<i>LEPAR</i>). - Denuncias por admisión o participación de personas menores en espectáculos, actividades y establecimientos donde tengan prohibida su entrada o participación (<i>LEPAR</i>). 	- Estadísticas del Cuerpo de Policía Municipal de Móstoles.

		<ul style="list-style-type: none"> - Denuncias por la tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos (LOPSC). - Denuncias por permitir el acceso al juego de las personas menores de edad (<i>LEY JUEGO</i>). 	
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar en la persecución del cultivo, la producción, distribución y venta de drogas ilegales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación y desarrollo de los Planes Policiales existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Denuncias por ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público (<i>LOPSC</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas del Cuerpo de Policía Municipal de Móstoles.
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la presión policial sobre posibles puntos de venta de droga al por menor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación y desarrollo de los Planes Policiales existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de actuaciones realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas del Cuerpo de Policía Municipal de Móstoles.

Línea 3- Atención integral a la adicción.

Objetivo general: Minimizar los riesgos y daños derivados de las conductas y consumos problemáticos, afianzando la coordinación con los servicios socio-sanitarios, para dar una respuesta continuada, eficaz y con perspectiva de equidad.

Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Favorecer y garantizar el acceso a una atención sanitaria y social centrada en las necesidades individuales de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, respetando la singularidad de cada persona y desde los principios rectores de este Plan.	<ul style="list-style-type: none"> - Promocionar la detección precoz de uso problemático de sustancias, dispositivos tecnológicos y otros comportamientos susceptibles de desarrollar adicción. - Identificar las carencias de poblaciones específicas o más vulnerables relacionadas con detección, acceso y continuidad en la atención de adicciones (con especial atención a mujeres, menores, mayores de 65 años, patología dual, sinhogarismo, situación de vulnerabilidad social). 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de acciones de promoción/año. - Nº carencias detectadas/año. - Nº necesidades propuestas/año. - Nº necesidades atendidas /año. 	<ul style="list-style-type: none"> - Datos estadísticos área sanitaria. - Datos estadísticos área social. - Informe de evaluación.
Potenciar y asegurar la coordinación de los diferentes recursos implicados en la atención.	<ul style="list-style-type: none"> - Promocionar el conocimiento mutuo de los recursos. - Establecer protocolos de derivación y coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de reuniones/año. - Protocolo de coordinación. - Nº coordinaciones/año. - Protocolo de derivación. - Nº protocolos derivación/año. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actas de las reuniones. - Fichas de protocolos de derivación. - Memorias centros de atención a adicciones.

Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Reducir o limitar los daños asociados a la adicción.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear y visibilizar un protocolo de actuación con personas en situación de vulnerabilidad para la reducción de daños asociados a distintas conductas adictivas. - Potenciar la coordinación entre los diferentes agentes implicados en la reducción de daños. 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de actuación en reducción de daños. - Nº de protocolos activados/año. - Nº de coordinaciones/año. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actas de las reuniones. - Fichas de protocolos de actuación. - Memorias centros de atención a adicciones.
Apoyar la incorporación socio-laboral de las personas con conductas adictivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la coordinación con recursos de formación y empleo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de plazas formativas destinadas/año. - Nº de plazas de empleo destinadas/año. - Nº personas beneficiarias/año. - Nº personas beneficiarias/sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de entidades colaboradoras. - Datos entidades públicas.
Establecer mecanismos específicos de control de la atención temprana a menores y jóvenes con conducta adictiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Formación a profesionales de atención primaria, profesorado, orientación para la detección precoz de conductas de riesgo y/o de adicción. - Dar respuesta a las necesidades detectadas en el análisis de la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de menores atendidos. - Tipología atención a menores. - Nº de jóvenes atendidos. - Tipología atención a jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Datos estadísticos área sanitaria. - Datos estadísticos área social. - Informe de evaluación.

Línea 4- Liderazgo y generación de alianzas.

Objetivo general: Potenciar la generación de estructuras y protocolos de coordinación entre las áreas municipales y las entidades públicas y privadas (instituciones, fundaciones, asociaciones) con el fin de crear sinergias, evitar duplicidades y actuar eficientemente en el ámbito de las adicciones.

Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Incrementar y mejorar la coordinación entre los diferentes servicios, programas e instituciones con responsabilidad en cada una de las líneas de actuación que forman parte del <i>PAM 2022-2028</i> .	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar una reunión de coordinación con las personas responsables de las áreas implicadas en el <i>PAM 2022-2028</i> anualmente. -Elaboración, aprobación y desarrollo de los criterios de coordinación con las entidades implicadas en la implementación del <i>PAM 2022-2028</i>. -Elaboración de actuaciones en coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de responsables asistentes. - Nº profesionales en red/año y perfil profesional. - Nº entidades implicadas/año. - Nº de reuniones/año. - Nº de actuaciones/año. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actas de las reuniones. - Memorias de áreas municipales, Servicio Madrileño de Salud (Centros de Salud y Hospitales), Salud Mental, Salud Pública Unidad Técnica-8 del Área de Salud Pública, Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de Móstoles, Servicio de Prevención de Adicciones a Sustancias Adictivas y a las Nuevas Tecnologías (SPANT) de Móstoles...
Promover la coordinación con las instituciones que a nivel autonómico y nacional regulan y definen políticas en el ámbito de las adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar líneas de coordinación con el Plan Nacional de Drogas. - Diseñar líneas de coordinación con Servicio Madrileño de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de colaboraciones con el Plan Nacional Sobre Drogas. - Nº de colaboraciones con el SERMAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memorias del Plan Nacional Sobre Drogas. - Memorias del SERMAS.

	(SERMAS).		
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Favorecer el impulso de alianzas con el tejido asociativo involucrado en la mejora de la salud de la ciudadanía de Móstoles.	<ul style="list-style-type: none"> - Fomento del trabajo en red con el tejido asociativo involucrado en la mejora de la salud de la ciudadanía, y más concretamente con el implicado en la atención integral de las conductas adictivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº actuaciones en colaboración/año. - Nº de participantes/año. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memorias de áreas municipales. - Memorias de Entidades sociosanitarias, ONGs, AMPAS, asociaciones que atienden a ciudadanía vulnerable (Comisión Española de Ayuda al Refugiado -CEAR...), etc.
Involucrar a la ciudadanía como agentes promotores de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar programas de formación de formadores dirigidos a la ciudadanía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº acciones formativas online/año. - Nº de participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memorias de áreas municipales. - Memorias de Dirección General de Salud Pública y Plan nacional de Drogas.
Difundir el PAM 2022-2028 entre áreas municipales, entidades públicas y privadas, ciudadanía, medios de comunicación y redes sociales.	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer el PAM 2022-2028 entre áreas municipales, las entidades del municipio y a la ciudadanía. - Utilizar todos los medios de información y comunicación disponibles en el municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de áreas y entidades informadas. - Nº de visitas en las Redes Sociales Municipales. - Nº de ejemplares de prensa local. - Nº de consultas de la página web municipal - Nº de actividades del plan de 	<ul style="list-style-type: none"> - Redes Sociales municipales. - Webs municipales. - Prensa local. - SER Madrid Oeste. - Registro municipal de asociaciones. - Concejalías. - Entidades del municipio del

	- Elaborar un Plan de Comunicación del PAM 2022-2028.	comunicación diseñadas. - Nº de soportes publicitarios utilizados.	ámbito socio-sanitario.
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Incrementar la visibilidad y accesibilidad a la red de ayuda contra las adicciones.	- Elaborar una guía de recursos municipal sobre las adicciones.	- Nº de ejemplares distribuidos. - Nº de correos electrónicos enviados. - Nº de visitas a las webs municipales y nº de descargas.	- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (EPSP): "LOCALIZA SALUD"

Línea 5- Evaluación y seguimiento.

Objetivo general: Implementar un proceso de seguimiento y control del PAM 2022-2028 y las acciones que contempla, que permita medir su evolución en relación con los logros alcanzados, así como detectar las desviaciones y necesidades para establecer las mejoras necesarias.

Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
<p>Establecer un sistema de análisis que permita actualizar las necesidades, en el ámbito de las adicciones en Móstoles, con una perspectiva de equidad (Evaluación de necesidades).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar y/o utilizar instrumentos que permitan conocer la realidad de la problemática de las adicciones en el municipio. - Revisar documentación actualizada de los datos en torno a las adicciones por grupos de edad, sexo y otras variables de impacto en las adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de instrumentos utilizados. - Nº Fuentes consultadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). - Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). - Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). - Memoria del Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de Móstoles. - Memoria del Servicio de Prevención de Adicciones a Sustancias Adictivas y a las Nuevas Tecnologías (SPANT) de Móstoles...

			- Datos obtenidos de los distintos recursos sanitarios que prestan servicio en el municipio.
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Facilitar el establecimiento de un sistema evaluativo que permita valorar el proceso. (Evaluación de Proceso).	- Elaborar un sistema de registro que recoja las variables que permitan valorar el proceso.	- Porcentaje de actuaciones desarrolladas según estaban previstas. - Nº de acciones diseñadas y Nº de acciones realizadas.	- Memorias anuales del PAM 2022-2028.
Establecer un sistema de análisis que permita detectar si las actuaciones han llegado a la totalidad de la ciudadanía. (Evaluación de la Cobertura).	- Diseñar actuaciones dirigidas a diferentes tramos de edad de la ciudadanía de Móstoles.	- Porcentaje de ciudadanía que se ha beneficiado de las acciones realizadas, por tramos de edad.	- Datos del Padrón Municipal. - Informe de escolarización de cada curso.
Establecer un sistema de evaluación que permita describir los resultados de las distintas acciones diseñadas y realizadas (Evaluación de resultados).	- Establecer reuniones trimestrales/ semestrales de seguimiento del Plan por parte de la Mesa Técnica. - Establecer una reunión anual de la Mesa Técnica para la evaluación de los resultados de las acciones realizadas en el Plan.	- Nº de reuniones realizadas por la Mesa Técnica. - Nº de reuniones de la Mesa Técnica con agentes sociales. - Nº de entidades participantes en las reuniones. - Nº de actividades realizadas. - Nº de personas participantes.	- Tablas de recogida de datos de las encuestas realizadas en el marco del PAM 2022-2028. - Informes de evaluación de las actuaciones del PAM2022-2028.

	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer reuniones de evaluación semestrales y anuales con agentes sociales. - Diseñar encuestas de satisfacción para las actuaciones implantadas en distintos soportes (papel, online, web, Redes Sociales...). - Elaboración de informes de evaluación (al menos un informe anual). 	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de satisfacción de las personas participantes (escala de 1 a 5) por actuación. - Grado de satisfacción de las entidades participantes. - Porcentaje de personas satisfechas con las acciones. - Nº de informes de evaluación realizados. 	
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Fuentes de información /verificación
Implementar el estudio del impacto que el PAM 2022-2028 tiene en el municipio (Evaluación del Impacto).	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer procedimientos que permitan medir el impacto del Plan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº entidades participantes en el Plan. - Nº de entidades nuevas/año que se incorporan Plan. - Aumento del número de personas de la ciudadanía participantes en el Plan/año. - Nº de acciones en coordinación realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memorias anuales del Plan.

		- Nº de variables que midan el impacto cada 3 años.	
Proporcionar información relativa a la rentabilidad coste-beneficio del Plan (evaluación económica).	- Realizar un informe económico/año.	- Nº personas receptoras de servicios/actividades. - Nº objetivos alcanzados/año.	- Informes de evaluación. - Propuestas de gastos: contratos menores, gastos a justificar.

5. ANEXOS.

ANEXO 1. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL.

El “Plan de Adicciones de Móstoles (PAM) 2022-2028”, se enmarca en los siguientes ámbitos normativos:

1. ÁMBITO EUROPEO.

El **Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea** expresa, en su **artículo 152**, la orientación de las políticas y acciones de la Comunidad en torno a «(...) *mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana*». Para ello, señala que «(...) *la Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención*».

Por su parte, la “**Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020)**” reconoce en su **Preámbulo** que «*el fenómeno de la droga es una cuestión nacional e internacional que requiere ser tratada en un contexto mundial*», y que, por ello, la citada Estrategia «(...) *tiene por finalidad contribuir a la reducción de la demanda y de la oferta de droga en la UE, así como a reducir los riesgos y perjuicios sociales y para la salud causados por la droga (...)*»

2. ÁMBITO NACIONAL.

La **Constitución Española de 1978**, en su **artículo 43**, establece lo siguiente:

- «1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*»

Por su parte, la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, en su **artículo 6**, desarrolla el señalado precepto constitucional expresando lo siguiente:

«*Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:*

1. *A la promoción de la salud.*
2. *A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.*

3. *A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.*
4. *A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.*
5. *A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente».*

El referente institucional en el ámbito nacional, es el **Plan Nacional sobre Drogas**, iniciado en 1985. En este marco, a través de las distintas estrategias nacionales impulsadas durante los últimos años, se hace referencia a las competencias de las corporaciones locales en materia de drogodependencias. En concreto, la antigua **“Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008”** ya establecía que *«en el marco del Plan Nacional sobre Drogas corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:*

1. *El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.*
2. *Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo.*
3. *Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.*
4. *Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.*
5. *Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local».*

Por lo que se refiera a los instrumentos normativos que permiten la lucha contra la droga, es principalmente la **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal**, la que dedica su Título XVII, Capítulo III, a los delitos contra la salud pública (artículos 359 a 378).

De igual modo, la **Ley Orgánica 12/1995, de 12 de diciembre, de Represión del Contrabando** viene a sancionar los actos que vulneran el resguardo fiscal del Estado (control aduanero de importaciones y exportaciones).

Y ya en el ámbito administrativo, la **Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana**, contempla entre sus infracciones (artículo 36) los actos de consumo o la tenencia ilícitos de drogas en lugares públicos y el abandono de los instrumentos empleados para ello en los citados lugares; el traslado de personas con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas; la ejecución de actos de plantación y cultivo en lugares visibles al público cuando no sean constitutivos de infracción penal; y finalmente la tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los responsables de los mismos.

Para finalizar, debe citarse como norma instrumental básica la **Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad**, que, en su concepción de norma reguladora del sistema público de seguridad, establece el marco competencial de los cuerpos policiales.

3. ÁMBITO AUTONÓMICO (COMUNIDAD DE MADRID).

La **Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**, en su **artículo 139.1**, establece que *«las Corporaciones Locales podrán recibir competencias delegadas de la Consejería de Sanidad, siempre que acrediten poder ejecutar plenamente las funciones que en materia de salud les asigne como competencia propia la legislación vigente y obtengan la acreditación para tales competencias en el modo que reglamentariamente se determine»*.

Por su parte, la **Ley 5/2002 de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos**, establece en su **artículo 45.2** que *«los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas*

- a) La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, 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.*
- b) La ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.*
- c) 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 Municipal sobre Drogodependencias»*.

Finalmente, en lo referente a la financiación, la misma Ley, **en su artículo 48.1**, establece *«los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes que deseen obtener financiación de los presupuestos de la Comunidad Autónoma para el desarrollo de las actuaciones de su competencia que establece esta Ley, estarán obligados a disponer de un Plan Municipal o Local sobre Drogodependencias, convenientemente aprobado, y a consignar en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada, los créditos específicos destinados a esta finalidad»*.

4. ÁMBITO LOCAL (AYUNTAMIENTO DE MÓSTOLES).

En base a lo dispuesto en el **artículo 45** de la **Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos**, que contempla como competencia municipal la elaboración de un Plan Local de Drogas, el Ayuntamiento de Móstoles elaboró el todavía vigente "*Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones de Móstoles 2009-2012*", primer plan municipal en la materia.

El Plan fue aprobado por la Junta de Gobierno Local (JGL) en su sesión del 17 de marzo de 2009, **por acuerdo nº23/373**, y se ha venido prorrogando hasta la actualidad a través de los siguientes acuerdos:

- **acuerdo nº15/382**, en sesión celebrada el 28 de mayo de 2013,
- **acuerdo nº9/767**, en sesión celebrada el 11 de diciembre de 2017,
- **acuerdo nº2/822**, en sesión celebrada el 30 de diciembre de 2019, última prórroga, hasta el 31 de diciembre de 2021.

El Plan Municipal de Adicciones de Móstoles ha sido el documento vertebrador de las políticas que el Ayuntamiento ha venido realizado en materia de adicciones, tanto en lo referente a su prevención como su abordaje integral. Aunque el texto del Plan no se vio modificado en sus sucesivas prórrogas, en la práctica se ha venido adaptando a los recursos y necesidades cambiantes en materia de adicciones.

ANEXO 2. FUENTES DE INFORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

- Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones 2009-2012. Ayuntamiento de Móstoles.
- Plan de Adicciones de Extremadura 2018-2023.
- Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2017-2021.
- VII Plan de Adicciones de Euskadi 2017-2021.
- Plan Nacional sobre Drogas (1985).
- Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Estrategia “*cuatro por cuatro*”. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Naciones Unidas. 2011.
- Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. 2015.
- “*Encuesta Nacional de Salud en España*” (ENSE) 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- “*Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias de la Comunidad de Madrid*” (ESTUDES 2018). Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.
- “*El coste social de la adicción. Una guía para su estimación*”. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019.
- Resultados del Boletín Estadístico 2021. “*Prevalencia del consumo de drogas*”. Centro Europeo de Seguimiento de las drogas y las drogodependencias.
- “*Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas*” (ESPAD) - Informe del 2019.

- *“Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España 2018/2019” (ESTUDES)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- *“Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2019” (EDADES)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Mini-encuesta europea online sobre drogas: *“Impacto del COVID-19 en las pautas de consumo de drogas, los daños y los servicios de drogas en la UE”*.
- *“Breve encuesta online sobre internet, videojuegos y juego con dinero online durante la pandemia por Covid-19”*. Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones. Dirección General para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- *“Encuesta web Europea Alcohol y COVID-19”*, liderada por el equipo del Dr. Jürgen Rehm de la Universidad Politécnica de Dresden y con la colaboración del equipo del Dr. Antoni Gual del Hospital Clínic de Barcelona.
- Informe *“Covid-2019, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España”*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad.
- Encuesta *“Tabaco, otras formas de consumo y confinamiento”*. Unidad de Tabaquismo. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.
- *“Descripción de las características de los pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD) de la Comunidad de Madrid”*. 2020. Dirección General de Salud Pública.
- Padrón Municipal de Habitantes. Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Móstoles.
- Sistema Español de Información en Drogas y Adicciones (SEIDA).
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).
- *“Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición” (DSM-5)*. Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

- Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y de Participación de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

- Padrón Municipal de Habitantes. Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Móstoles.

ANEXO 3. CLAVES DE LA MESA TÉCNICA DEL PAM.

1. TRANSPARENCIA.

La Mesa Técnica contribuirá a la **publicidad y difusión** de todos aquellos datos que faciliten una mejor comprensión de los aspectos relacionados con el fenómeno de las adicciones. Para ello, tendrá especialmente en cuenta lo dispuesto en

- la *Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno*, y
- la *Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y de Participación de la Comunidad de Madrid*.

2. INTERDISCIPLINARIEDAD Y SOLVENCIA TÉCNICA.

Los **diferentes profesionales** aportan su experiencia de trabajo en el municipio de Móstoles y en materia de adicciones, con el objetivo de ofrecer un enfoque integral y dinámico que dé respuestas ajustadas al carácter complejo y multifactorial de las adicciones.

3. TRABAJO COLABORATIVO Y CONSENSUADO.

La Mesa Técnica actuará:

- Creando sinergias y enriquecimiento para las personas que la integran, para el proceso de planificación y para el desarrollo de actuaciones,
- Promoviendo la coordinación y cooperación entre diversas instituciones y organizaciones sociales municipales, y
- Procurando la adopción de acuerdos y criterios e integrando la transversalidad de los conocimientos para un resultado común.

4. EQUIDAD.

Implica el reconocer la existencia de conocimientos, experiencias y necesidades **diferentes** por parte de las personas profesionales que la integran. Definir un estilo de trabajo basado en la participación de profesionales en **igualdad** de valor y el diseño de una metodología que permita su implicación teniendo en cuenta esas diferencias.

5. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y CALIDAD.

La Mesa Técnica basará su labor en:

- La Formación.
- La Fundamentación Teórica.
- La Investigación.
- La Evaluación.
- La Mejora Continua.

6. COMPROMISO ÉTICO.

Se defenderán los **valores** de las actuaciones desarrolladas y por desarrollar, así como el **respeto** y los **límites** de las implicaciones sociales de estas actuaciones desde la ética profesional.

7. PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Se procederá a la incorporación efectiva de las necesidades específicas de la **mujer** en las acciones a desarrollar, garantizando el análisis de las **características y necesidades diferenciadas** de mujeres y hombres en su contexto y sociedad.

8. PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD IDENTITARIA.

El análisis de la realidad asegurará la toma de medidas que faciliten el acceso y la atención a personas con **identidades diversas** (orientación sexual, diversidad funcional, etnia, cultura, idioma, etc.), de forma que se pueda dar una **respuesta ajustada a sus necesidades**.