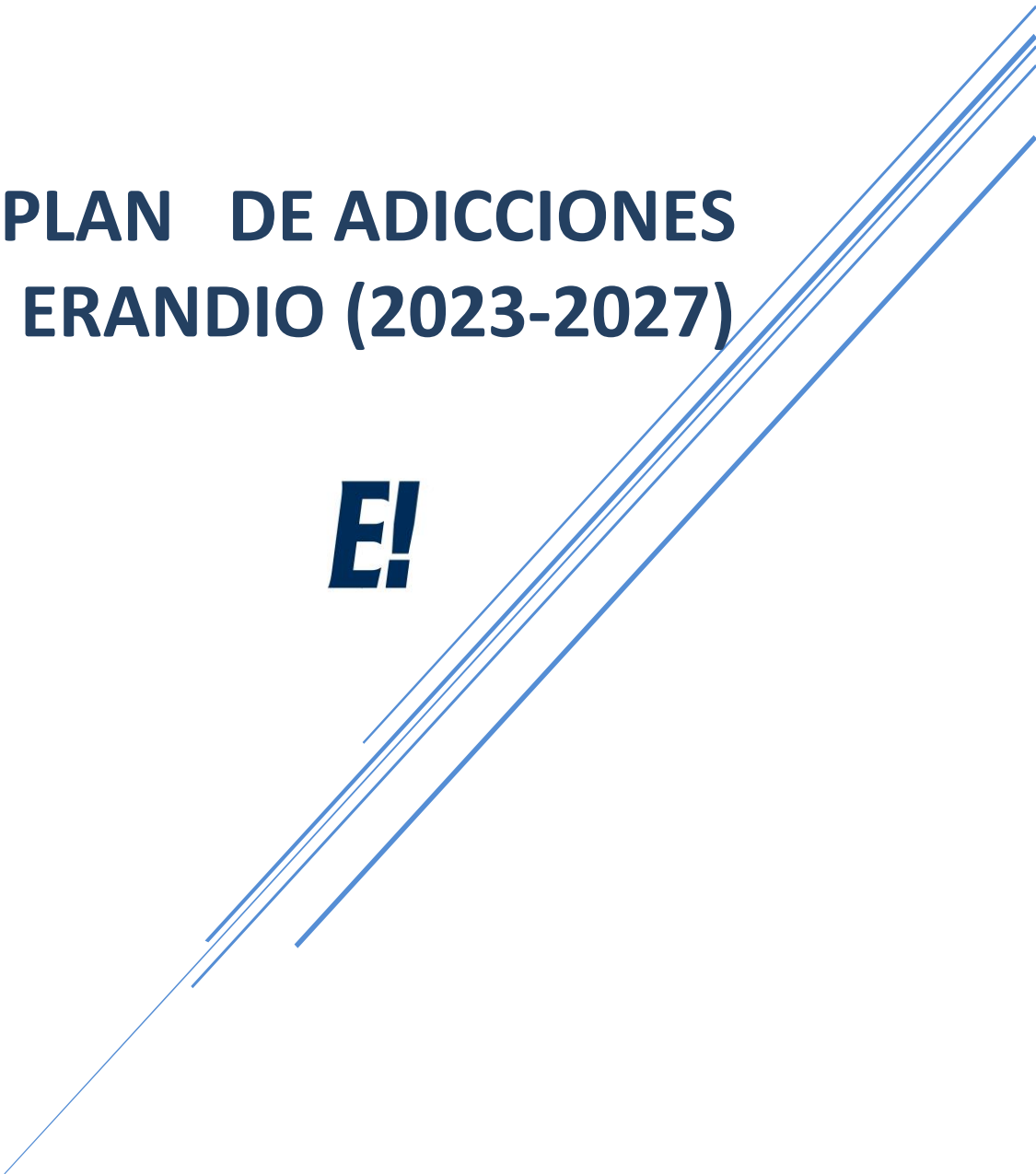


IV PLAN DE ADICCIONES DE ERANDIO (2023-2027)

E!



ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	MARCO TEÓRICO E INTERPRETATIVO DE LAS ADICCIONES	5
3.	MARCO LEGAL Y NORMATIVO	9
4.	DIAGNÓSTICO DE LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES	13
	4.1. Datos sociodemográficos y recursos del municipio de Erandio	13
	4.2. Situación general de las adicciones. encuestas e informes de referencia.....	16
	4.3. Realidad de las adicciones detectada en el municipio de Erandio	22
	4.4. Conclusiones de la valoración del Plan anterior	35
5.	REFLEXIÓN ESTRATÉGICA	38
	5.1. Estrategias y planes de referencia	38
	5.2. Alineación con otros planes municipales de Erandio	41
	5.3. Principios rectores del plan local de adicciones.....	42
	5.4. Líneas prioritarias y estratégicas del plan local de adicciones	43
	5.5. Espacios y colectivos prioritarios de intervención	44
6.	PLANIFICACIÓN OPERATIVA DEL PLAN	46
7.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN LOCAL.....	58
	7.1. Sistema de indicadores de evaluación	58
	7.2. Seguimiento: planes operativos anuales (poa).....	59

1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Adicciones de Erandio, se configura como un instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación que recoge el conjunto de programas y actuaciones que, en materia de prevención, se llevarán a cabo en el período 2023-2027.

El Ayuntamiento, como ente administrativo más cercano a la ciudadanía, tiene un papel primordial en la intervención ante las drogodependencias y las adicciones comportamentales. A la administración local se le atribuyen funciones de promoción de la salud y prevención, integración social, control de la oferta y coordinación de las intervenciones, poniendo especial acento en las acciones preventivas y, más concretamente, en las dirigidas a las personas menores y jóvenes y a los sectores más vulnerables de la población. Por este motivo, surge la necesidad de diseñar planes municipales sobre adicciones que se ajusten a las líneas prioritarias y ejes de actuación establecidos en la Ley 1/2016 de Atención Integral a las Adicciones y en el VII Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi (2017-2021).

Por tanto, en cumplimiento de la competencia que la Ley otorga al Ayuntamiento y dando continuidad a planes anteriores, se aprueba el presente Plan en cuya elaboración se han contemplado las diferentes evaluaciones técnicas de los programas y acciones hasta ahora desarrolladas, así como las nuevas necesidades detectadas a través del proceso participativo generado para el análisis de la realidad municipal y su adecuación a las legislaciones que le afectan directamente.

El IV Plan Local de Adicciones de Erandio (2023-2027) plantea la estrategia y la planificación operativa de actuación en materia de las adicciones durante los próximos 4 años, así como el compromiso del Ayuntamiento para desarrollarlo e impulsarlo, al objeto de:

1. Establecer las necesidades a las que pretendemos dar respuesta, así como los principios de las actuaciones que deben inspirar los programas destinados a afrontar el fenómeno de adicciones.
2. Favorecer la máxima participación de entidades y administraciones desde las fases iniciales de su elaboración, con el fin de partir de un análisis global e integral de la situación en el municipio y de promover la implicación de la comunidad y sus agentes.
3. Realizar un abordaje integral de las adicciones, tanto de las relacionadas con sustancias potencialmente adictivas (legales o ilegales) como de las adicciones sin sustancia.
4. Asegurarnos de contar con un instrumento dinámico y flexible que se adapte a los contextos cambiantes sin perder la perspectiva última del Plan.

5. Aglutinar y dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes niveles de la administración y a las aportaciones realizadas desde los diferentes servicios, rentabilizando los recursos y armonizando las iniciativas, favoreciendo la coordinación de las actuaciones desde la complementariedad y redundando en una atención más eficaz y eficiente del fenómeno de las adicciones.
6. Dotar de estabilidad a las acciones y programas desarrollados.
7. Asegurar la realización de una evaluación continua, tanto en el proceso como en los resultados del Plan.

2. MARCO TEÓRICO E INTERPRETATIVO DE LAS ADICCIONES

El fenómeno de las adicciones constituye una realidad compleja por la interacción de elementos que convergen, tanto en sus orígenes o causas como en su proceso de desarrollo.

Dan lugar a un constructo social cambiante que adquiere vertientes diferentes en el tiempo, en función de la sensibilidad social del momento, de la aparición de nuevas sustancias y/o nuevas conductas adictivas, de nuevos patrones y contextos de consumo de la población a la que afecta y de sus consecuencias a nivel social.

Históricamente, el término dependencia se ha presentado siempre asociado a las sustancias adictivas que generan desajustes compulsivos en la conducta. Sin embargo, con el transcurso de los años, en la práctica clínica se han comenzado a tratar casos en los que, sin encontrarse presente ninguna sustancia, se identificaban síntomas y problemáticas similares a las provocadas por las drogas.

Así, en los últimos años se ha producido un debate con relación a las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales. Algunas corrientes avalan líneas argumentales en defensa de las adicciones sin sustancia, mientras que otras defienden que dichas conductas no pueden calificarse como adictivas, aun cuando pudieran resultar disruptivas y/o compulsivas.

En la actualidad, y según reflejan los resultados de las investigaciones más recientes, parece que existe un mayor consenso en que pueda existir una conducta adictiva o compulsiva sin sustancias. En este sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, en su Eje I, contempla una nueva categoría denominada “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” en el que además de contemplar las drogodependencias se incluye, el “juego patológico”.

En los últimos años se han señalado también otros comportamientos problemáticos, como el uso excesivo de internet, pero la investigación acerca de este y de otros síndromes comportamentales está todavía en proceso, por lo que no se puede hablar de patología sino de comportamiento excesivo. No obstante, más allá de estar considerado en los manuales de psicología como patológico o no, puede generar dificultades que, al menos, se deben abordar desde un enfoque preventivo.

Ni en el DSM-V (American Psychiatric Association, 1994) ni en el CIE-11 (*Clasificación internacional de enfermedades*) existe una categoría diagnóstica precisa que se refiera a la adicción a internet o adicción tecnológica. Este antecedente ha generado una variedad terminológica cuando se hace referencia a los peligros de internet como: adicción a Internet (Chou & Hsiao, 2000; Goldberg, 1995; Kandell, 1998; Young, 1998), uso patológico (Morahan- Martin & Schumacher, 2000), dependencia de Internet (Chen, Tarn & Han, 2004), uso excesivo (Hansen, 2002), uso compulsivo (Greenfield, 1999; Meerkerk, Van den Eijnden & Garretsen, 2006), uso problemático (Caplan, 2002; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla & McElroy, 2003), uso mediado (LaRose, Lin & Eastin, 2003) o uso poco saludable o enfermizo (Scherer, 1997).

Sin embargo, La Organización Mundial de la Salud sí define la adicción a los videojuegos como trastorno psicológico, concretándolo en la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades), estableciendo, en esta categoría, diferencias entre el «trastorno por juego» (gambling disorder) y el «trastorno por videojuegos» (gaming disorder). De manera que, aunque ambos trastornos (por el juego y por los videojuegos) sean muy similares, la OMS ha considerado necesario separarlos porque presentan un perfil y un patrón diferenciados, ya que cada vez más personas jóvenes desarrollan un trastorno por videojuegos con un perfil psicopatológico diferente al que tradicionalmente ha presentado la persona ludópata.

Además, la Ley 1/2016 de Atención Integral a las Adicciones y Drogodependencias califica como adicciones comportamentales o sin sustancia tanto el juego patológico o ludopatía como las conductas excesivas relacionadas con el uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones y, en particular, las relacionadas con el uso de las redes sociales y los videojuegos. Así se recogen como áreas de intervención en el VII Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma Vasca (2017-2021).

La inclusión de estos dos trastornos adictivos sin sustancia ha supuesto un cambio de paradigma y un paso adelante muy importante en el abordaje de las adicciones comportamentales.

Por último, no podemos ignorar que en la sociedad actual corremos el riesgo de “patologizar” cualquier comportamiento que genere malestar. Para eludir este riesgo, los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales nos ayudan a separar el grano de la paja, lo que es un trastorno o una adicción de lo que es una preocupación social o un malestar individual y, por lo tanto, ayudan en el diagnóstico y en el tratamiento.

En conclusión, definimos el consumo de drogas, el juego y los videojuegos como conductas que pueden derivar en una adicción y el uso de las tecnologías, las redes sociales o internet como conductas que pueden generar un malestar o un uso problemático, pero que, al no tener evidencia científica, no están incluidas como trastorno adictivo en los manuales y sistemas de clasificación de enfermedades de salud mental. No obstante, el que este tipo de comportamientos no estén incluidos dentro de los manuales de salud mental, no significa que no sean problemáticos, ni que no haya que realizar intervenciones preventivas y/o de tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior y desde un modelo bio psicosocial entendemos las adicciones como:

- Un proceso, que tiene diferentes niveles, interactuando en cada uno de ellos multitud de factores que tienen que ver con la persona y con el contexto macro y micro-social que la rodea, de manera que los factores que intervienen en el uso son diferentes a los que influyen en su continuidad o mantenimiento y, por supuesto, diferentes a los que intervienen en una adicción. La adicción es uno de los posibles resultados del consumo de drogas, de los juegos de azar o de los videojuegos, pero no es el único y ni siquiera el más probable.
- Los diferentes factores pueden ejercer su influencia sobre los diferentes niveles; desde los

más próximos, como la intención conductual, hasta los contextos más globales como puede ser el sistema económico.

El modelo biopsicosocial, definido por G. Engel en 1977 y derivado de la Teoría de Sistemas, destaca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendida como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social.

Una de las principales aportaciones de este modelo biopsicosocial, en el ámbito preventivo, son los conceptos de "factor de riesgo y de protección".

Desde este enfoque, se entiende como factores de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales o sociales que aumentan la probabilidad de que una persona se inicie y se mantenga en una adicción. Los factores de protección, en cambio, son aquellos que reducen la probabilidad de generar una adicción. Son condiciones de posibilidad que pueden confluir en un momento determinado y aumentar o reducir la vulnerabilidad de una persona respecto a una adicción. No existe una causalidad directa entre los factores de riesgo y la adicción, pero se sabe que la conjunción de factores de riesgo puede aumentar la vulnerabilidad y generar una predisposición a la adicción.

La adolescencia como etapa vulnerable

La adolescencia es una fase del desarrollo en la que se concentran una serie de dificultades y características comunes: adquisición y búsqueda de identidad, inestabilidad emocional, inseguridad interna, actitudes desafiantes, etc.

La interrelación entre los cambios biológicos, psicológicos y sociales: la necesidad de separarse tanto de la infancia, como del mundo adulto y de marcar diferencias con otros grupos de jóvenes, unido a las contradicciones personales y a las dificultades de adquisición de una "nueva identidad", hacen que las personas adolescentes, en un momento dado, lleven a cabo comportamientos excesivos y transgresores.

De hecho, los primeros consumos de alcohol, el consumo de cannabis y de otras sustancias, los juegos de azar o apuestas con dinero o el "menudeo" con la venta de hachís o marihuana son conductas que se inician en la adolescencia y primera juventud.

Por otra parte, los métodos diagnósticos con los que contamos no siempre son adecuados para utilizar con adolescentes, además de que un diagnóstico en esta etapa de la vida supone, en ocasiones, un estigma que puede marcar el desarrollo ulterior de la persona adolescente. La intervención en la adolescencia, por tanto, exige necesariamente atender las necesidades y características propias de esa etapa, no solo en el diagnóstico y el tratamiento, sino también en las intervenciones preventivas.

Durante años, ha existido la tendencia a tratar las diversas dificultades que surgen en la adolescencia y primera juventud de forma separada, en función de los aspectos más visibles o síntomas: consumo y abuso de drogas, prácticas sexuales de riesgo, hurtos, violencia, delincuencia... Todo ello condicionado por modelos que, para dar explicación a estos fenómenos, tomaban como referencia las variables más próximas al hecho.

Sin embargo, existe otro modelo interpretativo, defendido por autores como Donovan, Jessor y Costa..., que en la actualidad reúne el mayor consenso entre las personas expertas y que defiende que las dificultades están originadas por la interrelación de diversos factores comunes a todos ellos.

Como se ha mencionado anteriormente, los inicios en el consumo de una droga o la práctica de juegos de azar vienen motivados por una serie de factores diferentes a los que influyen en la continuidad, mantenimiento y abuso y, por supuesto, distintos a los que intervienen en una adicción.

La explicación por la que, con similares factores de riesgo y/o de protección ambientales, algunas personas no presentan problemas y otras, en cambio, sí lo hacen, es que las primeras suelen disponer de importantes elementos protectores que amortiguan o reducen la influencia de los factores de riesgo, mientras que las segundas carecen de ellos. La clave está en la presencia o ausencia de factores protectores en la persona y sus entornos. Así, una persona se encuentra en situación de riesgo cuando tiene múltiples e importantes características de riesgo y escasas condiciones de protección.

Por todo lo anterior expuesto, creemos que la **PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL ÁMBITO MUNICIPAL** debe estructurarse en torno a planes, programas e intervenciones orientadas a:

1. Modificar los determinantes individuales, sociales y ambientales que pudieran ser favorecedores de conductas adictivas.
2. Reducir la influencia de los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a nivel personal, escolar, familiar, o ambiental.
3. Basarse en la intervención comunitaria, tomando la comunidad como sujeto y como destinataria de la acción.
4. Desarrollar programas e intervenciones adaptadas a los diferentes grupos de población y a sus necesidades. (Intervenciones de carácter universal, selectivo e indicado).
5. Prestar especial atención a los grupos de especial vulnerabilidad; infancia, adolescencia, juventud y sus familias.
6. Atender las características específicas de la infancia y la adolescencia para comprender e intervenir de manera preventiva.
7. Promover el desarrollo de las competencias cognitivas, conductuales, sociales y emocionales, realizando intervenciones tanto de prevención específica como inespecífica.
8. Encuadrar las intervenciones en el contexto municipal, y realizar un trabajo en red que implique a los sistemas educativo, sanitario y social, a nivel municipal y supramunicipal.

3. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

La Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias establece un nuevo e importante hito en el abordaje de esta materia, dado que pretende contribuir a proteger la salud de las personas, velando de forma especial por los y las menores de edad y por los colectivos más vulnerables.

Algunas de las novedades de la Ley son:

- Abordaje multidisciplinar e integral de las adicciones, desde un enfoque de salud pública que toma en cuenta, de manera sistemática, las implicaciones de las decisiones políticas en la salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad en la salud.
- Atención a la promoción de la salud, abordaje de la prevención de forma separada a la reducción de la oferta e inclusión de la educación para la salud como pilar fundamental en la prevención.
- Endurecimiento de las medidas punitivas relacionadas con el control de la venta y el consumo de alcohol, especialmente entre las y los menores de edad, y equiparación de la regulación de dispositivos de liberación de nicotina al tabaco, sujetándolos, por tanto, a iguales restricciones.
- Incorporación de las adicciones comportamentales a efectos de prevención, reducción de oferta, asistencia e inclusión social; incluyendo, concretamente, el juego patológico y las conductas excesivas en el uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones.

Algunos artículos de especial interés para el ámbito competencial municipal:

Artículo 15. – Prevención en el ámbito familiar

- Las administraciones públicas establecerán cauces de colaboración y coordinación efectivos y eficientes entre todos los organismos públicos competentes, asociaciones de madres y padres y entidades privadas y entidades sin ánimo de lucro que intervienen en este ámbito de actuación.

Artículo 16.- Prevención en el ámbito comunitario.

- La prevención en el ámbito comunitario se desarrollará preferentemente, en función de sus competencias, por parte de los ayuntamientos y mancomunidades, por la cercanía de los servicios que prestan a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

Artículo 17.- Prevención en el ámbito educativo

- El marco educativo es un pilar fundamental en las actividades preventivas. Por este motivo, se tomarán las siguientes medidas preventivas:

Información y sensibilización al alumnado de todas las edades sobre los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a las conductas excesivas en ámbitos diversos: juegos de azar, utilización de la televisión y de las tecnologías digitales (internet, redes sociales, videojuegos, telefonía móvil) y sus nuevas aplicaciones, así como sobre los riesgos asociados a otras conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales.

Artículo 18.- Prevención en el ámbito de las personas menores de edad y la juventud en situación de alto riesgo

- Las intervenciones se realizarán en la medida de lo posible con la familia de la persona menor, y se coordinarán con los servicios sanitarios y sociales de conformidad con el artículo 27 de la Ley de 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

Artículo 68.- Competencias de los ayuntamientos

Corresponde a los municipios de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en sus respectivos ámbitos territoriales:

- La elaboración, el desarrollo y la ejecución del Plan Local sobre Adicciones y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en esta ley en el Plan sobre Adicciones de Euskadi y, en su caso, en el correspondiente plan foral.
- La creación y el régimen de funcionamiento de los órganos de asesoramiento y coordinación en materia de adicciones en el ámbito territorial correspondiente.
- La supervisión y la vigilancia del cumplimiento de las medidas de control previstas en esta ley
- El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta ley.

Artículo 69. – Compromisos presupuestarios

- Los presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi, así como de las diputaciones forales y ayuntamientos, deberán prever los créditos destinados a la ejecución de las actividades contempladas en esta ley que sean de su competencia, conforme a las disponibilidades presupuestarias, los programas que se aprueben y los convenios suscritos a tal fin.

Artículo 71. - Planes forales y locales

- De conformidad con los objetivos y criterios inspiradores de esta ley, y en coherencia con el contenido del Plan sobre Adicciones de Euskadi, los planes forales y los planes locales se configurarán como el instrumento de planificación, ordenación y coordinación que recogerá el conjunto ordenado de programas y actuaciones que en materia de adicciones se realicen, respectivamente, en los ámbitos foral, municipal y supramunicipal.

Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones locales de Euskadi, que entró en vigor el 14 de abril, tras su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco, en su artículo 17, establece como competencias de la administración local, en la materia que aquí nos ocupa, las siguientes:

- 10) Promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública.
- 13) Ordenación, planificación y gestión de los servicios sociales.
- 36) Planificación, ordenación y gestión de políticas de juventud.

La Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, en su capítulo V, que recoge el régimen sancionador, introduce novedades relevantes con respecto a la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero y dice textualmente:

... “Y con objeto de dar el tratamiento adecuado a las infracciones de los menores de dieciocho años en materia de consumo o tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas se prevé la suspensión de la sanción si aquellos acceden a someterse a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades reeducativas”.

Decreto 88/2022, de 12 de julio, de sustitución de sanciones por incumplimiento de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias que, teniendo por objeto regular el régimen de sustitución de sanciones previsto en el artículo 93 de la mencionada Ley, extiende la aplicación de las medidas alternativas a personas infractoras preferentemente hasta 25 años.

Ley 10/2015, de 23 de diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, cuyo objeto es la regulación de los espectáculos públicos y de las actividades recreativas que se desarrollen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi, así como de las condiciones y requisitos que deben reunir los establecimientos públicos y espacios abiertos donde aquellos se celebren o realicen.

Decreto 120/2016 de 27 de julio, por el que se aprobó el Reglamento general del juego en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Decreto 147/2018, de 16 de octubre el Observatorio Vasco del Juego, como servicio centralizado de información, estudio e investigación de la realidad del juego en la Comunidad Autónoma Vasca, para proporcionar a la Autoridad Reguladora del Juego una visión de conjunto del fenómeno a la hora de desarrollar e implementar sus políticas públicas.

Decreto 19/2022, de 8 de febrero, por el que se modifica el decreto por el que se aprueba el reglamento general del juego en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

La Comunidad Autónoma de Euskadi tiene competencia exclusiva en materia de casinos, juegos y apuestas, con excepción de las Apuestas Mutuas Deportivas Benéficas de conformidad con el artículo 10.35 del Estatuto de Autonomía del País Vasco.

También se señala en el decreto que la regulación del juego debe llevarse a cabo desde el enfoque de Salud Pública como establece la Ley 1/2016 de 7 de abril de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias que, en su artículo 50, realiza un mandato al regulador del juego para prevenir las situaciones de juego problemático o patológico.

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, cuyo objeto es “promover y garantizar en el ámbito de la CAPV el derecho a las prestaciones y servicios de los servicios sociales mediante la regulación y ordenación de un Sistema Vasco de Servicios Sociales de carácter universal”, aunque no cita explícitamente la prevención al enunciar su objeto, sí se refiere a ella de una manera genérica, desde el enfoque comunitario y de proximidad, como modelo de atención al que alude en la propia exposición de motivos.

Ley 2/2022, de 10 de marzo, de Juventud.

la Ley Vasca de Juventud guarda coherencia con la ampliación progresiva de los conceptos y cometidos de la política de juventud y el Sistema de Juventud, así como con las transformaciones requeridas por la evolución del contexto social, y se articula sobre tres ejes: acompañar el proceso de maduración y desarrollo de las personas jóvenes; promover su emancipación y tránsito a la vida adulta; y propiciar su participación social en todos los ámbitos, entre ellos también en el de la salud.

4. DIAGNOSTICO DE LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES

4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y RECURSOS DEL MUNICIPIO DE ERANDIO

Erandio está situado a la derecha de la ría de Bilbao, limita al norte con los términos de Urduliz, Laukiz y Berango; al sur con Bilbao; al este con Loiu y Sondika y al oeste con Leioa, Getxo y la ría de Bilbao.

Dentro del municipio están consideradas siete entidades históricas. Los núcleos más poblados son: **Altzaga, Astrabudua y Erandiogoikoa**, siendo el resto los ubicados en las zonas de **Arriaga, Goierri, Lutxana-Enekuri y Asua**.

El municipio de Erandio presenta dos núcleos diferenciados: la zona comprendida entre Erandiogoikoa y la Ría de Bilbao, totalmente industrializada; y el Barrio de Goierri, que conserva todavía un cierto carácter rural.

4.1.1. Situación demográfica

La población de derecho del término municipal de la Anteiglesia de Erandio la constituyen, con fecha 13 de mayo de 2022, 24.690 personas, de las cuales 12.741 son mujeres, que representa un 51,6% de la población, y 11.949 son hombres, que representan el 48,4% de la población.

Población de ERANDIO	Mujeres	Hombres
24.690	12.741	11.949

En lo relativo a los grupos de edad, las personas entre 0 y 11 años suponen el 9,52 % de la población (2.351 personas), las personas entre 12 y 16 años, grupo etario al que dirigimos más directamente nuestra intervención, son 1.284, que suponen el 5,2% de la población y el grupo de edad de 17 a 25 años lo conforman 1.990 personas, que representan el 8,06% de la población total.

Edad	Total	Mujeres	Hombres
0 - 11 años	2.351	1.129 (48,9%)	1.222 (51,1%)
12 - 16 años	1.284	619 (48,21 %)	665 (51,79%)
17 - 25 años	1.990	969 (48,7%)	1.021 (51,3%)
>26 años	19.065	10.024 (52,58%)	9.041 (47,42%)

Aunque hasta los 25 años es mayor el porcentaje de hombres, la representación de las mujeres va en aumento a medida que avanza la edad.

4.1.2. Población migrante

Bizkaia, suma el 53,3% del total de población de Euskadi y acoge al 49,5% de la inmigración, según los datos del Observatorio Vasco de Inmigración. Esto indica que, la **población total de origen extranjero en Euskadi es del 10,6%**, con una tasa del 2,3% superior en comparación con los datos de 2017. Principalmente, procedente de Marruecos, Colombia, Rumanía, Bolivia, Nicaragua y Venezuela.

Según los datos publicados por el INE procedentes del padrón municipal de 2021 el 23,3% (5.706) de los habitantes empadronados en el Municipio de Erandio han nacido en dicho municipio, el 44,15% (10.812) en otros municipios de la provincia de Bizkaia, el 0,84% (206) en otras provincias de la Comunidad de País Vasco, el 19,9% (4878) en otras comunidades autónomas y el 11,7% (2.887) han llegado a Erandio procedentes de otros países.

Según los datos ofrecidos por el INE en la estadística del padrón los habitantes empadronados en Erandio que han nacido en otros países ascienden a 2.887.

- 2.123 habitantes, 845 hombres y 1.278 mujeres procedentes de América.
- 390 habitantes, 207 hombres y 183 mujeres procedentes de Europa (sin España).
- 260 habitantes, 176 hombres y 84 mujeres procedentes de África.
- 112 habitantes, 50 hombres y 62 mujeres procedentes de Asia.
- 2 hombres nacidos en Oceanía.

4.1.3. Centros públicos de educación y enseñanza

CENTROS EDUCATIVOS INFANTIL Y PRIMARIA		CENTROS EDUCATIVOS DE SECUNDARIA	
CEIP Goikolanda HLHI	Educación Infantil y Primaria	IES Erandio BHI	Secundaria Obligatoria
CEIP Ignacio Aldekoa HLHI	Educación Infantil y Primaria	IES Astrabudua BHI	Secundaria Obligatoria
Altzaga Ikastola HLHI	Educación Infantil y Primaria	IES Ategorri BHI	BHI
Jado Ikastetxea (concertado)	Educación Infantil y Primaria	CIEFP Tartanga LHII	Ciclos formativos
		Jado Ikastetxea (concertado)	Secundaria Obligatoria
HAURRESKOLAK		OTROS CENTROS	
Altzaga		Udal Musika eskola	
Astrabudua		Udal Euskaltegia	
Erandiogoikoa		CEPA - HHI	

4.1.4. Recursos de ocio, deportivos, culturales y sociales públicos

INSTALACIONES DEPORTIVAS	
Polideportivos	• Altzaga • Astrabudua
Campos de Fútbol	• Arteaga • San Lorenzo • Ategorri
Otras instalaciones deportivas	• Karrejuak • Pabellón de Remo de Lutzana • Instalaciones deportivas Altzaga Ikastola
RECURSOS DE OCIO Y SOCIOCULTURALES	
Ludotecas	• Altzaga • Astrabudua
Centros socioculturales y otros espacios	• Josu Murueta Kultur Etxea • Merkatu Zaharra • Erandiogoikoa Gizarte Etxea • Bekoa Gizarte Etxea • Kukularra Gizarte Etxea • Gaztetxokoa • Otros espacios: Antiguas escuelas (Arriaga, Lutzana y Goierri), antiguo Ayuntamiento, antiguo ambulatorio de Astrabudua, locales Plaza Mendiguren, Plaza San Agustín y otros.
Bibliotecas	• Altzaga • Astrabudua
KZ Gunea	• Altzaga • Astrabudua
Área de Juventud	• Lonjagune (Servicio de Mediación en espacios juveniles)

4.1.5. Recursos sociales y sanitarios públicos

RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS	
Osakidetza	• Centro de Salud de Altzaga • Centro de Salud de Astrabudua • Consultorio de Erandiogoikoa • Centro de Salud Mental

Servicios de Acción Social	• Trabajadoras sociales • Servicio de Intervención Socioeducativa y Psicosocial (EISEP) • Servicio de Prevención de Adicciones • Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) • Hogar Residencia y Centro de Día San José (tercera edad)
-----------------------------------	---

4.2. SITUACIÓN GENERAL DE LAS ADICCIONES. ENCUESTAS E INFORMES DE REFERENCIA.

En cuanto al consumo de drogas y otras adicciones comportamentales, no disponemos de datos concretos referidos al municipio de Erandio por las razones siguientes:

Los tamaños muestrales son capitales a la hora de establecer juicios sobre los comportamientos y las tendencias. De ahí, la dificultad de obtener resultados fiables con universos reducidos, como son las localidades pequeñas e incluso medias como es el caso de Erandio.

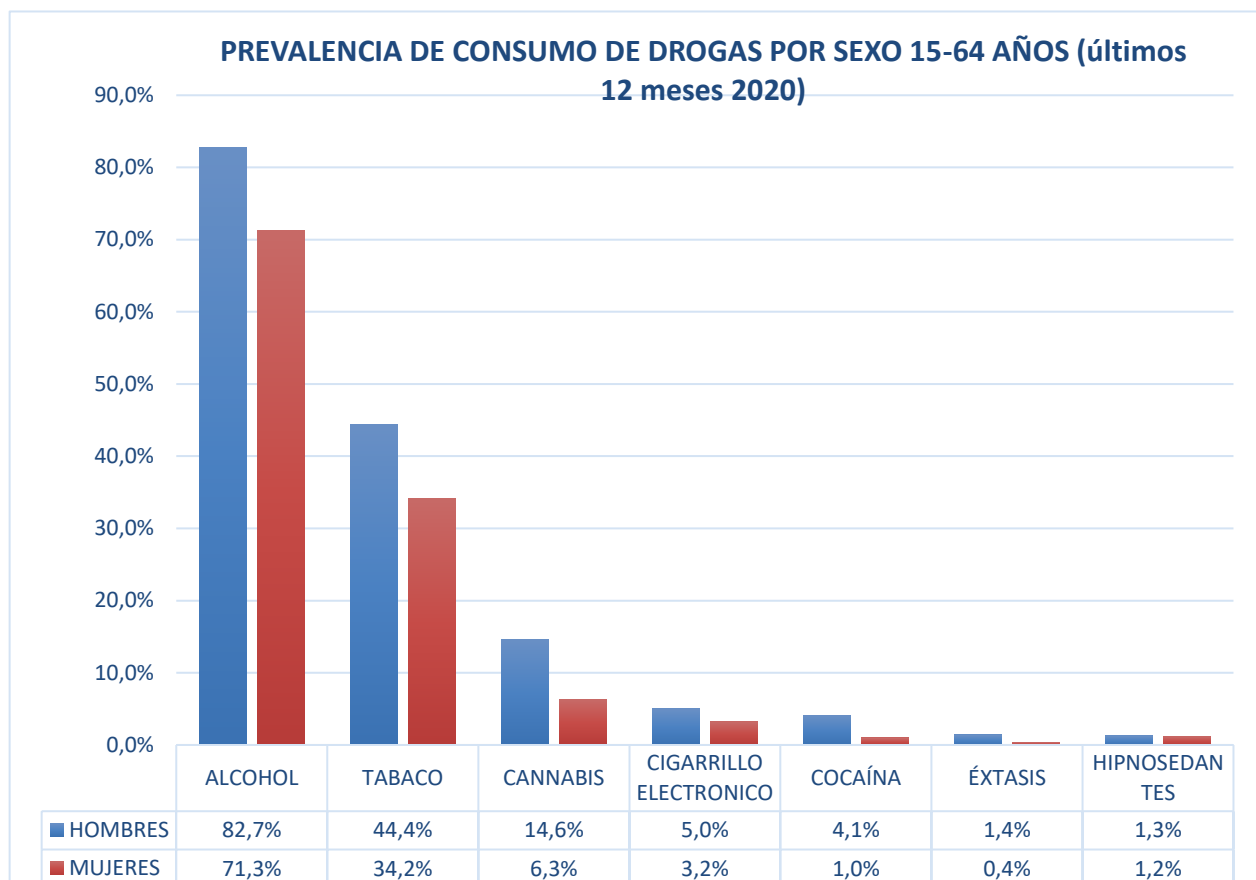
Por otra parte, lo que generalmente se mide través de las encuestas es simplemente la frecuencia de ciertos consumos o ciertas conductas en un momento determinado, sin que de ahí se pueda inferir con claridad que exista una conducta problemática y, menos aún, una adicción.

Por estos motivos, se tendrán en cuenta los resultados de los últimos estudios realizados en esta materia:

- Encuesta EDADES 2021: encuestas sobre alcohol y otras drogas en España dirigido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (DGPNSD) en colaboración con las comunidades autónomas. De esta encuesta se extraen los datos disponibles relacionados con los consumos de la CAE.
- Encuesta **ESTUDES** 2021: encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España.
- **Estudio sobre la percepción social y hábitos de juego de la población vasca**, publicado en diciembre de **2019**, por el Observatorio del Juego.
- Informe ejecutivo sobre la **práctica del juego y las apuestas en la juventud de entre 18 y 30 años** en Euskadi realizado por el Observatorio Vasco del juego. (2021).

4.2.1.- Situación del consumo de drogas entre la población de 15-64 años. Encuesta EDADES 2021

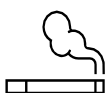
A continuación, se exponen de manera resumida algunos datos relativos a los consumos de drogas entre la población de 15 a 64 años. EDADES 2019/2020:



Como se aprecia en la gráfica, las drogas legales como el tabaco y el alcohol siguen siendo las drogas más consumidas por la población y entre las drogas ilegales el cannabis es la más consumida con mucha diferencia. El consumo de todas las sustancias está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, a excepción de los analgésicos, opioides e hipnosedantes en los que el consumo se iguala.



El 93,0% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido **bebidas alcohólicas** alguna vez en la vida, lo que convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. En términos evolutivos, este indicador aumenta respecto al dato de 2017 (91,2%).



Por detrás del alcohol, el **tabaco** es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en el Estado. El 70% declara haber fumado tabaco alguna vez en la vida. Evolutivamente, existe mucha estabilidad con respecto al año 2017, registrándose un ligero repunte en esta medición (69,7%).



En cuanto a los **hipnosedantes**, con o sin receta médica, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 22,5%, lo que supone un aumento de 1,7 puntos porcentuales respecto al dato de 2017, siguiendo así con la tendencia creciente observada desde 2015.



Respecto al consumo de drogas ilegales, el **cannabis** es, con mucha diferencia, la que está más extendida en el Estado. En términos evolutivos, continúa la tendencia creciente de consumo iniciada en 2013, obteniéndose en 2019 el máximo valor de la serie histórica (37,5%) y superando en 2,3 puntos porcentuales al dato obtenido en 2017.

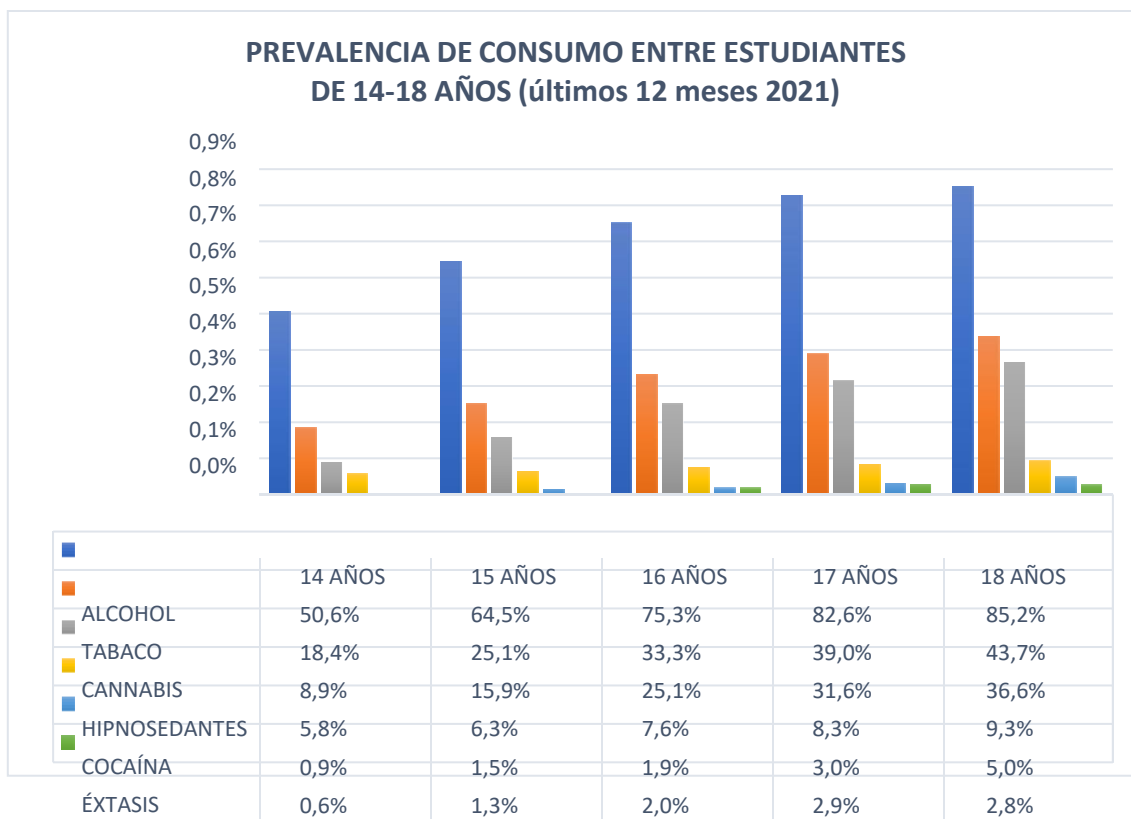


La **cocaína** es la segunda droga ilegal más consumida en el país. El 11,2% de la población de 15 a 64 años reconoce haberla consumido alguna vez en la vida, indicador que se ha visto incrementado en casi 1 punto porcentual con respecto al dato registrado en 2017.

EUSKADI: PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS (ÚLTIMOS 30 DÍAS) EN POBLACIÓN DE 15-64 AÑOS (2019/2020)	
ALCOHOL	67,8%
TABACO	36,2%
CANNABIS	9,7%

4.2.2.- Situación del consumo de drogas entre estudiantes de secundaria. ESTUDES2021

En cuanto a los consumos de drogas realizados por estudiantes de secundaria de 14 a 18 años la encuesta **ESTUDES 2021** destaca lo siguiente:



*Datos extraídos de ESTUDES 2021

Los datos de la encuesta Estudes 2021, se recogieron del 8 de marzo al 18 de mayo de 2021, por lo tanto, hacen referencia a los consumos realizados en el momento posterior al confinamiento y en la incorporación a la nueva normalidad.



En el consumo de **tabaco**, la edad media en la que se produce el primer consumo siguesiendo la misma desde el 2016, 14,0 años. Por su parte, el inicio en el consumo diario de esta sustancia se retrasa ligeramente hasta los 14,7 años.

En comparación con el 2019, el consumo de tabaco desciende 2,6 puntos porcentuales, tanto en chicos como en chicas. No obstante, actualmente es la sustancia psicoactiva en la que hay una mayor diferencia en la prevalencia de consumo entre ambos grupos, siendo la prevalencia de consumo en las chicas superior en 5,5 puntos porcentuales respecto a los chicos.



En cuanto al alcohol, el 70,5% de la población encuestada ha consumido **alcohol** en el último año y el 53,6% durante el último mes, confirmando en ambos casos un descenso en comparación con la anterior edición de la encuesta. El primer consumo de alcohol sigue ocurriendo a la misma edad que en las últimas dos ediciones de la encuesta: 14 años. Por otra parte, el consumo semanal de alcohol comienza de media a los 15,2 años, sin contemplarse una variación significativa con respecto a las últimas mediciones registradas.

Profundizando en el tramo temporal de los últimos 30 días y con independencia del sexo, se ha detectado un notable descenso en la prevalencia de consumo del alcohol con respecto a la pasada edición, aunque sigue siendo más de cuatro puntos superior entre las chicas.



En cuanto a los **hipnosedantes** (ya sean con o sin receta), la edad de inicio en el consumo mantiene cierta estabilidad en comparación al 2019, ya que pasa de 14 a 14,1 años. Aparecen como la cuarta droga de mayor prevalencia de consumo entre las analizadas, observándose que el 19,6% del alumnado ha tomado este tipo de sustancias psicoactivas alguna vez en su vida. Este dato corrobora la tendencia ascendente iniciada hace 5 años.



El inicio en el consumo de **cannabis** empieza, por término medio, antes de cumplir los 15 años (a los 14,9 años), tal y como se ha venido observando desde el año 2000. Si bien se trata de la sustancia ilegal más consumida entre la población estudiantil de 14 a 18 años. El 28,6% admite haber consumido cannabis en alguna ocasión, el 22% dice que ha consumido en el último año y el 14,9% dice haber consumido en los últimos 30 días.

Evolutivamente, se produce una ruptura en la tendencia ascendente que venía registrándose desde 2016. De igual manera, se observan diferencias en las cifras de prevalencias de

consumo de cannabis por sexo. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida en los varones es ligeramente superior a la de las mujeres (29,3% frente a 28,0%), aunque también son los chicos los que experimentan un mayor descenso en el dato respecto a 2019.



Las personas que refieren haber consumido **éxtasis** en alguna ocasión establecen el primer consumo a los 15,4 años, promedio muy similar al registrado por otras sustancias como la cocaína (15,3 años), las anfetaminas (15,3 años) o los alucinógenos (15,6 años).



El consumo de **cocaína** sigue descendiendo progresivamente. En el caso del consumo reciente (últimos 30 días), en esta edición se observa la prevalencia más baja de toda la serie histórica.

Respecto a la prevalencia según el sexo de la población estudiada, las chicas tienen prevalencias más altas que los chicos en el caso del alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, tanto si se considera el consumo de alguna vez en la vida como el de los últimos 12 meses o los últimos 30 días. Por el contrario, las sustancias ilegales registran mayores prevalencias de consumo entre los chicos.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre estudiantes de ESO (de 14-18 años). Datos referidos a la CAV.

TABACO	TABACO DIARIO	OH	CANNABIS
14,2	14,8	13,7	14,7

4.2.3.- La práctica del juego de azar en la población de la comunidad autónoma del País Vasco.

Según el último **estudio sobre la percepción social y hábitos de juego de la población vasca**, publicado en diciembre de **2019**, por el Observatorio del Juego:

- Dos tercios de la población vasca afirman haber jugado al menos una vez en los últimos 12 meses.
- El 16,8% de la población jugó diariamente o una o varias veces a la semana en el último año (el 19,3% los hombres, y el 14,7% de las mujeres).
- Las Loterías y Apuestas del Estado son, con diferencia, el juego más extendido entre la población de Euskadi, seguido de los juegos de la ONCE.
- El 14,9% de la población vasca afirma haber jugado a las Loterías o Apuestas del Estado diariamente o una o varias veces a la semana (el 3,4% en lo que se refiere a los juegos de la ONCE).

- El 2% de la población vasca señala que ha jugado a juegos online en los últimos 12 meses (el 7% entre los menores de 35 años).
- Entre la población vasca que juega online, en torno a la mitad juega a apuestas deportivas.
- El principal motivo por el que juega la población vasca es ganar dinero.
- El 20% de la población vasca señala que tuvo su primer contacto con los juegos de azar siendo menor de edad. La proporción es mayor entre los hombres que entre las mujeres, y también entre los colectivos más jóvenes que entre los de mayor edad.
- La mayor parte de la población vasca que ha jugado alguna vez (82,6%) no asocia el hábito del juego a otros hábitos como el alcohol, el tabaco u otras sustancias adictivas.
- El 3,7% de la población vasca jugadora admite que, al menos en alguna ocasión, el juego le ha causado problemas económicos y/o sociales.
- El 59% de la población vasca afirma que existe algún establecimiento dedicado al juego cerca de su domicilio.

4.2.4.- La práctica del juego de azar en la población juvenil de la comunidad autónoma del País Vasco.

El último informe ejecutivo (2021) sobre la práctica del juego y las apuestas en la población de 18 a 30 años en Euskadi destaca, como conclusión general, que **la mayoría de las personas jóvenes, el 52,5%, no ha jugado ni apostado nunca**, frente al 47, 5% de la juventud de entre 18 y 30 años que sí ha jugado alguna vez en la vida.

Entre las personas jugadoras:

- Una de cada cuatro ha jugado en el último año.
- El 31,8% se inició en el juego siendo menor de edad y en compañía de amistades o familiares. De hecho, el 78,6% de la juventud encuestada recuerda haber visto a sus familiares jugar cuando aún eran niños o niñas.
- Juegan para ganar dinero, divertirse, estar con sus iguales y como una actividad o forma de ocio.
- El número de jugadores casi dobla al de jugadoras.
- Los hombres juegan más frecuentemente y gastan más dinero que las mujeres.
- Aunque el juego online está en auge, las cifras revelan que la juventud sigue decantándose por el juego presencial, que concita al 69,1%, frente al 10,1% que juega online y el 20,8% que combina ambas modalidades.
- Prefieren el juego presencial, por la existencia de locales físicos, como forma de socializar, de manera que casi el 60% juega en grupo o con alguna amistad.
- El 9,4% de quienes juegan presencialmente lo hacen con alguna persona de su familia.
- Los juegos presenciales más escogidos son, por este orden, la lotería (27,1%), las apuestas deportivas (17,5%) y los casinos (16,9%).

Quienes juegan online:

- Lo hacen de forma más frecuente que quienes juegan presencialmente.
- Lo hacen mayoritariamente de manera individual, el 50,6%.
- Se gastan más dinero: 64,6 euros al mes frente a los 45,6 euros en la modalidad presencial.
- El juego online más practicado son las apuestas deportivas, un 58% del total.

Juego patológico:

En la menor parte de los casos, el juego deriva en una patología que se mide con la escala DSM (*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*). Siguiendo esta rigurosa herramienta de la Asociación Americana de Psiquiatría, de las personas de entre 18 y 30 años que han jugado el último año en Euskadi:

- El 3,2% presenta algún tipo de riesgo.
- Son hombres, las mujeres de esa edad no presentan problemática de juego.
- La horquilla de edad más propensa a la patología es la de 23 a 26 años.

4.3.- REALIDAD DE LAS ADICCIONES DETECTADA EN EL MUNICIPIO DE ERANDIO.

El objetivo de este análisis se basa en recoger información cualitativa sobre la situación de los consumos de drogas y las adicciones comportamentales en el municipio que permita una óptima planificación de programas. Conocer la situación de las adicciones en Erandio desde una mirada cualitativa, es uno de los pasos necesarios para diseñar las intervenciones, así como para evaluar su eficacia y, en definitiva, poder orientar la toma de decisiones en esta materia.

El procedimiento utilizado para la recogida de información se ha basado en potenciar la participación comunitaria, con especial atención, en la representatividad de diferentes agentes comunitarios del ámbito social, sanitario, educativo, seguridad ciudadana, político, cultural y de ocio y tiempo libre.

Los principios de esta metodología se fundamentan en la necesidad de un modelo de intervención integral y compartido que influya sobre los diferentes determinantes de salud para conseguir el bienestar individual y comunitario con un enfoque multidisciplinar y participativo. Con este objetivo, para el diagnóstico de situación, se ha diseñado un cuestionario “on line” con preguntas abiertas y cerradas, a fin de recoger información y percepciones de diferentes agentes de relevancia en la comunidad, personal técnico y político y representantes de entidades sociales, deportivas, culturales y de ocio y tiempo libre del municipio.

4.3.1.- Encuesta sobre la situación del fenómeno de las adicciones en el municipio

FICHA TÉCNICA Y METODOLÓGICA DE LA ENCUESTA	
Descripción de la encuesta	Encuesta “on line” enviada a personal técnico, profesional y político del ámbito de lo social, sanitario, educativo, seguridad ciudadana, así como entidades deportivas, culturales y de ocio y tiempo libre del municipio. Se ha enviado la encuesta a un total de 107 personas y/o asociaciones.
Ámbito temporal	El periodo de recogida de información se desarrolló entre febrero y marzo de 2022.
Trabajo de campo. Método de recogida	El trabajo de recogida de información cualitativa se ha realizado a través de un cuestionario “on line” enviado por correo electrónico a los contactos seleccionados.
Descripción de la muestra	. 24 asociaciones culturales y deportivas. . 14 clubs deportivos. . 19 políticas y políticos municipales. . 18 técnicas y técnicos municipales. . 10 sanitarias y sanitarios. . 8 centros escolares. . 7 AMPAs. . 5 comisiones de fiestas. . 2 asociaciones de comerciantes.
Descripción del cuestionario	Cuestionario anónimo para cumplimentar de manera “on line” distribuido en 7 grandes bloques temáticos con preguntas abiertas y cerradas relacionadas con: 1.- Nivel de conocimiento del servicio y los programas de prevención de las adicciones del municipio. 2.- La problemática y las necesidades detectadas u observadas con relación al consumo de drogas. 3.- La problemática y las necesidades detectadas con relación a los juegos de azar y las apuestas. 4.- La problemática y las necesidades detectadas con relación al uso de las pantallas y las tecnologías conectadas.

5.- La problemática y las necesidades detectadas con relación al uso de los videojuegos.

6.- El impacto de la pandemia en las adicciones.

7.- Aportaciones, sugerencias o propuestas de intervención en el ámbito de la prevención de las adicciones.

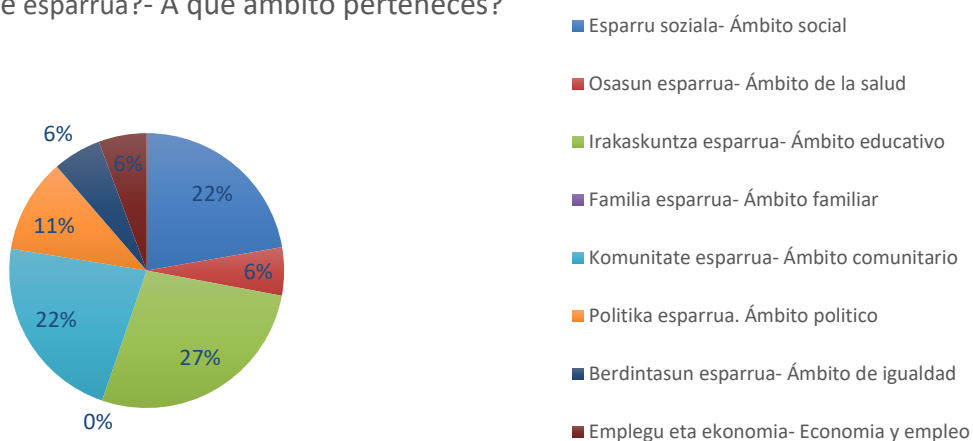
El cuestionario ha sido diseñado en las dos lenguas oficiales de la CAV con un tiempo aproximado para su cumplimentación de 20 min.

Los resultados obtenidos del cuestionario “on line” se basan en opiniones y percepciones subjetivas de las personas que han participado en el proceso, sin que ello refleje necesariamente una realidad objetiva del municipio. No obstante, aportan una información global, diversa, complementaria y actualizada que permite obtener una visión amplia del fenómeno para diseñar y adaptar las intervenciones a la realidad detectada.

A continuación, se estructura la información obtenida siguiendo los 7 grandes bloques temáticos del cuestionario:

4.3.2.- Muestra de la encuesta

0. Zein da zure esparrua?- A qué ámbito perteneces?
18 respuestas

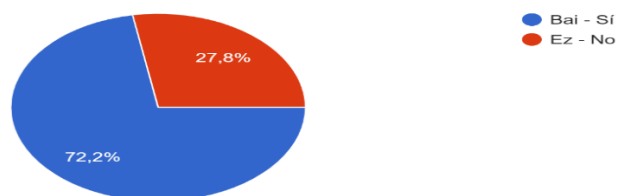


A la encuesta han respondido 18 personas del ámbito educativo, sanitario, social, comunitario, político, familiar, económico y laboral. El cuestionario ha sido respondido en mayor medida por personas pertenecientes al ámbito educativo, social y comunitario.

4.3.3.- Conocimiento del servicio y de los programas de prevención de adicciones municipales

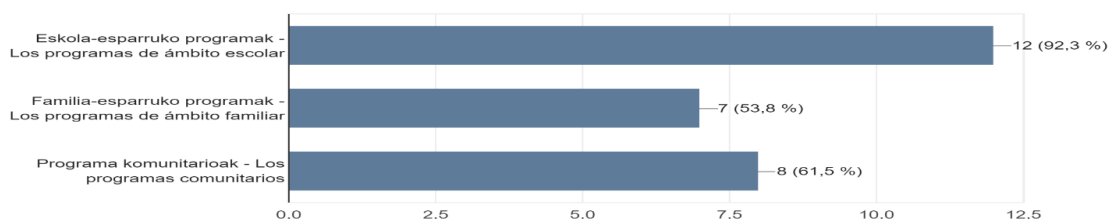
1.- Erandio Udalaren adikzioen prebentziorako zerbitzua ezagutzen duzu? - ¿Conoces el servicio de prevención de las adicciones del Ayuntamiento de Erandio?

18 respuestas



2.- Erantzuna baiezkoa bada, zein jarduera edota programa ezagutzen dituzu? - En caso afirmativo, ¿Qué actividades o programas conoces?

13 respuestas

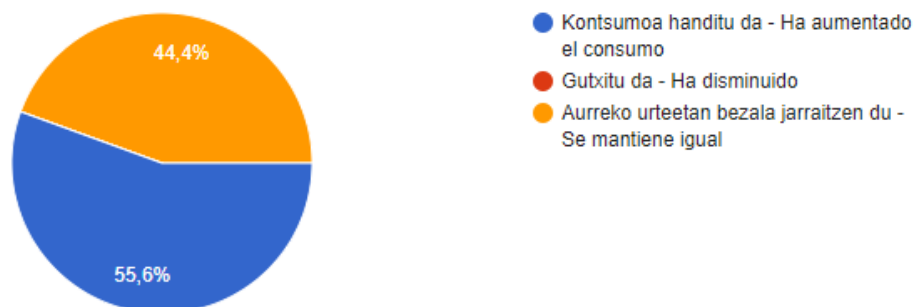


El 72,2% de las personas que han respondido al cuestionario conocen el servicio de prevención municipal, siendo los programas de ámbito escolar los más conocidos frente a los programas de ámbito familiar que son los menos conocidos. Aun así, el 33% de las personas que han respondido a la encuesta desconocen los programas que gestiona el servicio de prevención municipal.

4.3.4.-Percepción del consumo de drogas en el municipio.

3.2-Zer pertzepzio duzu Erandioko egungo droga kontsumoari buruz, aurreko urteetakoekin alderatuta? - ¿Qué percepción tienes del consumo actual de drogas en Erandio comparando con el de años anteriores?

18 respuestas



Más de la mitad de las personas que han respondido, tienen la percepción de que el consumo ha aumentado, mientras que el 44,4% opina que se mantiene igual.

Ninguna persona de las encuestadas opina que el consumo ha disminuido.

Necesidades detectadas en relación con el consumo de drogas en el municipio

En relación con los consumos de drogas en el municipio destacan lo siguiente:

- Se aprecia un consumo excesivo y normalizado de todo tipo de sustancias en todos los tramos de edad, siendo las drogas legales las más consumidas. En los últimos tiempos, y a raíz de la pandemia, se ha detectado un incremento del consumo de alcohol y cannabis. “Erando huele prácticamente a diario a María, y el consumo de otras drogas ha aumentado, no hace falta nada más que darse una vuelta por ciertas calles.”
- Se aprecian diferencias en el tipo de drogas consumidas dependiendo de la edad y el género. Las personas adolescentes y jóvenes consumen todo tipo de drogas siendo las más utilizadas el alcohol, el tabaco y, como sustancia ilegal, el cannabis. Las personas mayores de 60 años tienen unos consumos más relacionados con el alcohol y el tabaco
- Existe una sensación generalizada de que se inician antes en el consumo de drogas, de manera que el consumo se convierte en habitual en un periodo corto de tiempo.
- También se detectan consumos de drogas diferentes según el género. Las mujeres realizan consumos diferentes a los de los hombres que afectan a sus vidas de forma diferente. Por tanto, las intervenciones preventivas también deben ser diferentes y adaptadas al género.
- Se observa un consumo de alcohol en la vía pública, en formato botellón, todos los fines de semana y en tramos de edad muy joven.” Habría que vigilar más zonas de lonjas y espacios abiertos como Unbe, cuesta del chorrillo, etc. Y tomar datos a los menores de edad para comunicárselo a sus padres.”
- Preocupa la relación que mantienen las personas jóvenes con el alcohol y las consecuencias a medio largo plazo.
- Preocupa la falta de capacidad parental para poner en funcionamiento estrategias para frenar la escalada de consumo. Los miedos y la normalización del consumo en las familias influyen en el problema.
- Se detectan dificultades por parte de los centros educativos en la gestión de los consumos con las familias.
- Preocupa la relación entre consumo de alcohol y las agresiones machistas a mujeres en contextos festivos.
- Preocupa la facilidad de acceso a la compra de drogas por parte de las y los menores y el escaso control para reducir la oferta y los espacios de consumo.
- Se conoce la existencia de puntos de venta de bebidas alcohólicas a menores en determinados establecimientos de Erando y Astrabudua.
- Se tiene la sensación de que las personas con problemas relacionados con los consumos se detectan y se derivan a los servicios especializados de manera tardía.

Los lugares de consumo en el municipio

- En todos los lugares ya sean públicos o privados.
- En casa, lonjas, bares, parques, calle, en los alrededores de la discoteca del municipio.
- En espacios abiertos como “el chorrillo” o “la cuesta del monte Unbe”.
- Se inicia el consumo de alcohol en los patios de los colegios en horario no lectivo y los fines de semana.

Tipo de consumos observados

- Se tiene la percepción de que el consumo de todo tipo de drogas está normalizado y extendido entre todas las franjas de edad de la población erandioztarra.
- Preocupa especialmente los consumos en menores de edad y jóvenes como colectivos más vulnerables.
- Se considera que las personas adolescentes se inician a edades muy tempranas con el alcohol y el tabaco. Posteriormente un número importante de jóvenes prueba y consume otro tipo de sustancias, como el cannabis, cristal, éxtasis, speed o cocaína.
- Preocupa el elevado consumo de cannabis, en todas las edades y el hecho de que las personas consumidoras presentan escasa percepción de riesgo. Se percibe un consumo visible, normalizado y extendido en el municipio.
- Sustancias más consumidas por la población: alcohol, cannabis, tabaco y psicofármacos con y sin receta. También se aprecia un aumento del consumo de otro tipo de sustancias, principalmente estimulantes, como la cocaína, el cristal y el speed. Las personas consumidoras, consumen varias sustancias y suelen mezclarlas, aumentando así el riesgo.

Diferencias de género en el consumo

En cuanto a si existen diferencias en el consumo de drogas en función del género existe disparidad de opiniones. La mayoría señala que no tienen información para opinar sobre esta materia.

Entre las personas que han respondido, algunas creen que no hay diferencias, que los consumos entre hombres y mujeres se han equiparado. Otras, sin embargo, piensan que los hombres consumen más que las mujeres.

En un tercer bloque estarían aquellas personas que opinan que existen diferencias no solo en el tipo y la cantidad de sustancias consumidas entre unos y otras sino también en los efectos, riesgos y consecuencias del consumo a nivel individual y en el entorno por el hecho de ser hombre o mujer.

Características diferenciales del municipio de Erandio con respecto a otros municipios. factores de riesgo y de protección.

La mayoría opina que no tiene información para comparar con otros municipios ni para identificar los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas.

Sin embargo, entre los que han respondido a la pregunta destacan como **factores de riesgo**:

- Las escasas alternativas de ocio para las personas jóvenes en el municipio.
- La existencia de muchos espacios verdes y abiertos para juntarse y socializar, pero también para descontrolar y consumir.
- También se apunta a la normalización del consumo en las personas intervinientes con menores (madres, padres, profesorado...) y la falta de intervención integral.
- El perfil de algunas familias desestructuradas de bajo perfil socioeconómico y con dificultades para la supervisión parental.
- La escasa vigilancia por parte de la policía municipal y o Ertzaintza de los espacios de consumo.

En cuanto a los factores de protección:

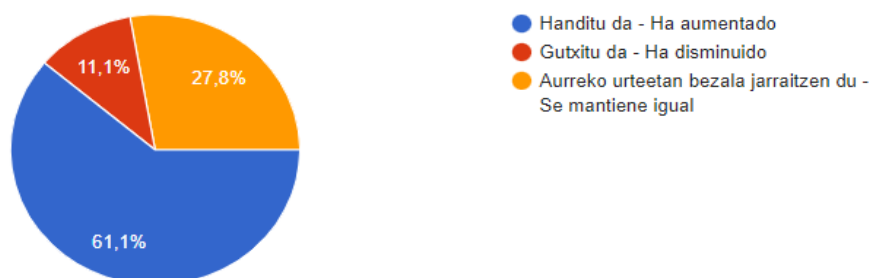
- Alto nivel de apego al barrio/municipio.
- El servicio de prevención de adicciones y los programas preventivos.
- Los servicios y recursos municipales. Servicios sociales, servicios de salud...

4.3.5.- Los juegos de azar y las apuestas. Percepción de los juegos de azar y las apuestas en el municipio.

4.1- Zer pertzepzio duzu Erandion ausazko joko eta apustuen inguruan, aurreko urteekin alderatuta?

¿Qué percepción tienes sobre la práctica de los juegos de azar y las apuestas respecto a años anteriores ?

18 respuestas



El 61,1% de las personas que han respondido a la encuesta consideran que la práctica de juegos de azar y apuestas en comparación con años anteriores ha aumentado, el 11,1% que ha disminuido y el 27,8% que se mantiene igual.

Las necesidades detectadas en relación con los juegos de azar y las apuestas en el municipio

- Se observa cada vez a más personas, de todas las edades, jugar en bares o en la “sala de juego” del municipio. “No existe un estereotipo definido de personas usuarias de los juegos o las apuestas, puede ser cualquiera, mayores, menores, hombres, mujeres, con poder adquisitivo o no”.
- Se detecta una preocupación social por la práctica de los juegos de azar y las apuestas entre personas menores de edad, jóvenes y personas migrantes como colectivos vulnerables.
- Se tiene la percepción de que la proliferación de plataformas “on line” ha facilitado la accesibilidad al juego. Las personas adolescentes tienen acceso a estas aplicaciones desde su dispositivo móvil.
- Se considera que la pandemia ha impulsado el acceso a los juegos y a las apuestas on line.
- Preocupa la normalización social de conductas que pueden llegar a ser peligrosas. Las máquinas de apuestas en los bares han facilitado esa normalización.
- Se empiezan a detectar casos de personas muy jóvenes con problemas relacionados con el juego patológico. Normalmente saltan las alarmas en la familia por los endeudamientos o por hurtos dentro del ámbito familiar.
- Preocupa la incapacidad parental de control y de poner normas y límites.
- Preocupa la proliferación de salones de juego y apuestas en el municipio y la falta de control en el acceso a menores de edad.
- Destacan la influencia de los medios y de la publicidad. “El hecho de trasladar los anuncios de estos fuera de los horarios de máxima audiencia o fuera del horario infantil no elimina la facilidad de poder acceder a los mismos”.

Lugares de juego

Tradicionalmente el juego se realizaba en locales habilitados para ello, pero con la apertura del juego “on line” las posibilidades para jugar son infinitas. Se puede jugar desde cualquier dispositivo con conexión a internet, las 24 horas del día, los 365 días del año.

De manera presencial se puede jugar en los bares que disponen de máquinas tragaperras o máquinas de apuestas, en los salones de juego y en los casinos.

Perfil de las personas jugadoras y tipos de juego

Las personas encuestadas comentan que el juego está tan extendido y normalizado que no existe un perfil específico de persona jugadora. La conducta del juego está presente en todas las clases sociales,

en cualquier tipo de persona y prácticamente a cualquier edad.

Sí se detectan diferencias, en cuanto al tipo de juego, en función de la edad: “Los más jóvenes apuestas deportivas y máquinas, los más mayores lotería y juegos de azar”.

Perfil de las personas jugadoras en función del género

Entre las personas encuestada existe un consenso en que existen diferencias de género en el juego. Comentan que los hombres juegan más que las mujeres, a excepción del bingo donde la presencia de mujeres es mayoritaria.

Características diferenciales del municipio de Erandio con respecto a otros municipios en los juegos de azar y apuestas. factores de riesgo y de protección.

Existe un desconocimiento generalizado de las personas encuestadas de la situación de Erandio en relación con otros municipios.

Destacan como **factores de riesgo**:

- Falta de oportunidades y de lugares de ocio que no sean bares.
- La publicidad que se realiza de estos juegos y apuestas resaltando la facilidad de ganar.
- Falta de sensibilización a todos los niveles sobre las consecuencias del juego.

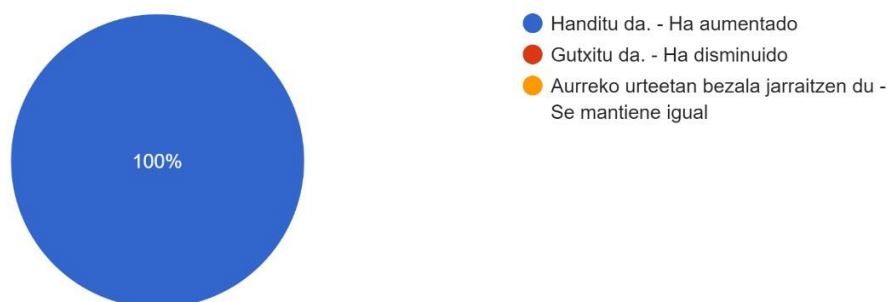
Como **factores de protección**:

- El tener un plan claro con acciones concretas a realizar sobre este tema.

4.3.6.- Las pantallas y las tecnologías. La percepción sobre el uso de las pantallas y las tecnologías.

5.1- Zer pertzepzio duzu pantailen eta teknologien erabilerari buruz? / ¿Qué percepción tienes sobre el uso de las pantallas y las tecnologías?

18 respuestas



El 100% de las personas que ha rellenado el cuestionario tienen la percepción de que ha aumentado el uso de las pantallas y las tecnologías.

Las necesidades detectadas en relación con las pantallas y las tecnologías

- Existe una preocupación entre la población por la normalización y extensión de las pantallas, no solo en menores de edad, sino por parte de toda la sociedad. La pandemia no ha hecho más que amplificar un problema que se venía detectando en años anteriores, aumentado significativamente el tiempo y la diversidad de usos que se hacen de las mismas. Se utilizan las pantallas en todos los ámbitos y espacios, sin concienciación sobre los riesgos ni educación para realizar un uso adecuado.
- La proliferación de las tecnologías para realizar cualquier tipo de gestión deja en una situación de desprotección a la tercera edad. “La implantación de estas tecnologías se ha producido de manera muy rápida y de tener una educación analógica hemos pasado a unos instrumentos digitales en casi todos los ámbitos de nuestra vida”. “Nos preocupa que hay generaciones que todavía tienen comportamientos analógicos en una sociedad que se ha convertido en un mundo digital para el acceso a los servicios tanto públicos como privados”. “Hay una insondable BRECHA DIGITAL teniendo en cuenta la pirámide de edades de nuestro municipio”.

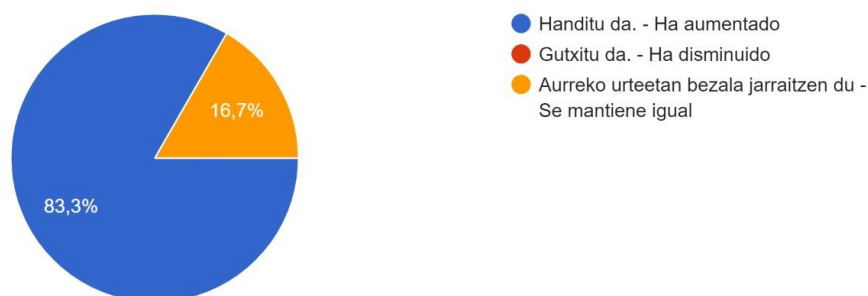
Preocupan las consecuencias que está generando un uso inadecuado o excesivo de las pantallas y tecnologías: problemas de socialización, comunicación interpersonal, aislamiento social y vinculación dependencial. “Se vive pendiente del teléfono y de las pantallas”.

- Existe una falta conocimiento y conciencia de los peligros que puede entrañar el uso excesivo o inadecuado.” “La adicción, el uso abusivo, y la desprotección de la privacidad de las personas más jóvenes” “El ciberbullying, uso incorrecto de redes, acceso a cualquier página, protección de datos, juegos...”
- No existe educación sobre el uso responsable de redes sociales ni en menores ni en personas adultas.
- Se hace necesario un control parental más exhaustivo en menores.
- Preocupa también la falta de concienciación sobre la edad mínima recomendada para el uso de estas aplicaciones tecnológicas.

4.3.7.-Los videojuegos. La percepción en cuanto al uso de los videojuegos

6.1- Zer pertzepzio duzu bideojokoen erabilerari buruz? / ¿Qué percepción tienes sobre el uso de los videojuegos?

18 respuestas



El 83,3% de las personas que han respondido al cuestionario tienen la percepción del consumo de videojuegos ha aumentado, mientras que el 16,7% tiene la percepción de que se mantiene igual.

Dificultades detectadas con relación a los videojuegos

- Se utilizan cada vez a edades más tempranas sin supervisión parental.
- La facilidad de acceso a todo tipo de videojuegos.
- Los contenidos y la violencia de los videojuegos. Los códigos PEGI (edad recomendada para los juegos) se desconocen y no se cumplen.
- Problemas relacionados con su mal uso: problemas relacionados con la privacidad, ciberacoso, sedentarismo, ansiedad, depresión, aislamiento social, relaciones interpersonales únicamente por vías no presenciales.
- La cantidad de tiempo diario que se dedica a jugar.
- La falta de supervisión y control parental.

4.3.8. -El impacto de la pandemia en las adicciones

6.3- Zure ustez, nola eragingo die pandemiak adikzioei? /Como crees que va a impactar la pandemia en las adicciones?

18 respuestas



El 83,3% de las personas que ha respondido al cuestionario tienen la percepción de que la pandemia puede impactar negativamente en el desarrollo de las adicciones. El 11,1% sin embargo, opina que la pandemia no va a generar cambios.

Entre las personas que opinan que la pandemia si va a provocar un agravamiento de las adicciones argumentan lo siguiente:

La pandemia, el confinamiento y las vivencias personales han generado consecuencias en lo emocional, psicológico, económico, y relacional. “Creo que la situación de aislamiento vivida ha agravado problemas emocionales que pueden provocar aumento de adicciones de todo tipo”.

Las consecuencias derivadas de la pandemia han provocado un mayor consumo de ansiolíticos, antidepresivos y otras sustancias, el incremento de uso de redes sociales y en general de pantallas.

“Se ha perdido compartir momentos en el exterior con gente real y ese vacío lo llenamos con satisfacciones rápidas, sin esfuerzos: apuestas, redes sociales, videojuegos...”

“La pandemia lo que está sacando a la luz es la enfermedad mental no diagnosticada”. “El aislamiento y las dificultades de socialización han afectado a las relaciones sociales”.

“Será difícil cambiar hábitos no saludables que se han adquirido durante la pandemia. Habrá que hacer un sobreesfuerzo en dar vida a la calle, salir cada uno de nuestros "ombligos" y comenzar a crear y compartir momentos en colectivo.” “El no poder relacionarte con tus iguales en espacios comunitarios puede provocar que se sustituya esa socialización por el juego”.

4.3.9.- Sugerencias de intervención para la prevención de las adicciones

Una mayor prevención e intervención con población adolescente y joven que ha iniciado los

consumos, pero que todavía no ha desarrollado un problema.

Mayor intervención con las personas más vulnerables, especialmente centrada en la adolescencia. Desarrollar intervenciones preventivas con toda la población.

Prevención en el ámbito educativo y familiar:

- Incentivar la educación en valores y conductas alternativas.
- Potenciar el desarrollo y la autonomía personal.
- Fomentar la integración laboral de las personas jóvenes y el incremento de las oportunidades.
- Fortalecer la labor preventiva en la escuela y la familia.
- Concienciación en centros educativos.
- Intervención con menores y campañas de prevención.
- Charlas de ex-jóvenes a jóvenes contando su experiencia.
- Programas para preparar a las personas jóvenes en cómo gestionar las redes sociales, los videojuegos y los consumos.
- Campañas sistemáticas sobre los perjuicios que suponen la adiciones o el uso no controlado de productos que pueden conducir a ellas.
- Un plan de coeducación en el uso de redes sociales para garantizar un uso responsable, libre de violencia contra las mujeres. En el cuestionario no se habla del consumo pornográfico y también debe abordarse.
- Generar herramientas para que no se utilicen los móviles en los centros educativos.

Prevención en el ocio y espacios festivos:

- Información en fiestas.
- Crear espacios de ocio alternativos y sin consumo. Incrementar las propuestas deportivas y lúdicas y culturales.
- En el terreno de las personas jóvenes acercar a los centros educativos recursos para resolver dudas y recibir apoyo. Por otra parte, facilitarles lugares de reunión y actividades de que sean de su interés, incluso gestionadas por ellos y ellas mismas.
- Promover el voluntariado entre la gente joven.
- Enseñar a las personas mayores el uso del móvil.

Control de la oferta y los espacios de consumo:

- Mayor control de los espacios de venta y consumo de alcohol de menores.
- Mayor control de la oferta y del consumo de drogas.

Prevención selectiva e indicada. Trabajo coordinado y en red.

- Necesidad de una intervención más protocolizada, marcando pasos seguros y fijos en el que

estuviesen implicados todos los agentes que están en contacto con esa persona con problemas de adicción. Intervención bio-psico-social.

- Mayor implicación y coordinación desde los diferentes ámbitos: salud mental, educación, social, familiar.
- Personal o equipos multidisciplinares que atiendan a la persona con problemas de adicción con propuestas y controles para ayudarle en su esfuerzo y que pueda realizar el tránsito con éxito.

4.4.- CONCLUSIONES DE LA VALORACIÓN DEL PLAN ANTERIOR

Llevar a cabo la evaluación de un programa de acción comunitaria es un proceso muy complejo, ya que la plasticidad de la dinámica social hace prácticamente inviables métodos rigurosamente científicos.

Por eso, las evaluaciones realizadas han estado centradas en el proceso (implementación), desde el convencimiento de que un desarrollo adecuado de programas y actuaciones bien fundamentadas contribuirá a la consecución del objetivo final (resultado): reducir los usos problemáticos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción y, en su caso, reducir las consecuencias negativas de esos usos problemáticos.

El III Plan Local de Adicciones de Erandio (2016-2020, prorrogado hasta 2022), que contemplaba 9 objetivos generales, 3 líneas estratégicas y 7 programas, ha sido objeto de evaluaciones periódicas de carácter anual en las que se han recogido:

- La ejecución de los programas y si se han realizado según lo previsto.
- La participación de la población intermediaria y la destinataria de estas.

Analizando estos parámetros en los diferentes ámbitos de intervención obtenemos los resultados siguientes:

ÁMBITO ESCOLAR:

Los programas se han realizado prácticamente como estaba previsto, aunque, claro está, en cada curso escolar se producen o pueden producirse modificaciones, en función de los intereses de los centros y de la evaluación del curso anterior.

Incluso durante el periodo de confinamiento, ante la imposibilidad de realizar actividades presenciales, se han llevado a cabo intervenciones adaptadas en formato digital que han posibilitado continuar nuestras actividades y cumplir las expectativas de alumnado y profesorado.

En definitiva, durante el periodo analizado, se han desarrollado los programas previstos y se ha incrementado el número de actividades.

En cuanto a la participación de los centros educativos, se ha mantenido estable, llegando a todos los centros educativos de secundaria y a un centro de primaria.

En lo que se refiere a la prevención universal:

La cifra de alumnado participante ha permanecido estable en enseñanza primaria y ha aumentado en un 23% en enseñanza secundaria, bachiller y formación profesional básica.

El profesorado ha participado en cursos de formación, aunque no se han organizado todos los años, sin que haya diferencias significativas en el número de asistentes.

En lo referido a la prevención selectiva:

El número de participantes no ha sufrido grandes cambios manteniéndose, entre casos individuales, grupales y grupos socioeducativos, en torno a 80-90 alumnas y alumnos.

En general el desarrollo de la programación escolar es satisfactorio. Existe una gran fidelización de los centros escolares con los programas y las actividades son valoradas muy positivamente, tanto por la población intermediaria como por la destinataria.

ÁMBITO FAMILIAR:

Los programas se han realizado según lo previsto, a excepción de dos encuentros que hubo que suspender por la covid.

En lo que se refiere a la prevención universal:

Seguimos teniendo dificultades para atraer a las familias a sesiones formativas. Aun así, se han organizado encuentros, en centros escolares, relacionados con los programas de prevención que sus hijas e hijos desarrollan en las aulas, habiendo asistido, a cada uno de ellos, una media de 26 personas. No obstante, no hemos conseguido dotar de estabilidad a esta actividad que se organiza en función de los intereses, necesidades y posibilidades de los centros educativos.

El número de madres y padres que acude o llama al servicio de prevención solicitando información o algún tipo de ayuda fluctúa entre 7 y 16, a lo largo de este periodo, sin que se detecte ninguna tendencia al alza o a la baja.

En cuanto a la prevención selectiva:

El número de familias atendidas directa o indirectamente (derivadas a servicios especializados) se mantiene estable o experimenta un ligero aumento.

Se trata de familias que acuden directamente al servicio de prevención (las menos) o enviadas por los centros educativos.

Como valoración global concluimos que debemos explorar, en coordinación con otros servicios, nuevas herramientas para llegar a las familias y que debemos mejorar la coordinación con servicios sociales, ya que no recibimos consultas ni derivaciones.

ÁMBITO COMUNITARIO:

Los programas se han realizado según lo previsto, a excepción del periodo en el que la situación sanitaria nos llevó a suspender algunas actividades.

En lo que se refiere a la prevención universal:

Continuamos llevando a cabo el proyecto de participación comunitaria “Osasun jaia-Haurren eguna” que, a pesar de haber suspendido dos ediciones, se ha podido retomar con un alto grado de implicación de más de 20 asociaciones culturales, deportivas, de tiempo libre y de intervención social del municipio y con la aceptación del colectivo destinatario.

Además, aunque no estaba previsto inicialmente, se ha llevado a cabo una campaña de prevención del juego patológico dirigida a toda la población, aunque más específicamente al público adulto.

En lo referido a la prevención selectiva:

Seguimos implementando el proyecto de prevención del uso abusivo de alcohol en fiestas patronales, que también ha estado interrumpido dos años.

En el año 2022 hemos constatado un descenso muy significativo del número de participantes, que ha sido de 407 personas cuando en años anteriores venía siendo de 630-600 personas. La disminución del número de participantes ha sido más acusada en Alzaga y Astrabudua, pero se ha producido en los tres barrios.

Desconocemos si el hecho de haber interrumpido el proyecto durante dos años ha influido en esta circunstancia, pero estamos replanteando la actividad de cara a verano de 2023.

En cuanto al “protocolo de actuación con menores de edad del municipio en situación de tenencia o consumo de drogas”, seguimos desarrollándolo con los casos que nos deriva nuestra policía local u otras policías locales.

La verdad es que desde que se inició el protocolo (año 2000) hasta la actualidad, llegan muy pocos casos al servicio. Creemos que el problema no reside tanto en el protocolo en sí y pensamos que hay que reforzar la detección de casos y la coordinación interáreas

5. REFLEXIÓN ESTRATÉGICA

La Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias establece el marco para abordar esta materia, velando de forma especial por los y las menores de edad y por los colectivos más vulnerables.

La diversidad y heterogeneidad de agentes e instituciones implicadas en el ámbito de las adicciones ha propiciado la existencia de numerosos planes, estrategias y programas en marcha.

Las iniciativas de las diferentes instituciones, desde el marco europeo hasta lo local, constituyen elementos a considerar y se convierten en la base del Plan Local de Adicciones.

5.1. ESTRATEGIAS Y PLANES DE REFERENCIA

Estrategia de la UE en materia de lucha contra las drogas 2021-2025 aprobada en el Consejo de Europa el 18 de diciembre de 2020, se articula en torno a tres ámbitos de actuación, que contribuirán todos ellos a la consecución de sus objetivos:

- I.) Reducción de la oferta de droga: mejora de la seguridad.
- II.) Reducción de la demanda de droga: servicios de prevención, tratamiento y asistencia.
- III.) Abordar los daños relacionados con las drogas. Asimismo, aborda tres temas transversales en apoyo de los ámbitos de actuación.
- IV.) Cooperación internacional.
- V.) Investigación, innovación y prospectiva.
- VI.) Coordinación, gobernanza y aplicación. En total, la Estrategia comprende once prioridades estratégicas.

En el ámbito de actuación de la reducción de la demanda de drogas, establece como objetivo perseguir mediante una serie de medidas de igual importancia, que se refuerzan mutuamente, la prevención (ambiental, universal, selectiva e indicada), la detección e intervención temprana, la orientación, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social y el restablecimiento.

En el ámbito de la reducción de la demanda de drogas, el objetivo de la Estrategia es contribuir al desarrollo sano y seguro de niños y jóvenes y a una reducción del consumo de drogas ilegales.

También tiene como finalidad posponer la edad de inicio del consumo, prevenir y reducir el problema del consumo de drogas, tratar la dependencia de las drogas, prever la recuperación y reintegración social mediante un planteamiento integrado, multidisciplinar y empíricamente contrastado, así como a través del fomento y el mantenimiento de la coherencia entre la política social, de sanidad y de justicia.

Estrategia nacional sobre adicciones: 2017-2024 dentro del área de prevención y reducción del riesgo plantea como objetivos estratégicos:

- Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción. Limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
- Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito.
- Reducir la injustificada percepción en la sociedad, especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
- Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.
- Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
- Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos...).

La estrategia de atención sociosanitaria de Euskadi 2021-2024, el apartado de salud pública prioriza como objetivo LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DESARROLLO DE LA SALUD COMUNITARIA con el fin de que todas las personas tomen las decisiones más favorables para su salud, y para contribuir a generar entornos y comunidades saludables.

Plan de Salud (Políticas de Salud para Euskadi 2013 – 2020). Considera que la salud es uno de los valores más apreciados por todas las personas; de hecho, es lo que nos permite dedicarnos a nuestros propósitos y objetivos de vida con todas nuestras energías y desarrollar nuestras potencialidades con éxito. Del mismo modo, su ausencia nos limita y reduce nuestras capacidades de ser y estar plenamente activos. El plan es sensible al interés y evidencias crecientes sobre los determinantes sociales de la salud. Y marca dentro de su cuarta área prioritaria la SALUD INFANTIL Y JUVENIL como foco de atención y, en concreto, persigue mejorarlos hábitos saludables en la juventud y disminuir las conductas de riesgo.

El VII plan de adicciones de la CAE 2017-2021 tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud, también llamados “causas de las causas” que intervienen “aguas arriba” y tienen un gran impacto en el nivel de salud poblacional y en el control de las personas sobre sus vidas. Por ello, plantea actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, no sólo basándose en medidas de atención individual, sino también en actuaciones orientadas a crear entornos saludables y a influir en factores más estructurales de orden social, económico y político.



El VII Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco se estructura en cinco ejes de actuación, tres de ellos en relación con la educación y prevención, la reducción y control de oferta y la asistencia e inserción, y otros dos más transversales relacionados con la coordinación institucional y el desarrollo y gestión del conocimiento en este ámbito.

Estrategias y programas enmarcados en las políticas de salud para Euskadi (2013-2020) y el VII Plan de adicciones de la CAE:

- **La Estrategia Euskadi Libre de Humo de Tabaco**, basada en la estrategia MPOWER de la OMS y diseñada para reducir la prevalencia del consumo de tabaco; su objetivo se centra en el fortalecimiento del sistema sanitario de Euskadi para que, entre sus actuaciones de promoción y prevención de la salud, incida en la prevención del tabaquismo y en la ayuda a la persona fumadora para el abandono del tabaco.
- **El Programa Menores y Alcohol**, que, entre otros, establece como objetivos intensificar la acción institucional ante el consumo de alcohol por parte de las personas menores de edad, disminuir la cifra de menores que comienzan a consumir alcohol y retrasar la edad de inicio; reducir los consumos excesivos y de riesgo; incrementar la participación de los y las jóvenes en políticas relacionadas con su salud; y evitar las actividades de promoción, patrocinio y disponibilidad del alcohol en gente joven.

Otros planes de referencia:

- **Plan de acción para el fomento del juego responsable y la prevención del juego problemático en Euskadi**, en el EJE 2 propone informar y sensibilizar a la población.
- **IV Plan Joven de Euskadi 2018-2021**, en el EJE 2 sobre bienestar y vida saludable propone prevenir comportamientos de riesgo y/o adicción con y sin sustancia en la juventud.
- **El VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV**, en el eje 1: promover el cuidado y el autocuidado y la salud de las mujeres en todas las edades.

5.2. ALINEACIÓN CON OTROS PLANES MUNICIPALES DE ERANDIO

El plan local de adicciones se alinea y se compromete a desarrollar los objetivos y las acciones previstas en los siguientes planes locales del municipio de Erandio:

IV PLAN PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES DE ERANDIO 2022-2025.

El plan de adicciones municipal se alinea con los siguientes objetivos y programas del plan de igualdad en los siguientes apartados:

PROGRAMA 2. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LA IGUALDAD

Objetivo 2.2. Necesidad de que el personal que trabaje en adicciones tenga formación y capacitación en materia de igualdad.

Objetivo 2.3. Integrar la perspectiva de género en la gestión de la formación y los programas y proyectos del servicio de adicciones.

PROGRAMA 3: ENFORQUE DE GENERO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

Objetivo 3.1. Producir y gestionar la información y la comunicación interna y externa de un modo inclusivo.

Objetivo 3.2. Realizar la recogida de datos, el análisis y la elaboración de estudios y estadísticas integrando la perspectiva de género.

Objetivo 3.3. Incluir cláusulas de género en los contratos, convenios y subvenciones.

PROGRAMA 4: PARTICIPACIÓN E INCIDENCIA

Objetivo 4.2. Garantizar la representación paritaria en aquellos espacios donde haya representación institucional municipal.

PLAN DE JUVENTUD DE ERANDIO.

Desde el plan de adicciones se colaborará en el desarrollo del área IV. De salud y acción social que propone como líneas de intervención:

4.1. Promover estilos de vida y conductas saludables entre las personas jóvenes.

4.2. Fomentar la coordinación de las intervenciones para la salud de las personas jóvenes.

4.3. Prevención e intervención social sobre la marginalización de las personas jóvenes.

4.4. Intensificar la persecución del consumo de drogas.

PLAN ESTRATÉGICO ERANDIO KIROLAK 2021-2025

En plan de adicciones colaborará en el desarrollo de la siguiente línea:

5.1 de la promoción de la actividad

Facilitar y extender la práctica de la actividad física y deportiva con el objeto de promover la salud y hábitos saludables dirigidos a todos los colectivos de la ciudadanía sin exclusión alguna. Colaborar en los programas orientados a evitar el abandono de la práctica deportiva por las adolescentes.

PLAN DE EUSKARA 2018-2022

El plan de adicciones se compromete a desarrollar las siguientes acciones establecidas en el plan de euskara:

1. Garantizar el euskera como lengua de servicio.
2. Lengua de trabajo: “Vivir en euskera”
- 2.4.3. Analizar las contrataciones: exigir a los proveedores un servicio en euskera.

5.3. PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN LOCAL DE ADICCIONES

La ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, siempre desde el enfoque de salud pública y el paradigma de salud en todas las políticas, en virtud del cual se impulsa la búsqueda de sinergias entre distintos sectores, niveles de administración y agentes sociales, recoge los siguientes principios rectores:

- a) El principio de responsabilidad pública, coordinación institucional y corresponsabilidad social ha de impregnar las intervenciones sectoriales necesarias para abordar la prevención, asistencia e inclusión en esta materia.
- b) Intersectorialidad, cooperación y coordinación de todas y todos los agentes que intervienen en la atención a las adicciones.
- c) Interdisciplinariedad de las intervenciones, con el fin de garantizar el carácter integral de la atención prestada.
- d) Promoción activa de una cultura de la salud que fomente hábitos de vida saludables y que incluya la modificación de actitudes y comportamientos de la sociedad hacia las adicciones.
- e) Equidad en la salud, promoviendo el derecho de todas las personas a disfrutar de igualdad de oportunidades en función de su necesidad para desarrollar y mantener su salud a través de un acceso igualitario a los servicios, sin que exista discriminación alguna.
- f) Perspectiva de género, como enfoque particular de la equidad, que busca eliminar las desventajas o desigualdades existentes entre hombres y mujeres.

- g) Consideración especial de la infancia y de la adolescencia con intervenciones específicas, en especial, en el ámbito educativo y familiar.
- h) Incorporación del enfoque preventivo en todas las prestaciones, servicios, programas y actividades, de forma que se actúe, en la medida de lo posible, antes de que afloren o se agraven los daños de las adicciones.
- i) Participación, colaboración y corresponsabilidad ciudadana en la planificación, formulación, desarrollo y seguimiento de los programas y actuaciones en el ámbito de las adicciones.
- j) Fomento, participación, colaboración y apoyo a las asociaciones, las fundaciones o cualquier otra entidad, sin ánimo de lucro, de autoayuda en materia de adicciones y drogodependencias.
- k) Efectividad, eficiencia y evaluación continua de los resultados de las actuaciones y programas que se desarrollen en esta materia.
- l) Calidad de los servicios y prestaciones.

5.4. LÍNEAS PRIORITARIAS Y ESTRATÉGICAS DEL PLAN LOCAL DE ADICCIONES

Atendiendo a los EJES DE ACTUACIÓN, los PRINCIPIOS RECTORES y los valores del *VII Plan de Adicciones de la CAE*, junto al ANÁLISIS Y VALORACIÓN de la situación de las adicciones en Erandio, se establecen las siguientes líneas estratégicas y prioritarias de intervención:

1. Impulsar la desnormalización de las sustancias y conductas socialmente más arraigadas, especialmente el tabaco y el alcohol, pero también el cannabis y el juego, entre otras.
2. Enfocar los esfuerzos en la promoción de la salud, la prevención de las adicciones y la educación para el consumo responsable y los hábitos de vida saludables en la ciudadanía, velando especialmente por la protección de los colectivos más vulnerables.
3. Proteger a los grupos más vulnerables, infancia, adolescencia y juventud, con programas educativos y preventivos adaptados a su momento evolutivo; y a las familias y al profesorado como agentes educativos de especial significación.
4. Contribuir a reforzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo en la infancia, adolescencia, juventud y las familias con programas preventivos en el ámbito escolar, familiar y comunitario.
5. Atender a las necesidades formativas e informativas de las familias y de la ciudadanía como agentes prioritarios en la prevención y la educación.
6. Desarrollar programas e intervenciones adaptadas a los diferentes grupos de población y sus necesidades con intervenciones individualizadas y colectivas de carácter universal, selectivo e indicado.
7. Desarrollar programas que atiendan las adicciones de manera global, desde los consumos de drogas al juego, pasando por las conductas excesivas relacionadas con los videojuegos y las

tecnologías que pueden generar adicciones comportamentales.

8. Favorecer la detección precoz y temprana de personas jóvenes con conductas o factores de riesgo que tengan más probabilidad de desarrollar una adicción, implementando estrategias e intervenciones selectivas e indicadas.
9. Facilitar un servicio de información, asesoramiento y orientación a la ciudadanía sobre las adicciones.
10. Desarrollar el control de venta, acceso, consumo, publicidad y promoción de las actividades realizadas en torno a las drogas legales (consumo de alcohol en la vía pública), los juegos de azar y apuestas con dinero, así como a las drogas ilegales, poniendo especial énfasis en los y las menores de edad atendiendo al marco competencial, regulador y sancionador de las leyes y normativas correspondientes.
11. Dar respuesta a las nuevas realidades sociales y a los nuevos patrones de consumo.
12. Implementar intervenciones adaptadas al contexto municipal, con el trabajo coordinado y en red con otros sistemas a nivel local y supramunicipal.
13. Realizar programas e intervenciones evaluadas y contrastadas de manera continua.
14. Incluir la perspectiva de género, la diversidad y la realidad multicultural de manera transversal y en todas las acciones.

5.5. ESPACIOS Y COLECTIVOS PRIORITARIOS DE INTERVENCIÓN

El plan pretende abordar las adicciones de manera global e integral, *priorizando la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en toda la población erandioztarra, atendiendo especialmente a los colectivos más vulnerable: infancia, adolescencia y juventud, con programas preventivos de carácter universal, selectivo e indicado*, en el ámbito escolar, familiar, comunitario, de ocio y festivo. Así mismo, se desarrollan estrategias de control de la oferta, para disminuir la presencia de drogas y garantizar el cumplimiento de la normativa y legalidad vigente en esta materia.

A continuación, se detallan los **COLECTIVOS DIANA** y los **ESPACIOS Y ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN**:

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN	COLECTIVOS	ESPACIOS
ÁMBITO ESCOLAR	Alumnado de centros educativos del municipio. Personal docente, equipos directivos y equipos de orientación.	Centros educativos públicos y concertados del municipio.

ÁMBITO FAMILIAR	Familias AMPAs	Espacios comunitarios Servicio de asesoramiento y orientación en adicciones
ÁMBITO COMUNITARIO	Adolescentes y Jóvenes Familias Agentes sociales y comunitarios Ciudadanía	Espacios comunitarios Servicio de asesoramiento y orientación en adicciones
ÁMBITO DE OCIO Y FESTIVO	Ciudadanía Adolescentes y Jóvenes	Espacio festivo

6. PLANIFICACIÓN OPERATIVA DEL PLAN

El Plan de Adicciones se configura como un instrumento de planificación y ordenación de las estrategias e intervenciones que se desarrollarán en el municipio, en materia de adicciones, en el periodo 2023-2027, basadas en el análisis de la realidad municipal y en los planes y estrategias establecidas por la Comunidad Autónoma Vasca.

La complejidad del fenómeno de las adicciones implica necesariamente un abordaje integral con acciones y estrategias de prevención y promoción de la salud, pero también de reducción de la oferta, dentro del marco competencial municipal. Es por ello, que este plan recoge, desde esa visión transversal e integral de las adicciones, las acciones de diferentes áreas municipales que impacten y contribuyan al desarrollo de los objetivos del plan.

El enfoque global en las adicciones supone ampliar el marco de intervención específico, tradicionalmente centrado en las drogodependencias, a las adicciones sin sustancia, siendo sus máximos exponentes las tecnologías, los videojuegos, los juegos en línea, los juegos de azar y las apuestas.

El plan plantea nuevas acciones que respondan a las necesidades actuales, pero también tiene un carácter continuista de las intervenciones, desde el punto de vista de que se incorporan intervenciones consolidadas y validadas en el plan anterior. No obstante, el plan operativo debe de ser una guía lo suficientemente flexible para dar respuesta a nuevas necesidades y retos futuros en un contexto cada vez más cambiante.

Será el servicio de prevención de las adicciones de Erandio el que tenga la misión de liderar, coordinar, supervisar y evaluar el plan en todos sus términos y el desarrollo específico del eje 1 con acciones que promuevan la salud y la prevención de las adicciones en la comunidad, especialmente entre los colectivos más vulnerables, partiendo de un enfoque global y comunitario, en el que es imprescindible el engranaje y la participación de las diferentes áreas municipales, las entidades del tercer sector y miembros de la comunidad.

El Plan de adicciones de Erandio se estructura y ordena tomando como base cuatro de los cinco ejes que del VII plan de adicciones de la CAE. **El eje 3 que hace referencia a la asistencia sanitaria y sociosanitaria** es de competencia autonómica y no municipal, por lo que **no se contempla como eje operativo dentro del plan de adicciones de Erandio**.

El plan local se estructura en estos 4 ejes de intervención y contempla 14 objetivos y 38 acciones para desarrollar en el periodo 2023-2027.

EJE 1: PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

EJE2: REDUCCIÓN DE LA OFERTA

EJE4: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN

EJE 5: LIDERAZGO Y COORDINACIÓN

EJES	OBJETIVOS	N.º DE ACCIONES PREVISTAS
EJE1: PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo biopsicosocial de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando la coordinación y el trabajo en red entre diferentes agentes de la comunidad. 1.2. Potenciar los factores de protección y reducir comportamientos de riesgo, a través del proceso educativo que se produce en el medio escolar. 1.3. Potenciar la detección precoz y temprana de personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad de desarrollar una adicción en el medio escolar. 1.4. Potenciar los factores de protección y reducir comportamientos de riesgo, a través del proceso educativo que se produce en el medio familiar. 1.5. Potenciar los factores de protección y reducir comportamientos de riesgo, a través del proceso educativo que se produce en el medio comunitario. 1.6. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones en espacio de ocio y festivo. 1.7. Desarrollar acciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.	21
EJE2: REDUCCIÓN DE LA OFERTA	2.1. Controlar las actividades relacionadas con la promoción, publicidad, venta, suministro y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias legales que pueden causar adicción, dentro de la normativa vigente y competencias municipales, haciendo especial énfasis en las personas menores de edad. 2.2. Controlar el comercio de drogas ilegales y reducir su oferta y presencia dentro del marco competencial y legal. 2.3. Controlar el acceso de menores a los locales de juego del municipio dentro de marco competencial y legal.	9

EJE 4: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN	4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones a nivel local. 4.2. Evaluación continua de los programas y las acciones del plan.	3
EJE 5: LIDERAZGO Y COORDINACIÓN	5.1. Difundir, aplicar y desarrollar las intervenciones del plan. 5.2. Establecer el liderazgo, la coordinación y el apoyo mutuo entre diferentes instancias públicas y privadas implicadas en el ámbito de las adicciones aprovechando las sinergias.	3

PLAN OPERATIVO DE INTERVENCIÓN ATENDIENDO A LOS EJES DEL VII PLAN DE ADICCIONES DE LA CAE

EJE1: PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Objetivo general: Impulsar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en el municipio, desarrollando competencias en la ciudadanía, especialmente en los y las menores de edad, para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, así como crear entornos que faciliten las opciones saludables.

Objetivos específicos	Acciones	Indicadores de evaluación
	<u>Acciones en el ámbito escolar</u>	
1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo biopsicosocial de las Adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando la coordinación y el trabajo en red entre diferentes agentes comunitarios. 1.2 Potenciar los factores de protección y reducir comportamientos de riesgo, a través del proceso educativo que se produce en el medio escolar.	1. Información, asesoramiento, formación al profesorado de los centros educativos para el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones. 2. Asesoramiento en contenidos y materiales didácticos. 3. Talleres sobre el buen uso de pantallas, redes sociales, videojuegos y nuevas tecnologías en primaria y secundaria. 4. Talleres de prevención de adicciones con el alumnado de secundaria. 5. Talleres de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol, "Riesgo alcohol". 6. Talleres de reducción de riesgos asociados al	• N.º de programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones desarrollados. • N.º Alumnas y alumnos que ha participado en programas preventivos, diferenciados por sexo. • N.º de agentes educativos que intervienen en programas preventivos según sexo. • Nivel de satisfacción global con los programas desarrollados.

	consumo de alcohol y otras drogas, - "Riesgo drogas".	
Objetivos específicos	Acciones	Indicadores de evaluación
	7. Programa de Prevención de adicciones a través del cine. "Adikzio aurretik". 8. Desarrollo de acciones que posibiliten la adquisición de una actitud crítica y reflexiva frente a las adicciones. 9. Desarrollo de acciones de reducción de riesgos relacionados con los juegos de azar y las apuestas.	
1.3. Potenciar la detección precoz y temprana de personas y colectivos en situación de vulnerabilidad o especial riesgo de desarrollar una adicción en el espacio de centro escolar. (Prevención selectiva e indicada)	10. Asesoramiento y valoración de casos de alumnado con comportamientos de riesgo relacionados con las adicciones con y sin sustancia dentro del marco escolar. 11. Grupos socioeducativos dirigidos a adolescentes y jóvenes con factores de riesgo de desarrollar una adicción en espacio de centro educativo.	• N.º de casos de riesgo detectados. • Perfil de los casos detectados en el centro educativo. • N.º de casos derivados. • Índice de mejoría del caso. • N.º de reuniones de coordinación y seguimiento. • Índice de satisfacción general de las personas implicadas.
1.4. Potenciar los factores de protección y reducir comportamientos de riesgo, a través del proceso educativo que se produce en el medio familiar.	<u>Acciones en el ámbito familiar</u> 12. Desarrollo de encuentros formativos y de sensibilización con las familias para el desarrollo de su papel como agentes preventivos.	• N.º de acciones desarrolladas en el ámbito familiar. • N.º de personas participantes diferenciadas por sexo. • N.º de familias atendidas en el servicio.

	13. Servicio de información y asesoramiento familiar.	Índice de satisfacción.
--	--	---

Objetivos específicos	Acciones	Indicadores de evaluación
1.5 Potenciar los factores de protección y reducir comportamientos de riesgo, a través del proceso educativo que se produce en el medio comunitario.	<u>Acciones en el ámbito comunitario</u> 14. Servicio de Información y asesoramiento a la ciudadanía. 15. Proyecto de participación comunitaria: “Osasun jaia haurren eguna” 16. Desarrollo de acciones de sensibilización, concienciación y reducción de riesgos a través de campañas comunitarias	• N.º de acciones desarrolladas en el ámbito comunitario. • N.º de personas participantes diferenciadas por sexo. • Índice de satisfacción.
1.6. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones en espacio de ocio y festivo.	17. "Proyecto de prevención del uso abusivo de alcohol en fiestas": 18. Desarrollo de campañas de información y sensibilización formación dirigidas a hostelería.	• N.º de intervenciones de información y reducción de riesgos realizados en espacio festivo. • N.º de personas que han participado diferenciadas por sexo. • Nivel de alcance de las campañas.
1.7. Desarrollar acciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.	19. Desarrollo de campañas o iniciativas dirigidas a aumentar la percepción de riesgo del consumo de drogas, especialmente, las socialmente mejor aceptadas (tabaco, alcohol, cannabis y psicofármacos). 20. Asesoramiento a las diferentes áreas del Ayuntamiento en la NO promoción de conductas relacionadas con el consumo de alcohol u otras prácticas susceptibles de desarrollar una adicción. 21. Difusión y gestión de las iniciativas promovidas por las administraciones públicas vascas.	• N.º de intervenciones desarrolladas. • Nivel de alcance de las acciones
Áreas colaboradoras		

• Alcaldía • Área de servicios sociales	• Área de cultura • Área de juventud • Área de salud pública y consumo.	• Área de euskera • Área de deportes • Área de igualdad •	• Oficina técnica de comercio • Entidades del tercer sector • Entidades sociales y comunitarias
--	---	---	---

EJE2: REDUCCIÓN 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 y en el marco de las competencias municipales.

Objetivos específicos	Acciones	Sistemas e indicadores de evaluación
2.1. Controlar las actividades relacionadas con la promoción, publicidad, venta, suministro y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias legales que pueden causar adicción, dentro de la normativa vigente y competencias municipales, haciendo especial énfasis en las personas menores de edad.	22. Sensibilización e información sobre el cumplimiento de la normativa vigente a la hostelería, a empresas organizadoras de eventos y puntos de consumo en el municipio. 23. Control, registro e intervención en la venta, suministro, publicidad y promoción de las sustancias legales dirigidas a menores de edad. 24. Control del consumo de alcohol en la vía pública realizado por personas menores de edad. 25. Revisión del Protocolo de actuación con menores de edad del municipio en situación de tenencia o consumo de drogas.	• N.º de acciones realizadas. • N.º de incidencias registradas relacionadas con el cumplimiento de la normativa.

Objetivos específicos	Acciones	Sistemas e indicadores de evaluación
2.2. Controlar el comercio de drogas ilegales y reducir su oferta y presencia dentro del marco competencial y legal.	26. Control del comercio ilegal en el municipio. 27. Control del consumo de drogas ilegales, especialmente las realizadas por menores de edad. 28. Medidas alternativas a la sanción administrativa por consumo o tenencia de drogas en menores de edad, tal y como se regula en las correspondientes leyes y decretos.	• N.º de incidencias registradas. • N.º de sanciones registradas. • Perfil de las personas sancionadas por sexo y edad. • N.º de casos atendidos con alternativas a la sanción según sexo y edad.
2.3. Controlar el acceso de menores a los locales de juego del municipio dentro de marco competencial y legal.	29. Sensibilización e información sobre el cumplimiento de la normativa vigente a la hostería, a empresas de juego y a las comisiones de fiestas. 30. Control del acceso a los lugares de juego de menores de edad.	• N.º de acciones realizadas. • N.º de incidencias registradas.
Áreas colaboradoras		

- Alcaldía
- Policía local
- Ertzaintza
- Oficina Técnica de Comercio

EJE 4: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Objetivo general: Avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones desde lo local, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteadas en este ámbito.

Objetivos específicos	Acciones	Sistemas e indicadores de evaluación
4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones a nivel local.	31. Asesoramiento, información y formación a personal técnico del Ayuntamiento e intervinientes en la comunidad en materia de adicciones y perspectiva de género. 32. Colaboración en estudios e investigaciones que promuevan el conocimiento en adicciones.	• N.º de acciones desarrolladas. • N.º de personas que ha participado. • Índice de satisfacción general con las sesiones formativas. • N.º de estudios o análisis en los que se ha participado. • N.º de coordinaciones establecidas para impulsar el conocimiento de las adicciones en el municipio. • N.º de agentes que han participado en la coordinación.

4.2. Evaluación de los programas y las acciones.	33. Diseño de herramientas y sistemas de evaluación continua de los programas y acciones teniendo en cuenta la perspectiva de género.	• Indicadores de evaluación de cada uno de los programas. • Análisis de los datos teniendo en cuenta la perspectiva de género. • Valoración global del tratamiento de la perspectiva de género.
Áreas colaboradoras		
• Alcaldía • Todas las áreas ayuntamiento	• Entidades sociales y comunitarias	• Entidades del tercer sector

EJE 5: LIDERAZGO Y COORDINACIÓN		
Objetivo general: Seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente en el ámbito de las adicciones.		
Objetivos específicos	Acciones	Sistemas e indicadores de evaluación
5.1. Difundir, aplicar y desarrollar las intervenciones del plan.	34. Dar a conocer, comunicar y compartir con las personas implicadas los objetivos y líneas generales del plan.	- N.º de comunicaciones, reuniones para explicar, realizar seguimiento y evaluación del plan local. - N.º de participantes.
5.2. Establecer el liderazgo, la coordinación y el apoyo mutuo entre las personas implicadas en el ámbito de las adicciones aprovechando las sinergias.	35. Diseño de una red de trabajo compartido y coordinado para la realización del trabajo comunitario. 36. Dotación y gestión de presupuesto anual para las intervenciones del plan. 37. Solicitud y gestión de las subvenciones para el desarrollo de programas en materia de adicciones. 38. Comunicación y coordinación con la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno y con otras administraciones públicas que impacten en el plan local de adicciones.	- N.º de reuniones de coordinación y trabajo en red. - Presupuesto anual de inversión en el plan local. - Evolución de la cantidad presupuestaria concedida por la dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco. - N.º de reuniones de coordinación con la dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco.
Áreas colaboradoras		
- Alcaldía - Todas las áreas de ayuntamiento	Entidades sociales y comunitarias	Entidades del tercer sector

7.- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN LOCAL

Se llevarán a cabo dos tipos de evaluación, una evaluación continua y otra final, cada una con características y objetivos diferentes.

La evaluación continua, medirá el proceso de ejecución de los objetivos y acciones contempladas en el Plan. Los datos se recogerán a través de indicadores de proceso que se plasmarán en las correspondientes memorias e informes anuales de los programas. Esta evaluación posibilitará la recogida de información cualitativa que contribuirá a la incorporación de ajustes y mejoras para optimizar cada uno de los programas.

La evaluación final del plan, por el contrario, se realizará una vez alcanzado el horizonte de este, y servirá como base para el desarrollo del siguiente plan local. La evaluación final proporcionará información sobre el grado de consecución de los objetivos marcados en cada uno de los ejes de intervención y los programas y acciones a desarrollar durante el periodo de ejecución del plan y, por último, determinará el diseño del nuevo plan.

Por tanto, todos los ejes, objetivos y acciones del plan están orientados a lograr en los próximos años una mejora y actualización de los programas respecto al marco de intervención actual.

7.1.- SISTEMA DE INDICADORES DE EVALUACIÓN

El seguimiento y la evaluación de cada una de las acciones del Plan se realizará a través de un conjunto de indicadores que determinaran si se ha logrado el objetivo planteado con la acción ejecutada. Se utilizarán indicadores de resultado (IR) e indicadores de proceso (IP) detallados en la propuesta operativa del plan.

Los Indicadores de resultado son aquellos que al comparar objetivo y la actividad realizada arrojan un resultado que puede ser positivo (resultado alcanzado), negativo (resultado no alcanzado) o parcial (resultado parcialmente alcanzado). Los Indicadores de proceso son aquellos que aportan información sobre cómo se está llevando la intervención y si sigue el rumbo correcto en el desarrollo de la actuación.

7.2.- SEGUIMIENTO: PLANES OPERATIVOS ANUALES (POA)

Para concretar las acciones realizadas cada año y realizar una evaluación continua, se diseñará un Programa Operativo Anual (POA) en el que se establezcan las acciones con los correspondientes indicadores a desempeñar.

Se realizarán informes y memorias que aporten información sobre la evaluación anual de las acciones del plan.

Una vez terminado el periodo vigente del plan, se realizará una evaluación final en el que se valorará la idoneidad del Plan para alcanzar los objetivos planteados e instaurar las bases necesarias para la elaboración del siguiente.