

III PLAN DE PREVENCIÓN: **DROGAS Y ADICCIONES**

2018 - 2023

El III Plan de prevención: Drogas y Adicciones ha sido elaborado de forma participativa por la estructura del Plan perteneciente a la Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

Autoría

Fermín Castiella Lafuente
Juan Cava Maldonado
Margarita Echauri Ozcoidi
Raquel González Eransus
Joseba Huarte Guerra
Marivi Mateo García
Concha Sancha Orduña

Colaboración

Sonia Domínguez Pascual
Nerea Egüés Olazabal
Rosa Múgica Martínez

Proceso participativo

Profesionales y madres y padres que respondieron al cuestionario online.
Entidades sociales y profesionales que participaron en los grupos triangulares y entrevistas.
Profesionales y asociaciones participantes en IX Foro salud: Prevención de Adicciones.
Direcciones de Atención Primaria, Salud Mental y Salud Laboral.
Direcciones de los Departamentos de Derechos Sociales, Educación, Interior y Cultura, Deporte y Juventud.
Participantes en Sesión con profesionales y asociaciones implicadas.
Consejo Interdepartamental de Salud en su reunión del 12/11/2018.
Aportaciones en portal de Gobierno Abierto.

Agradecimiento:

A las y los profesionales de los planes municipales, servicios sociales de base y otros servicios municipales, centros educativos, APYMAS, entidades sociales y profesionales, centros de salud y ciudadanía que con su mirada y su experiencia en promoción de la salud y prevención de drogas y adicciones tanto han aportado a este Plan.
A Jesús Domínguez, jubilado, que nos dejó sus acciones y reflexiones para la elaboración de este Plan.
A la Dirección del Instituto de Salud Pública y Laboral y del Departamento de Salud por su implicación y apoyo.

Edita y financia

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

Imprime

Ziur Navarra

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN pag. 2

2. SITUACIÓN en NAVARRA pag. 5

2.1. Evolución de los consumos y conductas adictivas. pag. 6

2.2. Problemas asociados a los consumos y comportamientos adictivos. pag. 13

2.3. Evolución del contexto socioeconómico y cultural. pag. 15

2.4. Contextos de vulnerabilidad para menores y jóvenes. pag. 16

2.5. Evaluación del II Plan Foral de drogodependencias. DAFO. pag. 16

3. MARCO LEGAL pag. 23

4. MISIÓN, VISIÓN y VALORES pag. 26

5. OBJETIVOS GENERALES pag. 29

6. ÁREAS de ACTUACIÓN pag. 30

6.1. Gobernanza, liderazgo y coordinación. pag. 31

6.2. Prevención y promoción de la salud. pag. 34

6.3. Socialización del conocimiento, formación e investigación. pag. 41

7. EVALUACIÓN y ESCENARIO ECONÓMICO pag. 44

1. INTRODUCCIÓN

Este III Plan intenta recoger las experiencias con resultados positivos de los Planes anteriores, adaptarse a los cambios comportamentales y de contextos e incorporar las aportaciones y propuestas del proceso participativo, todo ello en los distintos marcos referenciales.



No empieza de cero

En realidad es la IV propuesta organizada de actuación del Gobierno de Navarra, haciendo un poco de historia, se empezó en 1986 con el **Plan de Alcoholismo y Toxicomanías (PAT)** en paralelo con el nacimiento del Plan Nacional sobre Drogas (PND) y enmarcándose en el Plan de Salud Mental de nuestra comunidad. El momento requería organizar la asistencia y atención a personas dependientes de opiáceos, que en realidad eran personas politoxicómanas, y reforzar también las acciones de prevención y rehabilitación en toxicomanías.

El I Plan Foral de Drogodependencias (PFD) 1993 - 2011 ponía el acento en las acciones de prevención a través del Programa de Intervención sobre la demanda centrándose en la implementación de subprogramas de información y prevención: comunitaria, en poblaciones de riesgo, en el medio escolar y en el medio laboral. Supuso además un cambio conceptual considerable. Dejó de pertenecer a la estructura asistencial, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) para depender directamente de la Dirección General de Salud. El encargo que se hizo en ese momento era poner especial interés en desarrollar programas de prevención en estructuras cercanas a la ciudadanía.

El II PFD 2012 - 2017 se desliga totalmente de la responsabilidad asistencial y se integra en la correspondiente a promoción de salud. No solo ha ido desarrollando estrategias preventivas y de promoción de salud con las acciones del propio plan sino que también ha ido integrando a sus profesionales en dichas estructuras administrativas para facilitar y potenciar su trabajo.

III Plan 2018 - 2023 tiene el reto de adaptarse a los cambios e integrarse del todo en las estrategias de promoción de la salud y salud en todas las políticas y coordinarse con quienes trabajan con los mismos grupos de población otros temas.

Por tratarse de un plan centrado únicamente en la promoción de salud y prevención de las consecuencias derivadas de consumos de drogas y otras conductas con capacidad adictivas **no se va a hacer referencia a la atención de las personas que ya presentan problemas** ya que ello se integra en la III Estrategia de Salud Mental que es la estructura asistencial del sistema de salud. Existirá coordinación entre ambas estructuras para que la división de competencias no afecte a las personas que presenten problemas.

Adaptarse a los cambios

El fenómeno de las drogas y adicciones es un fenómeno social, complejo y multifactorial que implica a toda la sociedad y está en permanente evolución.

Este III Plan incorpora al tabaco (antes Plan Foral de prevención del tabaquismo), mantiene la inclusión de las otras sustancias (alcohol, cannabis...) y los cambios que las personas desarrollan en las relaciones con ellas, añadiendo una especial atención al uso de psicofármacos, especialmente en mujeres.

Añade nuevos retos relacionados con las nuevas tecnologías de la comunicación que permiten formas de relación más adictivas e incorpora las consecuencias que se derivan del juego en todas sus variantes tras el crecimiento de las posibilidades abiertas para las apuestas y los videojuegos. El desarrollo del juego en espacios específicos para ello y a través de la red se va incrementando día tras día. La publicidad que hacen del mismo es atractiva y se corresponde con una sociedad de consumo como la nuestra.

Aunque para muchas personas las relaciones con las sustancias o pantallas no van a suponer situaciones problemáticas, para algunas de ellas, especialmente en aquellas que acumulan más factores de riesgo y menos de protección, las consecuencias negativas son más probables.

Seguiremos empleando las cuatro estrategias de prevención: Prevención Ambiental, Universal, Selectiva e Indicada; en todos los grupos de población mediante la prevención universal, identificando a personas vulnerables y con factores de riesgo para desarrollar estrategia de prevención selectiva y a aquellas que ya presentan problema para trabajar desde la prevención indicada. La prevención ambiental es prioritaria en este Plan en cuanto persigue reducir la tolerancia social a los consumos excesivos.

Los datos que nos ofrece el sistema de atención a personas que ya presentan problemas no son un instrumento sensible para detectar cambios en la forma de relacionarse con las sustancias y de comportarse con el juego. No obstante nos puede aportar información sobre qué sustancia o sustancias y conductas están más integradas y qué sustancias tienen mayor presencia.

Otras cuestiones que no pueden faltar y sobre las que hay que estar vigilantes en el Plan son las adicciones más ocultas y estigmatizadas que se conocen menos pero se dejan entrever en otras comunidades y en las encuestas o estudios. Fenómenos como la adicción en las mujeres, la agresión sexual “oportunist” o “proactiva” facilitada por las drogas¹, el binomio drogas y sexo (ChemSex, Slamming), los fármacos opioides, los consumos de drogas en prisión, el policonsumo en menores y adolescentes, el consumo de fármacos al margen de su uso terapéutico, etc. son algunos ejemplos.

Proceso participativo

Para la evaluación del II PFD y recogida de aportaciones a este III Plan se han utilizado distintas fuentes y efectuado un proceso que incluye un conjunto de técnicas de participación.

Por una parte se ha revisado y analizado las diferentes estadísticas publicadas hasta el momento y realizado un análisis de las memorias anuales del II Plan. Por otra, se han hecho 5 grupos triangulares y entrevistas en profundidad con participantes de las cuatro poblaciones de referencia para el II PFD en Navarra: profesorado de enseñanzas secundarias en centros educativos, profesionales de Servicios Sociales de Base (Unidades de Barrio), entidades sociales y profesionales de la Salud.

Así mismo se ha recogido información y aportaciones de distintos profesionales que desarrollan acciones de prevención de consumo de drogas y promoción de la salud de planes municipales, centros educativos, APYMAS, centros de salud y entidades sociales mediante cuestionario Google docs (se han recogido 89 cuestionarios) y

se ha desarrollado un Foro de participación ciudadana “IX Foro salud: Prevención de adicciones” en el que participaron una treintena de jóvenes, docentes, padres y madres, representantes de servicios sociales y sanitarios y asociaciones ciudadanas para recabar aportaciones al nuevo Plan Foral sobre Drogas y Adicciones.

Este III Plan incorpora muchas de las aportaciones recibidas y por ello ha mejorado desde la propuesta inicial.

Distintos marcos referenciales

Este III Plan se sitúa en los marcos referenciales del Plan de Salud y el Plan de Salud Pública, del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, que son los instrumentos superiores de planificación y de programación de la prevención y promoción de la salud en la comunidad y en el sistema de salud y de coordinación con otros ámbitos implicados como educación, juventud y deporte, inclusión social, política comunitaria, salud laboral, seguridad, administración de justicia, instituciones penitenciarias, publicidad y medios de comunicación, entidades sociales, etc.

Además se sitúa también en los marcos específicos de orientación de las acciones preventivas concretas de adicciones con y sin sustancia a nivel europeo y nacional: las Estrategias y Planes específicos que para el periodo 2013-2020 tanto el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) como el Plan Nacional Sobre Drogas (PND) han aprobado.

¹ Agresión sexual “oportunist” facilitada por drogas, en la cual el presunto agresor se aprovecha de alguien que ha ingerido drogas o alcohol voluntariamente, y una agresión sexual “proactiva” facilitada por drogas, en la cual el presunto agresor administra intencionalmente drogas o alcohol a la víctima.



2. SITUACIÓN EN NAVARRA

Los comportamientos relacionados con los consumos de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos son el resultado de la interacción de un conjunto de factores relacionados con la sustancia o el producto potencialmente adictivo, la persona (área cognitiva, emocional y de las habilidades), el entorno próximo (familia, amistades, barrio o zona en la que se vive...) y el entorno socioeconómico (condiciones de vida, publicidad, modelos y valores culturales...).



Para mejorar la salud colectiva, tanto desde la perspectiva de la protección como de la prevención y promoción, resulta fundamental identificar cuáles son los determinantes de la salud, cuáles son las causas y las “causas de las causas”. Además de la edad, el sexo y los factores genéticos, son determinantes los estilos de vida de las personas, las redes sociales y comunitarias de apoyo y las múltiples condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Como fuentes de información se han utilizado la propia Sección de Promoción de Salud, el Observatorio de Salud Comunitaria y los datos de distintas encuestas realizadas por el Instituto de Salud Pública de Navarra, el Instituto de Estadística de Navarra, el Plan Nacional de drogas, el Instituto Nacional de Estadística, etc.

2.1. EVOLUCIÓN DE LOS CONSUMOS Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Las encuestas EDADES 2017, a población entre 15 y 64 años, y ESTUDES 2016 a población entre 14 – 18 años, nos permiten constatar que el consumo de drogas, legales e ilegales, no es una cuestión que se reduce a una etapa de la vida. Aunque existe diferencias de prevalencia, **las sustancias que más consume la población joven son también las que más consume la población adulta**, lo que puede significar que la juventud, teniendo como referencia a la población adulta, con un contexto social permisivo y normalizador, relativice los riesgos y daños de su consumo.

Consumo de sustancias últimos 30 días en población 14 – 18 años y 15 – 64 años. ESTUDES 2016 y EDADES 2017

	Consumo en los últimos 30 días	
	Población 14 – 18	Población 15-64
Alcohol	71,3 %	63,6 %
Tabaco	29,7 %	32,5 %
Cannabis	22,1 %	8,1 %

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ESTUDES y EDADES.

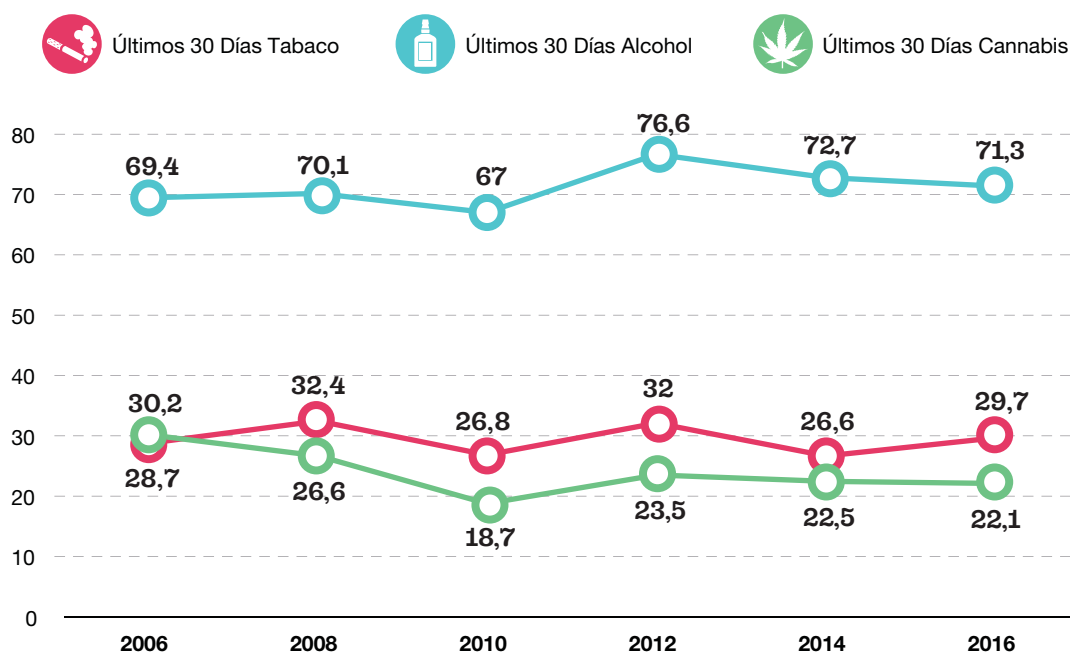
Consumos población navarra 14 -18 años

Alcohol, tabaco y Cannabis (ESTUDES 2016) La encuesta ESTUDES 2016 a población entre 14 y 18 años, nos permite conocer que en el periodo 2006 a 2016 en Navarra, como sucede en el conjunto del Estado, las drogas con mayor prevalencia de consumo en estas edades son Alcohol, Tabaco y Cannabis, teniendo muy poca presencia el resto de sustancias, excepto los hipnosedantes que van ocupando un lugar más relevante.

En este periodo, en Navarra, **la presencia de estas drogas** (alcohol, tabaco y cannabis) en la vida de la población analizada (que se corresponde con el consumo de alguna vez en la vida) se ha reducido desde el año 2006, aunque mantienen medias superiores a las de España, no significativas para el tabaco pero sí para el alcohol y el cannabis.

Por otro lado, la normalización o **consumo regular** (consumo en los últimos 30 días) se comporta de manera diferente según las distintas sustancias. Con oscilaciones, se estabiliza en tabaco y alcohol y, en cannabis, se reduce significativamente desde 2006 pero con un descenso mucho más ligero desde 2012. Las medias son también superiores a las de España, pero en este caso solo son significativas para el cannabis.

Consumo de sustancias. Población 14 – 18 años. ESTUDES 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ESTUDES.

Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, Navarra 2017

En Navarra, la implantación de equipos informáticos y la proporción de uso de tecnologías de la información por la población infantil de 10 a 15 años es, en general, muy elevada con porcentajes más elevados que la media nacional en el uso de ordenador (94, 7% frente a 92,4%), móvil (98,1% frente a 95,1%) e Internet (70,2% frente a 69,1%).

Uso TIC. Población 10 – 15 años. Encuesta Equipamiento y Uso de TIC Hogares Navarra 2017

	Navarra	España
Uso ordenador	94, 7%	92,4%
Uso móvil	98,1%	95,1%
Uso internet	70,2%	69,1%

Fuente: Encuesta Equipamiento y Uso de TIC Hogares Navarra

El uso del ordenador e Internet ha ido en aumento en los últimos años. Desde al año 2007, la práctica totalidad de niños y niñas usan el ordenador y acceden a Internet. Desde 2016, el número de menores que usan Internet supera al de ordenador.

Consumos Población Navarra de 14 - 29 (Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2014)

Se plantean estos datos desde la demanda de prudencia en su lectura (son de 2014) hasta obtener nuevas informaciones de la Encuesta de Juventud y Salud 2019.

Tabaco. La mayoría de la juventud de Navarra (más del 70%) no fuma, mientras que sí lo hace el 30%, ya sea de manera ocasional o diariamente. Resaltar que sigue aumentando quienes nunca han fumado y quienes lo han dejado y disminuyendo tanto quienes fuman ocasionalmente como quienes fuman a diario.

El porcentaje de jóvenes que fuman aumenta con la edad tanto en hombres como en mujeres.

Alcohol. La gran mayoría de población juvenil de Navarra (85%) ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, sin apenas diferencias por sexo. Un 80% de menores de edad **han consumido con anterioridad a cumplir la mayoría de edad**, en 2007 eran el 83%.

Algo más de la mitad de esta población joven (62,8%), asume haber establecido un consumo regular de bebidas alcohólicas (consumo en los últimos 30 días) siendo éste un consumo fundamentalmente de fin de semana.

Se va consolidando un cambio del consumo regular al consumo intensivo. En los fines de semana, los consumos son de riesgo (consumo en un día de más de 4

UBES en varones y más de 2 en mujeres), con episodios de “binge drinking” (consumo concentrado en un espacio de dos/tres horas de 4 o 5 unidades de alcohol) y de borracheras, sin diferencias entre mujeres y hombres.

Estos consumos no son sólo propios de la población joven de menor edad, sino también de la población adulta-joven que lo hace de forma más aguda, aunque entre esta población adulta joven parece que las expectativas futuras son la estabilización o reducción de los consumos.

Los tipos de bebidas alcohólicas que ingieren entre semana son predominantemente la cerveza y el vino y durante el fin de semana la cerveza y los combinados. El principal lugar de consumo son los bares, pubs o similares y a cierta distancia están las discotecas, las bajeras, cuartos, pipotes o sociedades.

La edad media de inicio de consumo de alcohol es de 14,7 años, sin variación significativa respecto a la encuesta de 2007.

Es de destacar también que en el grupo de 14 a 17 años, tanto la proporción de mujeres fumadoras (diario y ocasional) como de las que consumen alcohol, sea este consumo en forma de atracón o borrachera, es semejante a la de los chicos.

Cannabis. Disminuye el porcentaje de jóvenes, tanto hombre como mujeres, que manifiesta consumir alguna vez cannabis. Se mantiene un consumo mayor en chicos, aunque en el grupo de 14 a 17 años en los últimos 30 días el consumo es mayor en las chicas. La curiosidad es la principal motivación para probar el cannabis, seguida a gran distancia por el motivo de la diversión.

Desciende la edad de inicio desde el 2007 (16,6) al 2014 (16,1). El mayor consumo se da en el grupo de edad de 18 a 23 años. Desciende también el porcentaje de población que, consumiendo cannabis, declaraba haber fumado más de un porro la última vez que lo había hecho.

De cada 10 jóvenes, 8 declaran no haber consumido **otras drogas ilegales** diferentes al cannabis y 9 de cada 10 jóvenes señalan la intención de no consumirlas en el futuro.

Psicofármacos en jóvenes. Según datos de la ENJS 2014, en población de 14 a 29 años, sobre consumo de psicofármacos sin receta médica, desde 2007 ha aumentado de forma significativa el consumo de “alguna vez en la vida” y en “los últimos 30 días” tanto en hombres como en mujeres.

Pantallas. También entre la juventud se ha generalizado el uso de Internet y las redes sociales en distintos dispositivos, lo que puede ofrecer muchos beneficios y también facilitar el acceso y desarrollo de conductas de riesgo.

Según la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, Navarra 2017, por grupos de edad, el uso de Internet en edades comprendidas entre los 16 y los 24 años es prácticamente universal (98,0%) y va descendiendo paulatinamente conforme aumenta la edad. Respecto a la participación en redes sociales quienes más participan son jóvenes entre 16 y 24 años (90,0%).

A la pregunta sobre que uso hacen de Internet, el 10% afirma que ha accedido en algún momento a Internet para realizar apuestas online, y más del 50% accede a la red para tomar parte en videojuegos, mayoritariamente hombres. Conforme aumenta la edad apuestan más y acceden menos a videojuegos (ENJS 2014).

Espacios de consumo. Parece estar produciéndose un cambio importante en el espacio de consumo juvenil. Éste se ha ampliado de la escena pública a la privada, por la incidencia del fenómeno de las bajeras.

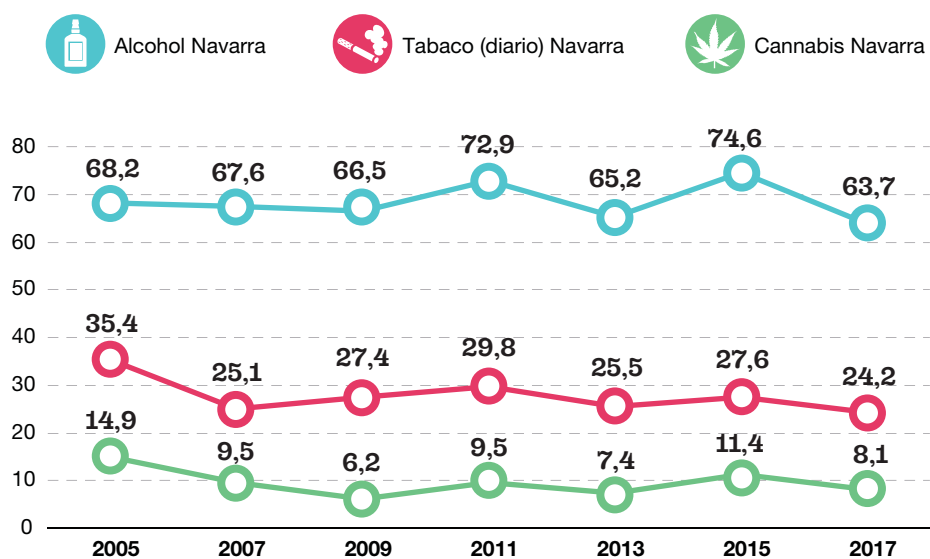
Percepción de riesgo

Una imagen social tolerante y discursos de legos y profanos han contribuido a minimizar los efectos negativos y normalizar y naturalizar el consumo de las sustancias más consumidas entre la población joven (alcohol, tabaco y cannabis). El alcohol es la sustancia a la que menos riesgos y mayores beneficios asocia la juventud navarra, y en el caso del cannabis, perciben más beneficios en el consumo del cannabis que en el tabaco.

Consumos Población general

Según EDADES 2017, en población de 15 a 64 años, las mayores prevalencias de consumo se dan para el alcohol, seguido del tabaco y del cannabis.

Consumo de sustancias, Navarra. Población 15 – 64 años. EDADES 2017

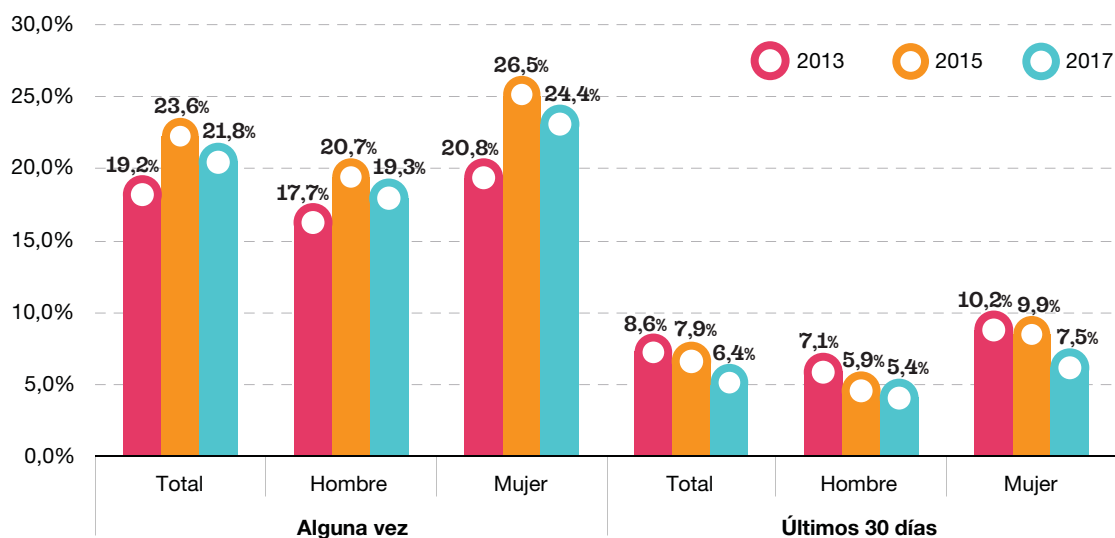


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EDADES.

Por grupos de edad, para las tres sustancias el mayor consumo se da en el grupo de 18-29 años y va disminuyendo con la edad, excepto para tabaco en el que a pesar de descender el número de jóvenes que fuman a diario respecto al año 2015, en 2017 aumenta comparativamente respecto a 2013 en los grupos de edad de 50 a 59 años y de 60 a 64 años. Según esta misma encuesta, el consumo de alcohol, tabaco y cannabis está más extendido en hombres y los hipnosedantes en mujeres.

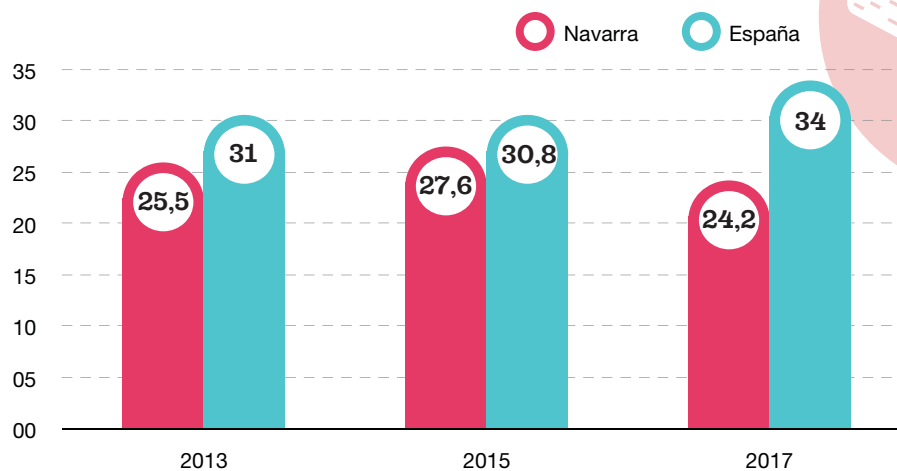
En relación con España, según esta misma encuesta, se detecta un mayor consumo diario de tabaco en España significativamente mayor que en Navarra.

Consumo hipnosedantes, Navarra. Población 15 – 64 años. EDADES 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de EDADES.

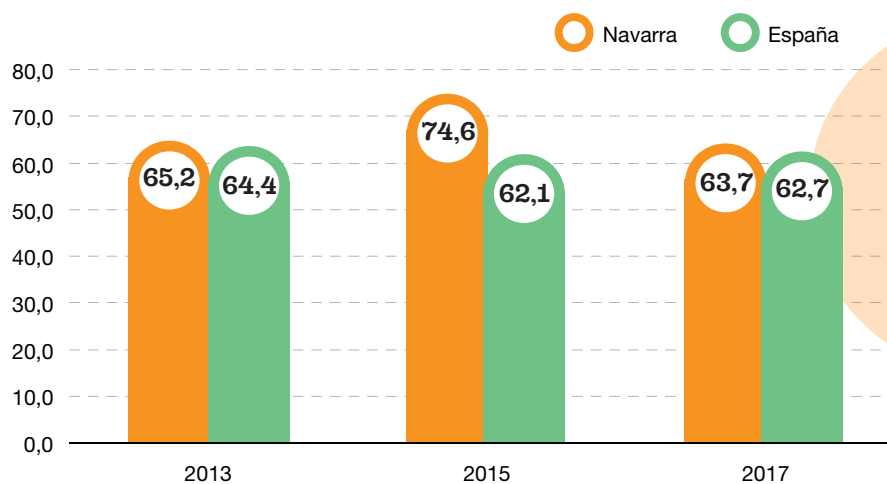
Consumo diario de tabaco. Navarra y España. Población 15 – 64 años. EDADES 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de EDADES.

No se encuentran diferencias significativas respecto al consumo de alcohol en los últimos 30 días.

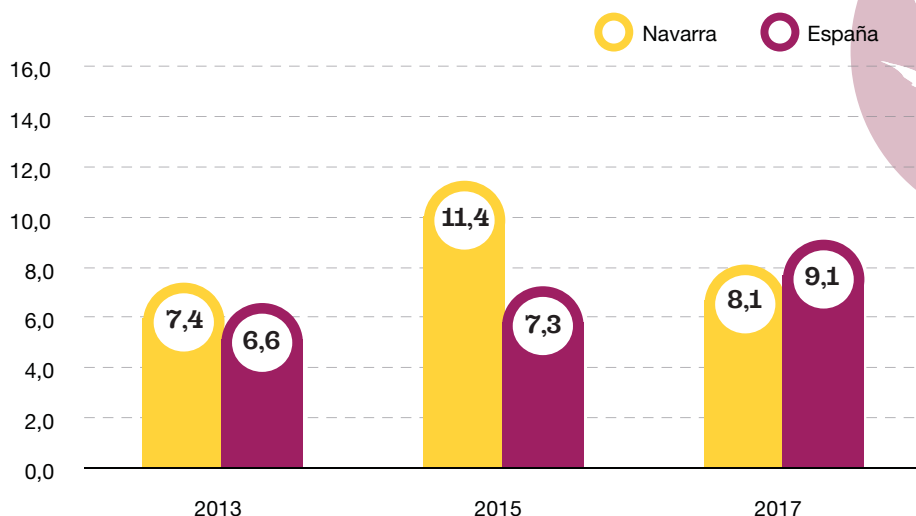
Consumo de alcohol últimos 30 días, Navarra y España. Población 15 – 64 años. EDADES 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de EDADES.

Y tampoco en el consumo de cannabis en los últimos 30 días.

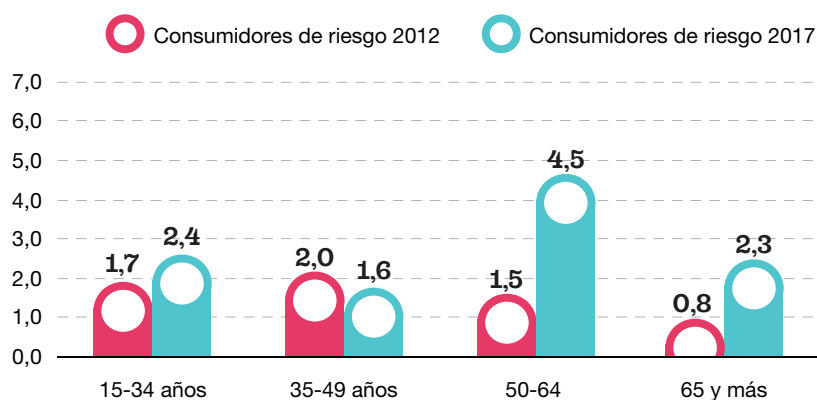
Consumo de cannabis últimos 30 días, Navarra y España. Población 15 – 64 años. EDADES 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de EDADES.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra (ECVN 2017) en población de 15 y más años, la prevalencia de población con **consumos de riesgo² de alcohol** no ha variado significativamente del año 2012 a 2017, excepto para el consumo diario en el grupo de 50 a 64 años en el que se observa una mayor prevalencia entre los hombres y un aumento significativo entre éstos del consumo de riesgo desde el 2012.

Consumo de riesgo alcohol 2012 y 2017 según grupos de edad. ECVN 2017



Fuente: Observatorio de Salud Comunitaria sobre datos ECVN 2017.

Datos de consumo de drogas por zona geográficas de Navarra. En una comparativa de las prevalencias del consumo de las distintas drogas, aparece que las máximas diferencias se dan en alcohol, donde la zona Norte, Noreste y Pirineo, son las zonas donde la prevalencia del consumo regular de alcohol supera a la media.

² Aunque hay consumos que siempre son de riesgo (menores, embarazadas, conducción, ...) y otros que también pueden serlo (desarrollo de enfermedades) aquí para el cálculo de los consumidores de riesgo en los años 2012 y 2017 se aplica los criterios que aparecen en "Manual de consenso sobre alcohol en atención primaria" publicado por Socidrogalcohol. Se considera consumo de riesgo beber más de 4 UBE al día en hombres y más de 2 UBE al día en mujeres.

Las nuevas sustancias psicoactivas, son de consumo incipiente. Establecer la prevalencia del consumo de estas sustancias no es tarea fácil. Sin embargo, todo parece indicar que, hasta la fecha, se trata de una práctica minoritaria y de marcado carácter experimental. No obstante por la forma de producirse y de poner las nuevas sustancias en el mercado obliga a estar en actitud de alerta.

Psicofármacos. De acuerdo con los últimos datos de la encuesta EDADES la prevalencia de consumo de hipnosedantes (con y sin receta) encadena dos años seguidos de descensos (2015 y 2017) poniendo fin a años de crecimiento. Este es el tipo de sustancia cuyo consumo diferencia a las mujeres de los varones, ya que es mayor y les afecta de manera diferencial y en todos los grupos de edad, sea por su uso prescrito o no.

Así, el consumo problemático de hipnosedantes alcanza el 2,5% de la población de 15 a 64 años y el perfil de consumo problemático se corresponde con mujeres entre 45 y 64 años.

Policonsumos. El patrón de policonsumo de drogas está muy extendido y se dibuja como reflejo de la disponibilidad de drogas y de las pautas de consumo en entornos o contextos específicos como pueden ser los ambientes nocturnos, grandes aglomeraciones. Se destacó ya en la evaluación del I PFD y se mantiene hasta la actualidad.

Juego. El juego es uno de elementos que configura buena parte de la vida e Internet le ha dado mayor presencia y un nuevo sentido. Han facilitado el acceso a los juegos de azar a mayores y jóvenes y hoy muchas más personas los siguen: se compra lotería y cupones; se hacen apuestas y se juega online³. La posibilidad de ganancias inmediatas se ha multiplicado en las redes y paralelamente se incrementa la probabilidad de la aparición de conductas problemáticas. Recorta el tiempo que transcurre desde que se inicia el juego hasta que se desarrolla la adicción. El juego online se legalizó en el año 2011 y la publicidad en televisión e Internet se disparó.

Según el “*Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España 2015*” (Dirección General de Ordenación del Juego, Ministerio de Hacienda), aunque una de cada cuatro personas afirma no haber participado en juegos de azar y el 70% de las personas jugadoras no presentan riesgo, un 6,3% ha mostrado cierto riesgo, problemas o patologías relacionadas con los juegos de azar a lo largo de su vida, cifra que se reduce hasta el 4% en el último año.

La Ludopatía es un trastorno reconocido por la Asociación de Psiquiatría Americana desde 1980 (DSM-5; APA,

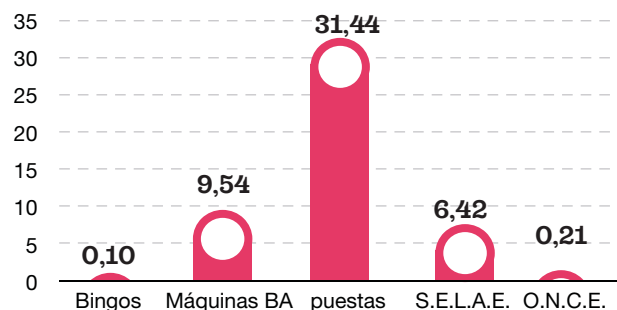
2013) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo recoge en su clasificación Internacional de Enfermedades en el año 1992.

En España, el año 2016 se confirma como otro año de crecimiento del mercado del juego, regulado con un beneficio estimado de 8.399 millones de euros, 71 millones de euros, un 3,03% más que el ejercicio anterior (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024), con un incremento en las cuantías jugadas en prácticamente todas las modalidades de juego on line, con excepción del póker.

De acuerdo con los datos de la Memoria Anual de Juego en Navarra 2017 las máquinas tragaperras y las loterías del Estado continúan siendo los juegos dominantes, pero irrumpe con fuerza el gasto que va a parar a las apuestas. El gasto en esta modalidad de juego ha experimentado un aumento significativo desde el año 2012, incrementándose desde esa fecha en unos 44, 41 millones, hasta llegar el gasto en apuestas en 2017 a 74 millones.

Variación de la cantidad jugada. Años 2013-2017 (Mill. €)

Memoria Anual de Juego en Navarra 2017



No es casual que el juego online haya producido cierta alarma social.

³ Para más información sobre el juego online: <http://www.ordenacionjuego.es/es/informes-trimestrales>.

2.2. PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS CONSUMOS Y COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS

Morbimortalidad asociada

Según el Estudio de la carga global de la enfermedad (GBD)⁴ de 2010, los cinco factores de riesgo que suponen una mayor carga de enfermedad en la región de Europa occidental incluyen el tabaquismo y el abuso de alcohol, además de la hipertensión arterial (HTA), la obesidad y la inactividad física.

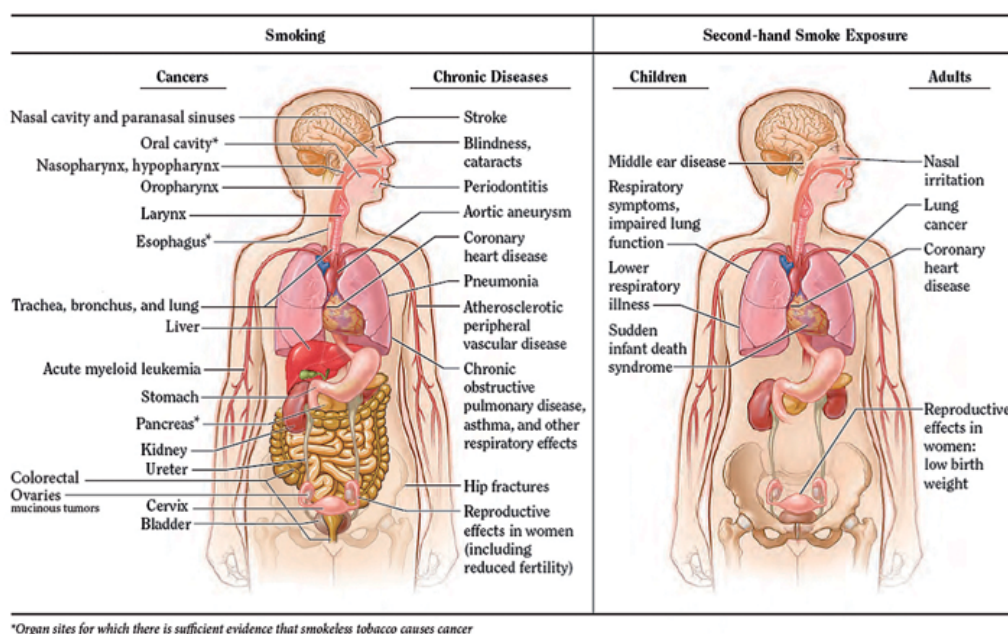
Según la OMS, el **tabaco** sigue siendo la primera causa mundial de muertes prevenibles, siendo su consumo la primera causa de mortalidad y morbilidad evitables. Tanto el tabaquismo activo como el pasivo causan al menos 15 tipos de cánceres, además de enfermedades coronarias y cerebrovasculares, patología obstétrica y neonatal y enfermedades pulmonares, siendo el principal factor responsable del cáncer de pulmón (del que se estima que entre un 83% y un 90% de los casos es provocado por el tabaco). Además, el tabaco es la principal causa de al menos la mitad de las enfermedades cardiovasculares y de más del 90% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

entre ellas, como mínimo, los siguientes tipos de cáncer: de boca, esófago, garganta (faringe y laringe), hígado, intestino grueso, colon y recto, y mama) y sociales ya que afecta a terceras personas. En España al alcohol se le atribuye el 70,5 % de las cirrosis hepáticas, el 11,7 % de las lesiones no intencionales (incluidos los accidentes de tráfico) y 5,3% de los cánceres. Sus consecuencias dependerán del volumen y del patrón de consumo, que son las variables que van a modular los efectos a través de mecanismos bioquímicos, de intoxicación y dependencia.

Destacar que la mayor parte de los daños asociados con el alcohol aparecen entre las personas que no son dependientes, aunque sólo sea porque hay muchas más de estas últimas. Descensos en los niveles de consumo de la población general se traducen en reducción de la morbi/mortalidad por daños sobre la salud relacionados con el alcohol.

Diferentes estudios de la Organización Mundial de la Salud evidencian que el consumo de **cannabis** puede producir consecuencias tanto para la salud física como psíquica.

La forma de consumo habitual del cannabis y sus derivados es fumada, por lo cual, aumenta el riesgo de padecer patologías que afectan al aparato respiratorio además de otras enfermedades cardiovasculares.



El consumo de riesgo y/o nocivo de **alcohol** está relacionado con un amplio rango de problemas de salud tanto físicos como mentales (más de 60 enfermedades,

Si bien es cierto que no toda la población consumidora de cannabis presenta problemas de salud mental, las revisiones de los últimos años señalan un mayor riesgo de

⁴ Global Burden of Disease Study <http://www.thelancet.com/gbd/2010>.

desarrollar diferentes trastornos mentales. Su incidencia aumenta cuando hay inicios de consumos en edades tempranas, mayor frecuencia de los mismos y/o predisposición personal.

Los consumos en adolescentes requieren una especial atención debido a la fase del desarrollo personal en la que se encuentran. La pérdida de memoria y de concentración que afecta al aprendizaje junto a otros problemas asociados al consumo, (adicción, trastornos mentales, apatía, etc.) pone en riesgo la adecuada evolución formativa de jóvenes y adolescentes.

El policonsumo de cannabis junto a otras sustancias (alcohol, cocaína, anfetaminas, etc.) es un fenómeno cada vez más prevalente y que tiene fuertes impactos en el organismo.

Tratamiento por adicciones (sustancia causante de la demanda)

A nivel general, la demanda de tratamiento en salud mental por adicciones se mantiene, con ligera tendencia a reducirse. Se observa además que manteniéndose el alcohol como sustancia que origina las demandas de tratamiento de forma mayoritaria, el cannabis, la cocaína y otros estimulantes han ganado presencia. Los opiáceos descienden aunque se mantienen en segundo lugar como sustancia. La ludopatía aumenta un punto pero se mantiene en los últimos lugares.

La sustancia que motiva el mayor número de atenciones a menores en la red de salud mental es el cannabis.

Enfermedades infecciosas

En los últimos treinta años, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha supuesto uno de los principales problemas de salud asociados al consumo de drogas en España. Sin embargo, desde finales de los años noventa del pasado siglo, se ha observado un descenso acusado de las infecciones por el virus relacionadas con prácticas asociadas al consumo por vía parenteral.

En Navarra⁵ en el quinquenio (2012-2016) se han diagnosticado 212 nuevos casos de VIH, que en 2016 suponen una tasa 5,5 casos por 100.000 habitantes de ellos el 4% (9 casos) son atribuibles al uso compartido de material no estéril e infectado para la inyección de drogas.

Al VIH como problema relacionado con la inyección de drogas, se añade la prevalencia de Hepatitis B y C entre población inyectora de drogas que mantiene prácticas de riesgo asociadas y que según estudios va desde el 65 y al 90%. En Navarra son 4 los casos diagnosticados de

Hepatitis C en el año 2017 atribuibles a esta práctica de riesgo.

El Programa de venta e intercambio de jeringuillas se puso en marcha en los años 80 como una estrategia dirigida principalmente a detener la transmisión del VIH a través de las jeringuillas infectadas. En la actualidad ha reducido su actividad aunque se mantiene en farmacias, en la Comisión Ciudadana AntiSida y en prisión. Cabe destacar que de 257 personas reclusas en 2017, el 42% fueron tratadas por drogodependencias.

Muertes relacionadas con el consumo de drogas

Las muertes relacionadas con consumos de drogas ilegales son aquellas directamente atribuibles al propio consumo (es decir, envenenamiento, intoxicación y sobredosis, que en general se denominan "reacciones adversas"). El PND, en sus inicios, definió un registro específico que aglutina la información de las distintas comunidades autónomas. Los últimos datos parecen indicar que las defunciones por esta causa se han estabilizado a nivel estatal; en 2015 se notificaron 600 fallecimientos de este tipo.

En Navarra entre 2012 y 2017, ha habido 19 muertes (15 hombres y 4 mujeres) con una media de edad de 44,2 años (rango de 25 a 54).

Mortalidad relacionada con accidentes de tráfico⁶

El binomio drogas y conducción tiene un resultado fatal. Según la memoria de 2016 del Instituto Nacional de Toxicología, cerca de la mitad de quienes conducían en el momento del accidente habían consumido alcohol, otras drogas o psicofármacos (no tenemos datos por CCAA) El perfil de quien fallece actualmente en accidente de tráfico es de un varón, de 45 a 54 años, que circulaba en un turismo y había consumido alcohol y/o otras drogas y/o psicofármacos.

De las 589 personas que perdieron la vida en las carreteras en 2016, el 43% dio positivo en las pruebas de alcohol y otros psicofármacos. Según esta memoria este porcentaje se mantiene estable desde el año 2013.

Además se añade en esta memoria que el 95% de quienes fallecían con resultado positivo en drogas eran varones, y por edades es en la franja de 25 a 54 años donde se concentra el mayor número de resultados positivos, el 67%. El 25% de estos positivos, el más alto, se concentra en el subgrupo de 45 a 54 años. Las sustan-

⁵ ISPLN Infección por el VIH y sida en Navarra, 2016. Boletín N° 95 Octubre de 2017.

⁶ Ministerio de Interior-DGT. Revista "Tráfico y Seguridad Vial" n° 243, Diciembre de 2017. <http://revista.dgt.es>.

cias más consumidas son alcohol, cocaína, cannabis y benzodiacepinas.

En el caso de muertes por atropellos (estudio sobre 167 viandantes que habían fallecido por esta causa), cerca del 32% había consumido alguna sustancia (72% hombres y 28% mujeres). El alcohol sólo o asociado con otras drogas se detectó en el 57% de quienes habían fallecido, presentando una alcoholemia superior a 1,20 g/l en el 80% de los casos⁷.

2.3. EVOLUCIÓN DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

El III Plan arranca en un contexto de recuperación económica que arrastra un reguero de desigualdades y numerosos cambios sociales y culturales.

- En Navarra se mantiene una alta esperanza de vida, mayor para las mujeres que para los hombres, pero que en los últimos años está teniendo una menor ganancia para las mujeres.
- Un patrón de morbimortalidad caracterizado por enfermedades crónicas con cuatro principales enfermedades (enfermedad cardiovascular, cánceres, diabetes y enfermedad respiratoria crónica) para las que se prioriza el abordaje de los cuatro principales factores de riesgo comunes a las cuatro, entre ellos el tabaquismo y el abuso de alcohol, además de la inactividad física y dieta desequilibrada (estrategia 4x4, Reunión de alto nivel para las enfermedades no transmisibles de la ONU, 2011).
- Una evolución del desempleo favorable y una tasa de paro que se ha reducido en 7,7 puntos desde 2013, pero que todavía no ha conseguido la tasa de paro de 2006 y que afecta de manera singular a las mujeres y a personas sustentadoras familiares, con menores, adolescentes y jóvenes a cargo. Además se describe un aumento de las tasas de riesgo de pobreza y de riesgo de pobreza severa en todas las zonas de Navarra y casi un tercio de los hogares con bajos ingresos son hogares en los que habita una pareja con hijos/as, etc.
- Se está produciendo un aumento de la dotación presupuestaria del Gobierno de Navarra en los pilares más influyentes para la mejora y mantenimiento de la salud: Educación, Salud y Servicios sociales que ha crecido desde el año 2013 año en el que se frena el descenso iniciado en años anteriores.
- En general, se sostiene un discurso social consumista, con una gran disponibilidad en el mercado

de productos de todo tipo, una alta presión social a comprar y consumir productos aunque no sean necesarios, desde la infancia y durante todas las etapas vitales. Se comercializan los cuidados, el ocio...

- Destaca el aumento de hogares unipersonales, aumento de hogares monoparentales, la gran diversidad de modelos familiares y de crianza con un aumento de modelos educativos más permisivos, dificultades para la conciliación familiar y laboral, soledad...

Como patrones de consumo:

- Se mantienen como elementos del fenómeno de los consumos de drogas: la temprana edad y los policonsumos de sustancias, crecen los modelos de consumo intensivo "binge drinking", con una evolución marcada por una alta tolerancia social, destacando una minimización y baja valoración del riesgo del consumo de alcohol, no siendo así con el tabaco; y la normalización social del uso de la marihuana en la que ha influido la confusión entre los discursos del uso terapéutico y lúdico, su accesibilidad y la naturalización de su autoconsumo (disponibilidad).
- Aunque el consumo se mantiene en espacios públicos y privados, el espacio de consumo juvenil se ha ido trasladando de la escena pública a la privada por la incidencia del fenómeno de las bajeras.
- La percepción de la accesibilidad es alta, a pesar de que en los últimos años se han realizado esfuerzos importantes en el ámbito del tabaco, restringiendo la accesibilidad y los canales de venta, limitando su consumo en espacios públicos o limitando su oferta a través de gravámenes impositivos y, al igual que el tabaco, el alcohol también se ha encarecido. En el caso de la marihuana ha aumentado la accesibilidad por el cultivo doméstico.
- El contexto actual se caracteriza por un uso masivo y muchas veces excesivo de Internet, medios digitales y redes sociales con un importante impacto sobre las formas de comunicación y socialización, que requiere una mirada atenta.
- Preocupa así mismo la alta oferta de juegos, la publicidad intensa en los medios y espacios deportivos y el desarrollo del mercado del juego: loterías, juego presencial: apuestas, salas de juego, máquinas, casinos, bingos, y juego on line.

⁷ De 0'8 a 1'5 g/l, se pasa a comportamientos de confusión, desorientación e incoordinación.

2.4. CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD PARA MENORES Y JÓVENES

A los elementos contextuales descritos se añaden otros que imprimen especial vulnerabilidad a menores, adolescentes y jóvenes.

Educación

La crisis ha tenido como impacto la reducción del consumo de las familias en alimentación, ocio... sin embargo, aumentó la inversión en formación de hijos e hijas (en algunos casos fueron los padres y madres quienes volvieron a cursar algún tipo de estudio para mejorar las oportunidades laborales) y la matriculación en formaciones profesionales ha experimentado un importante crecimiento, si bien parece estabilizarse.

Sin embargo, el porcentaje de la población de 18 a 24 años que no ha completado el nivel de Educación Secundaria de 2ª etapa y no sigue ningún tipo de educación-formación en Navarra apenas ha variado en los últimos años.

El absentismo es una de las manifestaciones más claras de las dificultades de integración en la vida escolar y se considera que la asistencia regular del alumnado es prioritaria para conseguir otros objetivos (conocimientos, relación social, competencias básicas, posibilidades de desarrollar una futura vida laboral, social y cultural...). Según el protocolo de absentismo escolar, en Navarra alcanza a un centenar de jóvenes en enseñanzas obligatorias.

Salud y Bienestar

Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013-2014 en población de 14 a 29 años:

- La juventud de Navarra valora muy positivamente su estado de salud, los hombres más que las mujeres encuestadas, aunque estas diferencias disminuyen con la edad.
- El 15,8% está en riesgo de tener mala salud mental, teniendo un riesgo mayor las mujeres.
- Aumenta el porcentaje de jóvenes que experimentan mucho o moderado estrés en el periodo 2007 a 2014, se pasa de un 27,7% a un 40,3%, siendo este aumento más marcado entre las chicas. Analizando por grupos de edad, en chicos el aumento es más acusado en los grupos más jóvenes y en las chicas el aumento es paralelo en todos los grupos.

Problemas legales

El desarrollo de conductas delictivas es ya de por sí un factor de exclusión social que de unirse al consumo abusivo de sustancias da lugar a la entrada en el circuito dependencia-internamiento, presente en gran parte de la población penitenciaria española del que es muy difícil salir.

La Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana, en su disposición adicional quinta recoge *"las multas que se impongan a los menores de edad por la comisión de infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas podrán suspenderse siempre que, a solicitud de los infractores y sus representantes legales, aquellos accedan a someterse a tratamiento o rehabilitación si lo precisan o, a actividades de reeducación"*.

La ley abre así, la puerta a que las multas por consumo o tenencia de drogas ilegales, mayoritariamente hachís y/o marihuana entre estas personas menores de edad a quien va dirigida esta medida, sean sustituidas por intervenciones socio-educativas. La "denuncia" es una oportunidad para la intervención con menores que cometen infracciones y con sus familias. Así, por ejemplo, en los últimos dos años (2016 y 2017) en Navarra se han acogido a estas medidas 219 menores (90 % hombres).

2.5. EVALUACIÓN DEL II PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS. DAFO

El presente Plan se basa en los resultados de los anteriores planes de prevención de drogas desarrollados en Navarra. Específicamente en la evaluación del II Plan que incluye tanto las fortalezas y debilidades detectadas en el análisis interno de las estructuras, funcionamiento y recursos implicados directamente en el propio Plan, como las oportunidades y amenazas que presenta el contexto en el que se desarrolla.

Esta evaluación ha sido realizada por la estructura del propio Plan perteneciente a la Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas, del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra e incluye una reflexión de los resultados obtenidos de la elaboración de los datos estadísticos y análisis de las memorias anuales del II PFD y de las aportaciones recogidas en el proceso de participación: entrevistas en profundidad, grupos triangulares, cuestionario Google Docs a profesionales de los Planes municipales, entidades sociales y profesionales, centros de salud, centros educativos y APYMAS, y Foro Salud de participación sobre prevención de adicciones.

Gobernanza

FORTALEZAS	DEBILIDADES
EL PROPIO PLAN - Liderazgo técnico del PPDA: Formación e información, materiales, apoyo a profesionales. - Transversalidad de la promoción de la salud y “salud en todas las políticas”. - Participación en Comisiones técnica del PND.	EL PROPIO PLAN - Reducción de los recursos del Plan. - Escasa coordinación central con PNsD. - Directrices y prioridades comunes desde el PPDA. - Desfase en el uso de nuevas tecnologías y redes sociales y falta de actualización de la web PPDA.
DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO - Coordinaciones: Plan de Infancia y Familia, Comisión salud – educación, UPNA, Juventud... - Participación Comisión de seguridad y convivencia (Delegación gobierno, Educación, Salud y todas las policías). - Programa Atención medidas reeducativas a menores sancionados/as (Interior, Juventud e ISPLN).	DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO - Falta de coordinación salud laboral, salud mental, AP y Derechos sociales. - Necesidad de unificar estrategias y enfoques de prevención en el ámbito educativo. - Necesidad de integración promoción, prevención y atención.
ESTRUCTURAS LOCALES IMPLICADAS - Red de técnicos y técnicas de prevención. Planes municipales con permanente coordinación PPDA y entidades sociales de zonas. - Coordinación con entidades sociales. - Hay muchas zonas con trabajo en red. - Existen canales de comunicación y grupos de trabajo que se crean ad hoc para acciones específica con las familias, ocio infanto-juvenil. - Desarrollo local importante y planes globales, grupos de coordinación... aunque no se hayan aprobado planes municipales propios. - Implicación financiera de algunos ayuntamientos.	ESTRUCTURAS LOCALES IMPLICADAS - Desigual desarrollo de espacios de encuentro, coordinación y trabajo en red a nivel local. - Desconocimiento del significado y baja sensibilización social por la prevención y tendencia a apoyar actuaciones de “apaga fuegos”. - Debilidades estructurales motivadas por las subvenciones y sus procedimientos: anualidad de las subvenciones, no garantía de continuidad, heterogeneidad de contratos, carga de trabajo... - Desigual implicación política a nivel local (ayuntamientos) e insuficiencia de personal para programas básicos o programas específicos de prevención. - Recursos de prevención desiguales según zonas.

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
CONTEXTO ECONÓMICO - Mejora Contexto socioeconómico. - Mejor dotación presupuestaria educación, salud y servicios sociales. - Recuperación presupuesto subvenciones.	CONTEXTO ECONÓMICO - La dependencia de los presupuestos de la situación económica: reducción con la crisis.
CONTEXTO INSTITUCIONAL - Voluntad política y desarrollo de trabajo interinstitucional. - Plan de Salud Pública. Enfoque interdepartamental y de STP. - Creación del Observatorio de salud Comunitaria. - Consejo interterritorial de salud. - Planes y Estrategias a nivel CCAA, Estatal y EU.	CONTEXTO INSTITUCIONAL - Falta de servicios preventivos integrales (educación para la salud a lo largo de la vida, abordaje específico según momento vital). - Falta de desarrollo de estructuras de prevención dirigidas a la población joven. - Insuficiente tiempo e incorporación a las agendas de profesionales implicados en el trabajo en red.

Prevención

FORTALEZAS	DEBILIDADES
NORMAS SOCIALES - Normativas alcohol y tabaco. Información y señalización. Programa Servicios responsables. - Campaña poblacional “Beber lo normal puede ser demasiado” y campañas locales. - Uso de medios para información sobre los programas en marcha a nivel autonómico y local.	NORMAS SOCIALES - Deficiencias en el cumplimiento de algunas normativas (espacios sin humo en determinadas horas, venta de alcohol a menores...). - Disminución de campañas centrales. - Publicidad alcohol.
ENFOQUES Y MODELOS DE TRABAJO - Redes de trabajo multidisciplinar y otras estructuras para trabajo en espacios próximos a la población joven y otros grupos. - Formación e implicación de profesionales, capacidad para prevenir, cercanía, flexibilización de horarios cuando es necesario. - Existen espacios de encuentro para compartir y transferir modelos y buenas prácticas de intervención.	ENFOQUES Y MODELOS DE TRABAJO - Abordajes diferenciados tabaco PFT y otras sustancias PPDA. - Dificultad de una parte de las y los profesionales implicados para trasladar el manejo de materiales y documentos con soportes físicos a manejo con soportes electrónicos.

TRABAJO SECTORIAL Y LOCAL

- Importante desarrollo de iniciativas locales (84% de la población Navarra). Utilización de medios de comunicación locales: boletines, radios...
- Prevención en tiempo de ocio de jóvenes: voy y vengo, ocio, bajas, mediación, asociaciones, locales juveniles, formación voluntariado...
- Programa prevenir en familia y guías. Prevención universal con enfoque de educación parental.
- Materiales del PPDA para población consumidora y no consumidora en distintos ámbitos.
- Programa apoyo a dejar de fumar en centros de salud.
- Inicio de intervención en el ámbito laboral.
- Inclusión temas de drogas en el Plan de Universidad Saludable.

TRABAJO SECTORIAL Y LOCAL

- No está generalizado el control del acceso a menores del Programa Voy y vengo.
- Escasa difusión/desconocimiento de los materiales informativo - educativos en algunos ámbitos educativos y sanitarios.
- La implicación y actitud hacia la prevención está sujeta a la disponibilidad de recursos económicos y apoyo institucional.
- Escaso desarrollo de la prevención específica por parte de las estructuras de salud laboral.
- Escasa implicación en la prevención específica y la atención de los centros de salud.

PREVENCIÓN POBLACIÓN VULNERABLE

- Programa de reducción de riesgos y daños en Prisión.
- Intervención de prevención selectiva e indicada en el medio escolar. Plan de Apoyo escolar. También en otros contextos: bajas...

PREVENCIÓN POBLACIÓN VULNERABLE

- Miedos e incertidumbres en la intervención con población consumidora y/o situaciones de vulnerabilidad.
- Falta de conocimiento de los recursos de atención a las adicciones y de los recursos comunitarios de prevención. Necesidad de puesta en común de los saberes.

OPORTUNIDADES

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

- Crecimiento de recursos en prevención y promoción de salud.
- Vuelta a las aulas de población más joven.
- La crisis hizo recuperar alguno de los principios básicos de la intervención ser "agentes" activos de la prevención.
- Valoración positiva de su salud por parte de la juventud.

AMENAZAS

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

- Se mantienen FR socioeconómicos y de vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes (abandono y absentismo escolar, problemas legales, aumento de estrés...).
- Modelos de familia más permisiva, resistencias a asumir su rol educador, baja participación...
- Nuevos modelos de ocio familiares, madres y padres consumidores, se comparten consumos.
- Producción doméstica de marihuana.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Utilizar los espacios de comunicación del gobierno como gran escaparate.
- Guías y protocolos elaborados con otros departamentos (Educación, Derechos Sociales...).
- Materiales para la clarificación de mensajes y estrategias de promoción y prevención.
- El Fondo de Decomisos del PNsd como corrector del descenso en los presupuestos, impulso a la investigación y formación a profesionales.
- El nuevo Plan de Infancia y de Salud Mental.
- Impulso desde el INJ de técnicos de juventud.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Aumento de horas lectivas del profesorado y algunas dificultades para educar.
- Carga de trabajo, eventualidad, precariedad de profesionales implicados en el PPDA, sobre todo en Educación y Salud.
- Saturación de los servicios de atención a las adicciones.
- Necesidad de adecuar las respuestas a las adicciones en la red pública a las necesidades actuales.
- Promoción de vino de las administraciones.

MODELOS DE CONSUMO

- Conocimiento de los patrones y modelos de consumos.
- Reducción de la presencia del tabaco, el alcohol y el cannabis (consumo de alguna vez en la vida) en menores.
- Disminución del consumo regular (consumo en los últimos 30 días) de tabaco y cannabis en la población joven. Menos personas se inician en los consumos.
- Preocupación social alcohol y menores.
- Atención y preocupación social por la utilización masiva de nuevas tecnologías y tiempos de uso.
- La juventud como protagonista de su salud, su vida y la sociedad en la que vive. Relevancia del tiempo de ocio. Las bajeras como oportunidad de autonomía y responsabilidad.

MODELOS DE CONSUMO

- Se mantienen altos consumos de alcohol, tabaco y cannabis en la población de 18 - 29 años. En 14 -18 años las chicas consumen más que los chicos.
- Consumo intensivos más compulsivos de alcohol en personas adultas y jóvenes, más en varones y más paritarios en adolescencia.
- Permisividad, naturalización y alta tolerancia social y familiar a consumos de alcohol, cannabis y nuevas tecnologías.
- Aumento la percepción de disponibilidad de drogas y baja percepción de riesgo en los consumos, sobre todo alcohol, alcohol en menores y marihuana/cannabis.
- Aumento de espacios de consumo de jóvenes: a los públicos se añaden los privados (bajeras).
- Consumo como elemento identitario (asunción de riesgo, adquisición de madurez, libertad de elección, autonomía y determinación).
- Asignación de estigma social a algunos grupos menos integrados que consumen.
- Marco legal y publicidad de alcohol y juego. Alta accesibilidad a apuestas deportivas, poker.
- Aumento del consumo de psicofármacos, también a edades tempranas. Más en mujeres.

- Aparición de nuevas drogas sintéticas, con ciclos más cortos que dificultan la respuesta.
- Accidentabilidad y mortalidad relacionada con consumos de estupefacientes y conducción en el grupo de 45 – 54 años.
- Promoción del “vino” por las administraciones.
- Producción doméstica de la marihuana.

Conocimiento, formación e investigación

FORTALEZAS	DEBILIDADES
FORMACIÓN - Enorme interés de las y los profesionales del nivel local por la formación. Formación desarrollada. - Oferta formación a centros escolares. - Formación a familias (Programa prevenir en familias). - Distribución continua de información a técnicos/as de prevención.	FORMACIÓN - Escasa formación en marketing, campañas y utilización de nuevas tecnologías y redes sociales, en juego y ludopatía, estilos de vida saludables y autocuidado, manejo de grupos y género. - Déficit de formación en uso de algunos materiales (unidades didácticas, uso de exposiciones,...). - Escasa formación conjunta del las y los agentes implicados. - No se ha generalizado una línea de información y formación con AP de Salud.
INVESTIGACIÓN - Estudio contextos de inicio tabaco y alcohol. - Impulso de líneas de investigación cualitativas con objetivos exploratorios y explicativos.	INVESTIGACIÓN - Falta de conocimiento sobre motivaciones del consumo, simbología del consumo de las distintas sustancias y participación en juegos de apuestas. - Nuevas estrategias de investigación: prospectivas y analíticas que ofrezcan datos más próximos a la realidad municipal y de zona. - Mantener la atención al consumo de psicofármacos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Encuesta Navarra de Juventud y Salud.
- ESTUDES, EDADES, del PNsD.
- Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra.
- Encuesta de Condiciones de Vida (ECV).
- Investigación cualitativa.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Muchas fuentes de información que no siempre remiten a parámetros de seguridad y calidad.

OPORTUNIDADES

- Modelos mixtos de oferta formativa (auto-formativa, expertos, semipresencial, online).

AMENAZAS

- Dificultad para integrar la formación e investigación en los tiempos de las y los profesionales.

Retos y prioridades

Incorporar el tabaco, las nuevas tecnologías y la prevención del juego patológico como contenidos explícitos del Plan.

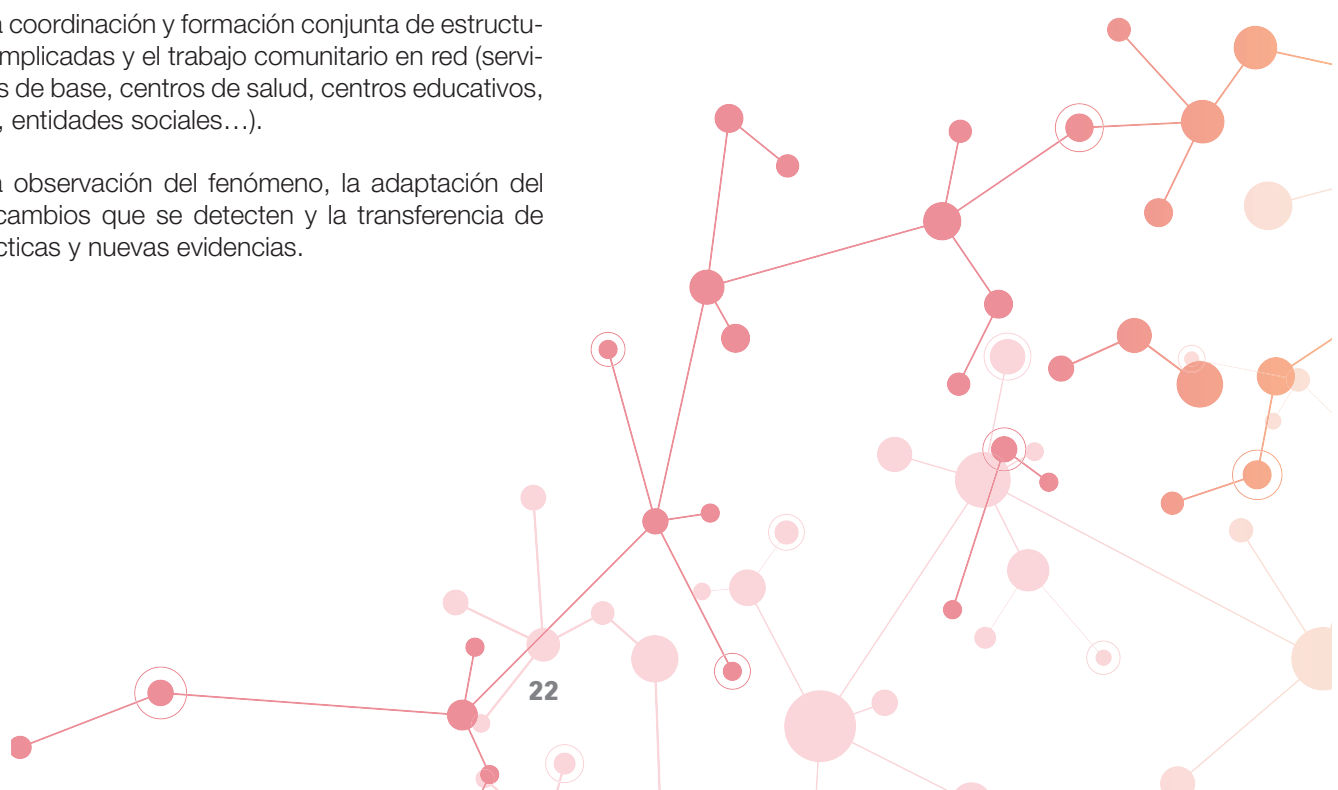
Fortalecer la estructura del Plan y reforzar la coordinación interdepartamental (Salud, Educación, Derechos sociales e Interior), y en Salud, la coordinación con Atención Primaria de Salud, Salud Mental y Salud Laboral.

Integrar promoción, prevención y atención a lo largo de las distintas etapas vitales, priorizando menores y prevención ambiental y selectiva e indicada con colectivos específicos.

Intensificar la perspectiva de género.

Favorecer la coordinación y formación conjunta de estructuras locales implicadas y el trabajo comunitario en red (servicios sociales de base, centros de salud, centros educativos, policía local, entidades sociales...).

Mantener la observación del fenómeno, la adaptación del Plan a los cambios que se detecten y la transferencia de buenas prácticas y nuevas evidencias.



3. MARCO LEGAL

La Estrategia Nacional de Adicciones (ENA) 2017-2024 dedica un apartado a la revisión normativa señalando entre otras cosas que “la normativa también es importante para tratar de promover un comportamiento saludable”.



“Cuando una persona enferma o se pone en peligro como resultado del comportamiento amenazador para la salud de otras personas, es imprescindible la legislación (como la que protege a los no fumadores). El Estado es responsable de asegurar la protección de la población infantil y adolescente a través de las normas legales, cuando otras medidas son insuficientes para proporcionar una protección efectiva. Las medidas legales deben encontrar respuestas adecuadas a los nuevos desafíos”.

Igualmente, corresponde al Estado trasladar a la normativa estatal directivas, reglamentos y recomendaciones internacionales y europeas que van modificando y/o ampliando las regulaciones existentes para ajustarse a la realidad estableciendo nuevos mecanismos de control ante la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas, el uso de precursores para la elaboración de drogas sintéticas o la comercialización y cultivo del cáñamo, así como sus derivados; además de las normativas reguladoras de las drogas legales, tabaco, alcohol y medicamentos.

Ejemplo de este traslado de normativa internacional es el Real Decreto-Ley 17/2017, de 17 de noviembre, por el que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, para transponer la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014 (B.O.E.. 18-11-2017).

Así mismo la Estrategia Nacional dedica cinco objetivos estratégicos a la revisión y mejora de la normativa referidos a la venta, promoción, dispensación y consumo de drogas legales (especialmente la dirigida a proteger a menores), al blanqueo de capitales relacionados con el tráfico de estupefacientes, a las nuevas sustancias psicoactivas, a los precursores susceptibles de derivación a la producción de drogas, y a la revisión de la normativa de juego y apuestas (online).

En alguno de estos temas las comunidades autónomas tienen competencias para la aprobación y/o desarrollo de normativas específicas; en otros temas como las sanciones a menores por consumos y tenencia de sustancias ilegales en Navarra seguimos las directrices que marca la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana favoreciendo medidas educativas alternativas a la sanción administrativa (multa).

Alcohol

En espera de una normativa a nivel estatal sobre alcohol, la **Sociedad Española de Epidemiología (SEE)** ha publicado un informe con once recomendaciones que consideran necesarias en la ley de alcohol y menores que prepara el Gobierno. Además, ha mostrado su apoyo al Informe de la Ponencia Menores sin Alcohol de la Comisión Mixta Congreso-Senado.

Navarra, no obstante ya aprobó en el año 1991 la LEY FORAL 10/1991, de 16 de marzo, sobre Prevención y limitación del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad (Publicada en el Boletín Oficial de Navarra de 5 de abril de 1991; BOE de 20 de septiembre de 1991).

Tabaco

En el caso del tabaco Navarra ha ido aprobando y desarrollando diferentes medidas.

LEY FORAL 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco. BOLETÍN Nº 23 - 21 de febrero de 2003.

ACUERDO de 30 de enero de 2006, del Gobierno de Navarra, por el que se aprueban Instrucciones sobre la aplicación en Navarra de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOLETÍN Nº 20 - 15 de febrero de 2006.

DECRETO FORAL 111/2017, de 13 de diciembre, por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar. BOLETÍN Nº 244 - 22 de diciembre de 2017.

Cannabis

En consonancia con otras comunidades autónomas Navarra ha regulado a través de la Ley Foral 24/2014, de 2 de diciembre, los colectivos de usuarios de cannabis en Navarra. Esta ley está suspendida por recurso de Inconstitucionalidad y por auto del Tribunal Constitucional.

Juego

El juego también ha sido objeto de regulación a través de distintas medidas:

LEY FORAL 18/2015, de 10 de abril, de modificación de la Ley Foral 16/2006, del juego (B.O.N. 15-4-2015).

ORDEN FORAL 98/2017, de 23 de junio, de la Consejera de Presidencia, Función Pública, Interior y Justicia, por la que se aprueba el I Plan de Inspección y Control en materia de juego y espectáculos públicos, para el período 2017-2020.

Otras leyes autonómicas

Incorporamos a este apartado otras tres leyes autonómicas que han tenido y tendrán efectos sobre el desarrollo del III Plan Foral de Adicciones:

- Ley Foral 15/2005 de Promoción, Atención y Protección a la infancia y adolescencia y Decreto Foral 7/2009 de 19 de enero, por el que se aprueba el reglamento de su desarrollo parcial.
- Decreto Foral 47/2010 de derechos y deberes del alumnado y de la convivencia en los centros educativos no universitarios públicos y privados concertados de la Comunidad Foral de Navarra.
- Orden Foral 204/2010, de 16 de diciembre, del Consejero de Educación por la que se regula la convivencia en los centros educativos no universitarios públicos y privados concertados de la Comunidad Foral de Navarra.

Planes y estrategias de referencia

Las normativas autonómicas sirven de paraguas para el conjunto de planes de Gobierno de Navarra con los que el Plan de Prevención: Drogas y Adicciones puede establecer relaciones y cauces de colaboración, por ejemplo:

Plan Estratégico de Inclusión de Navarra 2018-2021.

I Plan de Inspección y Control en Materia de Juego y Espectáculos 2017-2020.

Estrategia para el Desarrollo de la Población Gitana en Navarra 2018-2021.

Estrategia de Atención Primaria de Salud 2017-2019.

Estrategia de Envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022.

I Plan Integral de Juventud 2013- II Plan Foral de Juventud 2017-2019.

Plan anual de Formación del Profesorado.

II Plan Integral de apoyo a la familia, la infancia y la adolescencia 2017-2023.

III Plan de Universidad Saludable 2016-2020 y Programas realizados en la UPNA.

Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2008-2012.

En este sentido y para terminar este punto sobre el marco normativo señalaremos las estrategias y planes con las que el PPDA ya comparte objetivos y principios:

OMS Estrategia de Salud 2020.

Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020). Planes de Acción 2013-2016 y 2017-2020.

Estrategia del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías 2025.

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud 2013.

Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA 2017-2024). Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020.

Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Plan de Acción del Departamento de Salud 2015-2020.

Plan de Salud Pública 2014-2020.

III Plan Estratégico de Salud Mental, 2019 - 2023.

Estrategia Osasunbidea: Caminando por la Salud 2015-2020.

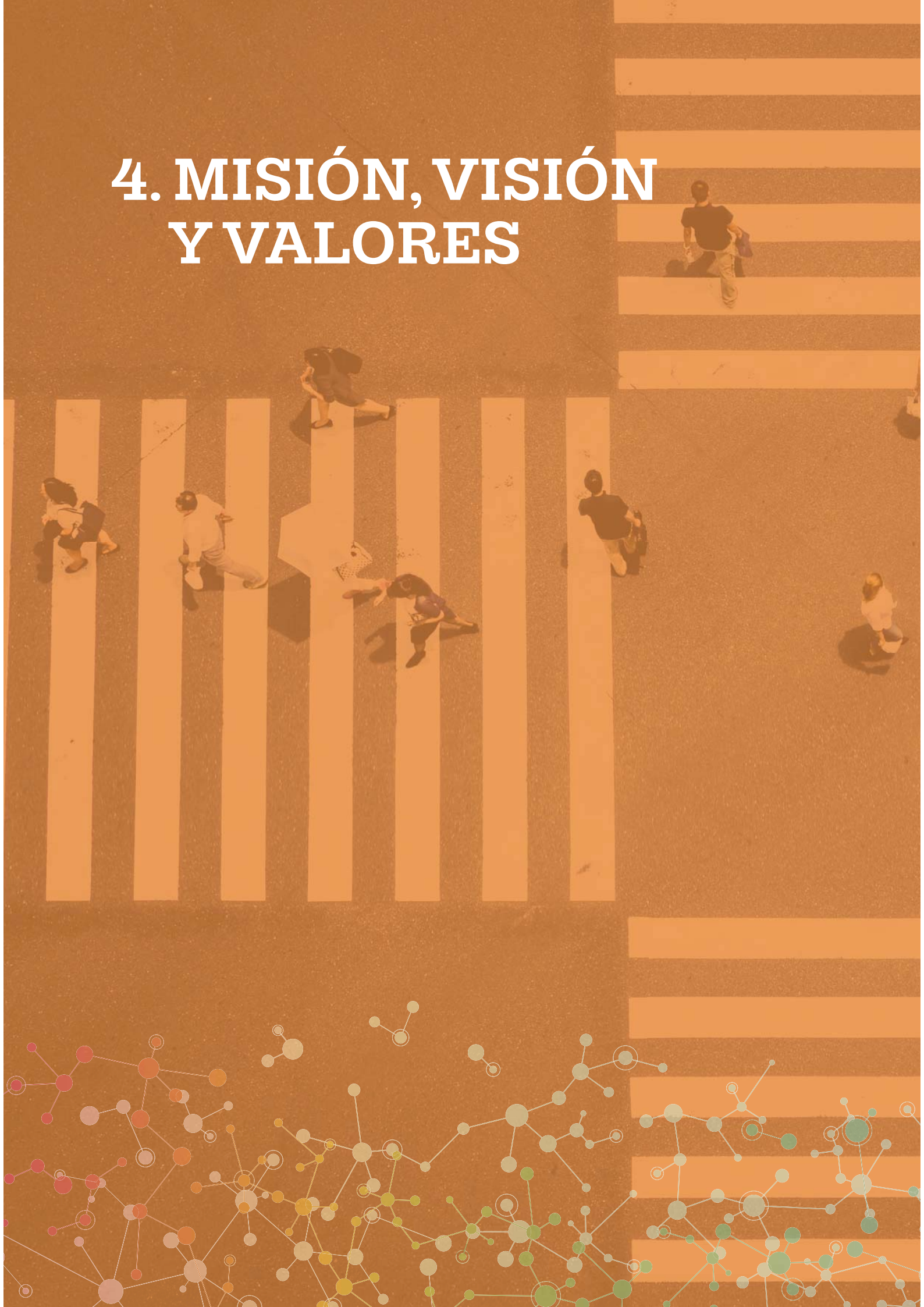
III Plan de Salud Laboral de Navarra 2015 - 2020. Plan de Acción de Salud Laboral Navarra 2017 - 2020.

Plan Director para la Convivencia y Mejora de la Seguridad en los Centros Educativos y sus Entornos 2007.

Plan para la Mejora de la Convivencia Escolar 2006.

Programa PROEDUCAR Navarra.

4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



Misión

Ofrecer a las administraciones públicas, entidades sociales y recursos locales un marco de referencia común, para promover y preservar la salud de las personas que se relacionan con las drogas y/o tienen comportamientos con potencial adictivo, para que lleven a cabo programas y líneas de actuación en las distintas etapas vitales y los diferentes ámbitos de actuación.

Visión

Al final del III Plan la sociedad Navarra será más sensible a las consecuencias del consumo de drogas y otros comportamientos con potencial adictivo y pondrá en marcha iniciativas para favorecer entornos y comportamientos más saludables para jóvenes, mayores y familias.

Enfoques y valores

- **Enfoque de Derechos Humanos** en el sentido de considerar que la salud y disfrutar del grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, tal y como plantea la OMS, y la persona es el principal agente de su salud y su vida. Se trata de avanzar en el “transitar de la prohibición, a una efectiva prevención y regulación que pongan en el centro el bienestar de las personas” (Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre el Problema Mundial de las Drogas).

- **Empoderamiento en salud.**

Fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y las comunidades para mejorar y mantener su salud y capacidad funcional a lo largo de todo el curso de vida y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables y seguros.

- **Enfoque de diversidad e interculturalidad.**

De modo que se tomen las medidas necesarias para facilitar el acceso a la prevención y promoción de salud y la atención a las personas con identidades y culturas diversas de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a sus necesidades, promoviendo paralelamente su inclusión social.

- **Enfoque de salud pública** como ciencia y arte que implica a múltiples sectores, instituciones y profesiones, personas, entidades y agentes sociales para incluir todos los esfuerzos organizados de la sociedad en la prevención de adicciones y promoción de la salud.

- **Enfoque de salud en todas las políticas** que tiene en cuenta los determinantes sociales, económicos y ambientales, lo que conlleva un planteamiento que tenga en cuenta al sector salud y las políticas de salud y al resto de sectores implicados e impulse espacios de colaboración y participación.
- **Enfoque de prevención y promoción de la salud.**

La prevención abarca las medidas destinadas a evitar no solo la aparición de consumos problemáticos mediante la reducción de los factores de riesgo y el desarrollo de factores de protección, sino también la reducción de riesgos y daños asociados al consumo.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca, no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto sobre la salud pública e individual.

- **Enfoque de comprensión amplia de los entornos.**

Incorporación de una visión amplia de la influencia de los entornos físicos, socioeconómicos y psicosociales, incluidos modelos y normas sociales y de la interrelación entornos-persona.

Ampliar el concepto de “entorno cercano” asociado a que internet y el uso de las nuevas tecnologías nos acerca a cualquier parte del mundo incluso a aquellas que no sabemos dónde se sitúan y las tenemos tan cerca que las llevamos en el bolsillo.

- **Responsabilidad personal y social.**

La responsabilidad social de la salud es importante y se refleja en las políticas y prácticas que aplican los sectores público y privados. También es necesario considerar el efecto profundo que los estilos de vida individuales pueden ejercer en la salud de un individuo y en la de otros.

La salud es un patrimonio personal y según la valoración que hagamos de la misma, serán nuestras conductas y el estilo de vida que desarrollemos, ésta se configurará en base a la necesidad de mantener nuestro patrimonio salud. Contamos para ello con alianzas de otras personas (la familia fundamentalmente en edades tempranas de la vida) e instituciones (sanitarias, escuela, administración en general).

El consumo de sustancias y otras conductas con capacidad adictiva pueden afectar a nuestra salud.

Principios rectores

- **Integralidad.** Las actuaciones abordarán de manera conjunta los factores de riesgo y de protección relacionados con la persona, los contextos y la sustancia, con un enfoque multiestratégico y teniendo en cuenta aspectos físicos, mentales y sociales.
- **Participación.** Las decisiones y acciones se centrarán en las personas y las comunidades para favorecer su desarrollo y conseguir resultados. Es necesaria una implicación activa de toda la ciudadanía en el abordaje del fenómeno de uso de drogas, nuevas tecnologías y juego.
- **Evidencia.** Las recomendaciones e intervenciones se sustentarán en la evidencia de efectividad demostrada, profesionalidad y ética.
- **Equidad.** Facilitar en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de inclusión social, con carácter público y gratuito, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.
- **Perspectiva de Género.** Incorporar la perspectiva de género como marco analítico y a desarrollar las herramientas necesarias que permitan visibilizar, analizar y hacer frente a la diferente presentación y afectación de los consumos y adicciones en las mujeres e incorporar las necesidades y realidad de las mujeres en todas las acciones e intervenciones estratégicas.
- **Intersectorialidad e interdisciplinariedad.** Ofrecer un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspirar a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.
- **Eficiencia y sostenibilidad.** Apostar por una gestión eficiente de los recursos que garanticen la eficacia y la sostenibilidad del sistema y su evaluación; y que permita asegurar la ejecución de las políticas acordadas, mediante la consignación presupuestaria correspondiente y suficiente.
- **Adaptabilidad** a las situaciones y necesidades cambiantes del fenómeno.



5. OBJETIVOS GENERALES

- Promover y preservar la salud de las personas disminuyendo las consecuencias negativas y daños relacionados con los consumos de drogas y otras conductas que pueden generar adicciones, fomentando entornos saludables.
- Aumentar la percepción de riesgo al consumo de drogas y otras conductas adictivas y disminuir la tolerancia social al consumo de menores.
- Disminuir los consumos de riesgo y las adicciones comportamentales y sus consecuencias en la comunidad.
- Retrasar la edad de inicio de los consumos potencialmente adictivos.



6. ÁREAS DE ACTUACIÓN



Las Áreas de actuación intentan incidir en consumos relacionados con:

- Alcohol, tabaco y cannabis, que son las sustancias más consumidas y más accesibles.
- Otras drogas tanto las que vienen teniendo cierta presencia en nuestro entorno como las nuevas sustancias adictivas.
- También plantea mantener una mirada atenta a los psicofármacos con y sin receta, a su evolución y usos.

Incluye así mismo adicciones sin sustancia o comportamentales especialmente juegos de apuestas (presencial y on line) así como videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías. Ya el II PFD incluía actuaciones en este sentido pero en este III Plan se incluye como otro campo más de trabajo sobre el que mantener una mirada y una acción estable.

Así, se distinguen tres áreas de actuación, cada una con un número variable de líneas de acción que intentan mantener las fortalezas y corregir o compensar las debilidades identificadas en la evaluación del II Plan.

Estas tres áreas son:

6.1. Gobernanza, liderazgo y coordinación.

6.2. Prevención y Promoción de la Salud.

6.3. Socialización del conocimiento, formación e investigación.

6.1. GOBERNANZA, LIDERAZGO Y COORDINACIÓN

El término gobernanza se asocia con la búsqueda de “buen gobierno” a través de la toma de decisiones públicas, atendiendo a las demandas y aportaciones del conjunto de personas y entidades sociales, en beneficio de una adecuada acomodación entre intereses diversos y asuntos comunes.

Para desarrollar una política integral es necesario que se mantenga una visión global y se intervenga en los diferentes ámbitos en los que se produce la interacción entre la persona, la sustancia y su contexto. Para ello es imprescindible garantizar la participación de instituciones de muy diverso tipo:

- Administraciones públicas de ámbito municipal, foral, estatal y europeo.
- Administraciones públicas y entidades sociales relacionadas con la promoción y prevención.
- Administraciones públicas y entidades sociales de los diferentes sectores más implicadas: educación, salud, servicios sociales, seguridad pública, etc.

Objetivo

Reforzar y difundir el Plan y favorecer la coordinación y el trabajo intersectorial a nivel estatal, de CCAA y a nivel local.

Líneas de acción

En este marco, desde el Área de Gobernanza proponemos cinco líneas de actuación que contribuyan a lograr que la respuesta ante las problemáticas relacionadas con el uso de drogas sea planificada, coherente y responsable entre las administraciones públicas y entidades sociales implicadas, tanto a nivel central como local.

6.1.1. MANTENIMIENTO DEL LIDERAZGO Y REFUERZO DE LA ESTRUCTURA DEL PLAN

- Ampliación del liderazgo institucional.
- Mantenimiento del liderazgo técnico del Plan y mejora de los recursos.
- Organización y funcionamiento del propio Plan y su articulación en la Sección. de promoción de la Salud.

6.1.2. DIFUSIÓN DE ESTE III PLAN. COMUNICACIÓN PÚBLICA

- Difusión del Plan, recomendaciones, materiales, etc. Y desarrollo de la capacidad comunitaria incorporando nuevas tecnologías.
- Campañas centrales anuales sobre diferentes temas con participación de centros o entidades colaboradoras.
- Medios y soportes de apoyo a campañas locales.

6.1.3. COORDINACIÓN INTERDEPARTAMENTAL E INSTITUCIONAL

- Consolidación de la coordinación dentro del Departamento de Salud: Promoción de Salud, Salud Laboral, Atención Primaria y Salud Mental.
- Consolidación de las coordinaciones bilaterales.
- Ampliación de la coordinación con otros departamentos o administraciones públicas (Justicia, Interior, FNMC, etc.) Creación de una nueva Comisión de Seguimiento del Plan compuesta por Direcciones generales de ISPLN y Departamentos de Educación, Derechos Sociales e Interior.
- Creación de espacios de relación con el servicio de investigación de la UPNA.
- Mejora de la coordinación central con el PND.
- Desarrollo de espacios de encuentro y coordinación entre el conjunto de profesionales sociales, sanitarios, educativos... y asociaciones locales.

6.1.4. DIRECTRICES Y CRITERIOS DE BUENA PRÁCTICA

- El establecimiento de directrices y criterios de buena práctica.
- Unificar enfoques y criterios de prevención entre los distintos agentes que intervienen.

6.1.5. APOYO A ESTRUCTURAS LOCALES/TRABAJO COMUNITARIO EN RED

- Apoyo a las estructuras locales: información, apoyo económico, espacios de encuentro...
- Estudio de estabilización personal de los actuales Planes municipales.
- Apoyo al trabajo comunitario en red: asesoramiento, formación, materiales...

En la evaluación del II PFD se valora positivamente el liderazgo del Plan y se plantea la necesidad de activar, mantener y ahondar, según el caso, en los mecanismos de coordinación en todos los ámbitos, tanto a nivel central, con el Plan Nacional sobre drogas y en Navarra entre los Departamentos de Salud, Educación, Derechos Sociales e Interior como a nivel local entre ayuntamientos y servicios municipales, centros educativos, centros de salud y entidades sociales, potenciando el trabajo en red.

6.1.1. MANTENIMIENTO DEL LIDERAZGO Y REFUERZO DE LA ESTRUCTURA DEL PLAN

Dado que la prevención de drogas y adicciones implica a múltiples sectores, instituciones, profesionales, entidades y agentes sociales es necesaria la presencia e influencia del Plan en todas ellas.

En la evaluación del II Plan se valora positivamente la capacidad de respuesta y apoyo de las y los profesionales del Plan y se plantea la necesidad de ampliar el liderazgo institucional del Plan en el conjunto de las estructuras y políticas que influyen en los fenómenos de los consumos.

La estructura del Plan ha sido el motor de los diferentes Planes desarrollados que no hubieran sido posibles sin la implicación de los planes municipales y las entidades sociales participantes.

El desarrollo del Plan necesita del impulso y creación de planes municipales a nivel local, con la implicación de ayuntamientos y mancomunidades de servicios.

Esta línea incluye:

- Ampliación del liderazgo institucional que refuerce la presencia del Plan y su influencia.
- Mantenimiento del liderazgo técnico del Plan y mejora de los recursos que posibilite el cumplimiento de los objetivos, acciones y evaluación de este III Plan.
- Organización y funcionamiento del propio Plan y su inserción o articulación con otros proyectos de la propia Sección de Promoción de la Salud, la Salud Pública y el Departamento de Salud en las que el Plan se encuadra.

6.1.2. DIFUSIÓN DEL PLAN. COMUNICACIÓN PÚBLICA

La comunicación es una herramienta fundamental para la difusión del Plan y para su conocimiento por los diferentes ámbitos a los que se pretende llegar y por las distintas estructuras con las que se considera importante trabajar.

Además la Información/comunicación en materia de salud pública en general y de forma específica en la prevención de drogas y adicciones es un derecho de la ciudadanía y una estrategia fundamental para mejorar la salud de una población.

Como contenido comprende la información sobre la situación de salud, sus determinantes y riesgos relevantes y sobre las actuaciones de salud pública que se ponen y se pueden poner en marcha.

También se plantea la necesidad de poner en marcha campañas centrales sobre diferentes temas y desarrollar medios y soportes de apoyo a campañas locales adecuando las acciones a las características de la población y diversidad de Navarra que aparece como una demanda del proceso participativo.

Esta línea incluye:

- Desarrollo de la capacidad comunicativa del Plan, incorporando las nuevas tecnologías, muy demandado en el proceso participativo.

Ello es necesario por una parte para el desarrollo del liderazgo institucional planteado en el apartado anterior y avanzar así en la mejora del conocimiento del Plan por las diversas estructuras, a las que se propone coordinación y colaboración, y los centros y servicios implicados en su desarrollo: centros educativos, de salud, sociales y entidades locales y, por otra para difusión de recomendaciones, materiales, etc. del Plan.

- Campañas centrales anuales sobre diferentes temas.

Las campañas centrales permiten informar y sensibilizar a la población sobre diferentes temas e incidir en los contextos socioculturales y modelos de consumo permisivos, percepción del riesgo, etc. aspectos fundamentales en la prevención ambiental. Se plantea realizar Campañas centrales con la participación de entidades implicadas sobre alcohol, cannabis, adicciones sin sustancias, tabaco... como las que ya se han iniciado en 2018.



- Medios y soportes de apoyo a campañas locales.

Las campañas locales permiten adecuar los mensajes a la situación y especificidades locales o que favorece la penetración de los mensajes. Permite también difundir información sobre proyectos y acciones locales.

6.1.3. COORDINACIÓN INTERDEPARTAMENTAL E INSTITUCIONAL, CENTRAL Y LOCAL

La coordinación y cooperación de los distintos agentes es fundamental para el necesario desarrollo multifactorial e intersectorial.

En la evaluación se plantea como positivo distintos aspectos de coordinación central y local, así como los encuentros de profesionales de los Planes municipales y se demanda incorporar también a las entidades sociales en algunos de estos encuentros.

Esta línea incluye:

- Consolidación de la coordinación dentro del Departamento de Salud: Promoción de la Salud, Salud Laboral, Atención primaria y Salud Mental.
- Consolidación de la coordinación bilateral que se viene desarrollando en el II Plan: Plan de Infancia y familia, Comisión Técnica Salud – Educación, UPNA, Juventud, Derechos Sociales, Servicio de Régimen Jurídico de Interior, etc.

- Ampliación de la coordinación con otros departamentos o administraciones públicas (Justicia, Interior, etc.) Creación de una nueva Comisión de Seguimiento del Plan compuesta por Direcciones generales de ISPLN y Departamentos de Educación, Derechos Sociales e Interior.
- Creación de espacios de relación con el servicio de investigación de la UPNA.
- Mejora de la coordinación central con el PNsD.
- Desarrollo de espacios de encuentro y coordinación entre el conjunto de profesionales sociales, sanitarios, educativos... y asociaciones locales. Se trata de un fenómeno complejo y se lidera desde la estructura de salud pero compete al conjunto de las administraciones.

El Consejo interdepartamental de salud será el espacio adecuado para presentar propuestas de distinto tipo, incluidas las revisiones o nuevas propuestas legislativas que se vayan considerando y elevarlas al órgano que proceda. Es importante la vigilancia del cumplimiento de la ley.

6.1.4. DIRECTRICES Y CRITERIOS DE BUENA PRÁCTICA

Existen muchas actuaciones evaluadas que han dado buenos resultados y que se pueden replicar en nuestro entorno, también los planes anteriores han puesto en marcha estrategias que han funcionado y que pueden seguir haciéndolo.

Esta línea incluye:

- El establecimiento de directrices y criterios de buena práctica en las actuaciones dirigidas a las distintas etapas de la vida en los diferentes ámbitos de actuación e integrando estrategias de prevención, promoción y atención.
- Unificar enfoques y criterios de prevención entre los distintos agentes que intervienen.

6.1.5. APOYO A LAS ESTRUCTURAS LOCALES IMPLICADAS EN EL PLAN Y PROMOVER EL TRABAJO COMUNITARIO EN RED

La diversidad de Navarra obliga a adecuar las intervenciones y contar con aquellas estructuras cercanas a la población. La unidad administrativa de municipio o man-comunidad es fundamental para esta tarea.

En el desarrollo del II PFD ha sido un pilar básico la participación de los planes municipales y distintas entidades sociales. En la evaluación del II Plan se plantea la necesidad de estabilización de su personal. A la vez se ve necesario que se promueva la implicación de nuevas estructuras y entidades.

En esta línea se plantea también la necesidad de estabilizar y buscar el equilibrio geográfico de los recursos locales de prevención, sujeta hoy a la asignación presupuestaria anual de las subvenciones y a la motivación e implicación de cada ayuntamiento.

La promoción del trabajo en red y la articulación de los recursos locales de todo tipo (municipales, educativos, de salud, sociales y comunitarios) se considera imprescindible.

Esta línea incluye:

- Apoyo a las estructuras locales Programas municipales y entidades sociales: información, apoyo económico, espacios de encuentro...
- Estudio de estabilización personal de los actuales Planes municipales.
- Apoyo al trabajo comunitario en red: asesoramiento, formación, materiales...

Evaluación

- Nº de profesionales que configuran la estructura del Plan y nº y tipos de productos desarrollados.
- Número y tipo de acciones de información del Plan puestas en marcha.
- Nº de Estructuras de coordinación establecidas o en las que se participa.
- Acciones de promoción de trabajo en red.
- Presupuesto asignado a las subvenciones y entidades y proyectos subvencionados.
- Buenas prácticas promovidas/recogidas/ financiadas...

6.2. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dado que el fenómeno de las adicciones es multidimensional y los consumos de drogas afectan desde edades muy tempranas, la prevención y promoción de la salud requiere respuestas diversificadas y bien articuladas

desde antes de que se inicien los consumos y a lo largo de todas las etapas vitales y con la implicación de los diferentes ámbitos en los que las personas nacen, viven, se desarrollan, acuden, juegan, estudian, trabajan, se divierten...

Además, tal y como se viene haciendo en los dos Planes anteriores, se proponen respuestas desde estructuras normalizadas y cercanas a las personas, que surgen de la organización y coordinación de los servicios sanitarios, sociales y educativos junto a las entidades sociales y otros recursos de la comunidad de Navarra y de nuestra práctica en el desarrollo de la prevención, con el siguiente esquema:

- La distinción entre prevención universal, selectiva o indicada está basada en el riesgo en relación a los usos de drogas y nos define la población, grupo o individuos a los que nos dirigimos. Así la Prevención universal se dirige a toda la población (alumnado, barrio, comunidad, familia...) sin tener en cuenta las situaciones de riesgo o vulnerabilidad. Sus contenidos son hacer especial hincapié sobre los factores de protección ante los consumos de drogas y fomentar las actitudes y hábitos saludables. Esta tarea se realiza preferentemente antes de que se inicien los consumos.

Intensidad de la respuesta según grupo destinatario y ámbito

	ÁMBITO FAMILIAR	ÁMBITO SANITARIO	ÁMBITO EDUCATIVO	ÁMBITO LABORAL	ÁMBITO COMUNITARIO
Infancia y adolescencia	XXX	XX	XXX		XXX
Juventud	XX	X	XX	X	XXX
Población adulta	XX	XX	X	XX	XXX
Población general	X	XX	X	X	XXX

En esta respuesta se plantea mantener el enfoque preventivo centrado en un punto de vista multidimensional incluyendo Factores de Protección (FP) y Factores de Riesgo (FR), muy útil para definir las variables sobre las que incidir ya sea a nivel de las personas, como de los contextos, con especial atención a los elementos de vulnerabilidad y las poblaciones en los que confluyen mayor número de ellos.

Las estrategias preventivas tienen, pues, la finalidad de intensificar los FP y reducir los FR, tanto de las personas como de los entornos en los que viven.

Este III PPDA mantiene la utilización de la clasificación del Observatorio Europeo que distingue entre estrategias ambientales, prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.

- Las estrategias ambientales se dirigen a modificar el ambiente cultural, social, físico y económico en el que las personas toman sus decisiones acerca de las drogas, fundamentalmente influyendo en las actitudes y las normas en relación a los usos de drogas fundamentalmente en aquellas que normaliza y tolera su uso.

- La Prevención selectiva se dirige a subgrupos que presentan un especial riesgo de consumo de drogas. Los grupos en situación de riesgo pueden establecerse en base a cualquiera de los factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales, caracterizados como factores de riesgo (alta conflictividad, desapego, consumo/tráfico de drogas en la familia, fracaso y absentismo escolar, problemas de conducta, consumos, Prisión...) Estas intervenciones se dan en cualquier ámbito (escolar, familiar, comunitario, etc.) y van dirigidas a reducir los riesgos y a fomentar actitudes responsables ante los consumos de drogas. Se dirigen a quien no se ha iniciado en los consumos, manifiestan ya comportamientos poco saludables o se encuentran claramente en actitud de hacerlo.
- La Prevención indicada se dirige a personas afectadas por un conjunto de factores de riesgo y/o que experimentan los primeros síntomas de abuso en el consumo de drogas o tienen otros problemas de conducta vinculados. En ningún caso se dan criterios diagnósticos de adicción y la intervención se dirige a evitar usos problemáticos.

El II Plan avanzó en el desarrollo de modelos, enfoques, programas y proyectos de trabajo local cuya evaluación

constituye la base de este tercer Plan. La existencia de estructuras que trabajan en espacios próximos a la población, la red de técnicas y técnicos de prevención y su cooperación estable con las entidades sociales, el compartir modelos de prevención, la existencia y transferencia de modelos de buenas prácticas, entre otras, se consideran fortalezas del trabajo desarrollado.

Objetivo

Promover la salud y prevenir las adicciones en las distintas etapas vitales mediante estrategias de prevención ambiental, universal, selectiva e indicada, con perspectiva de género y especial atención a los colectivos más vulnerables, actuando sobre las sustancias, con las personas y sobre el entorno.

Lineas de acción

En este marco, desde el área de prevención y promoción de salud se proponen las siguientes líneas de actuación:

6.2.1. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Ámbito familiar

- Contexto familiar y Parentalidad positiva. Atención a las situaciones de vulnerabilidad familiar. Refuerzo de proyectos preventivos con familias.
- Escuelas de madres y padres, Prevenir en familia, Guías, etc.

Ámbito sanitario

- Información/Educación en el Programa de Salud Infantil.

Ámbito escolar

- Proyecto de prevención de adicciones con y sin sustancia en centros educativos.
- Contexto escolar y Prevención y Promoción de Salud en la Escuela.
- Red de Escuelas Promotoras de Salud en Europa.
- Centros Educar sin drogas.
- Programas de absentismo y apoyo escolar.

Ámbito comunitario

- Proyectos locales en red de ocio seguro y saludable.

- Promoción y Apoyo a redes comunitarias de infancia con participación de recursos locales.
- Programas y actividades de ocio.
- Programa de Atención SocioEducativa (PASE).
- Programas de educación para un ocio saludable y creativo.

6.2.2. JUVENTUD

Ámbito familiar

- Contexto familiar y Parentalidad positiva. Atención a las situaciones de vulnerabilidad familiar.

Ámbito Sanitario

- Información, materiales, protocolos.

Ámbito escolar

- Contexto escolar y Prevención y Promoción de Salud en la Escuela.
- Red de Escuelas Promotoras de Salud.
- Continuar con el Proyecto de prevención de adicciones con y sin sustancia.
- Centros Educar sin drogas: Prevención y abordaje de los consumos.
- Universidad saludable.

Ámbito Laboral

- Formación profesional: Ciclos formativos, Talleres profesionales y Formación profesional especial.
- Implicación estructuras de prevención.

Ámbito comunitario

- Colaboración con entidades municipales y sociales. Promoción y apoyo a proyectos locales comunitarios (bajeras, espacios de ocio, conciertos, trabajo entre iguales...) Proyectos locales en red de ocio seguro y saludable. Voy y vengo. Servicios responsables.
- Sensibilización e información-educación para jóvenes (jornadas, talleres, exposiciones, teatros...).

- Apoyo a programas municipales para jóvenes en situación de vulnerabilidad (socioeconómica, étnica, cultural, educativa, sociolaboral...).

6.2.3. POBLACIÓN ADULTA

Centros de Salud

- Identificación y abordaje de consumos o comportamientos adictivos.
- Consejo dejar de fumar, detección precoz e intervención breve para reducir el consumo excesivo de alcohol. Derivación a Salud Mental.
- Uso racional de psicofármacos.
- Coordinación con Salud Mental.

Ámbito Laboral

- Información sobre sustancias y consecuencias de sus consumos en el ámbito laboral.
- Cursos de formación Servicio Navarro de Empleo, Formación Profesional.
- Definir el papel e Implicación de las estructuras de prevención. Derivación a centros de salud.

Ámbito comunitario

- Apoyo al tratamiento y a la incorporación social.
- Programas específicos: Desarrollo de estilos de vida saludables, incorporación social, Grupos de Autoayuda y Prevención de Recaídas.

6.2.4. POBLACIÓN GENERAL. ÁMBITO COMUNITARIO

- Revisión, difusión, vigilancia del cumplimiento de la legislación y, si procede, propuestas de normativas, programas y/o convenio.
- Información y comunicación pública.
- Campañas dirigidas a incrementar la percepción de riesgo y la reflexión social sobre la normalización y la tolerancia a los consumos.
- Formación de mediadores comunitarios.
- Desarrollo de planes de intervención en situaciones de vulnerabilidad.

6.2.1. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La infancia y adolescencia es una población prioritaria para la prevención y promoción de la salud. Las edades de inicio según la ENJS 2014 son 15,3 años para el tabaco, alcohol 14,7 y cannabis 16,1. Estas son además las sustancias de mayor prevalencia en el grupo de edad de 14 a 17 años teniendo muy poca presencia el resto de sustancias. En los últimos años los consumos parecen estabilizarse para el tabaco, mantenerse para el cannabis y aumentar para el consumo intensivo de alcohol.

Un cambio importante a considerar es la feminización de los consumos en este grupo de edad (mayor proporción de chicas que fuman y beben) (ENJS 2014).

Las pantallas ocupan ya parte de la vida de las y los adolescentes. Son una herramienta de información y comunicación, de juego, etc. Existe una preocupación social por el tiempo de exposición y el posible “enganche” a las pantallas.

Respecto a la equidad, es importante poner “trampolines” para subsanar desventajas (OMS). La pobreza, los fracasos y abandonos escolares, la desprotección familiar... generan brechas importantes.

Esta población requiere de la participación activa y coordinada de la familia, los sistemas de salud y protección social y la escuela. Implica la vigilancia del cumplimiento de las leyes (tabaco, alcohol, juego...), crear entornos protectores, y abordar las dificultades de adaptación, los problemas de comportamiento y otras circunstancias que surgen a edades tempranas.

En esta línea se plantea:

- **Ámbito familiar:**

Contexto y Parentalidad positiva. Familias en situación de vulnerabilidad. Refuerzo de los Proyectos preventivos con familias.

Se aboga por contextos y climas familiares protectores, seguros y saludables y se apoyan estilos educativos asertivos, democráticos y participativos, basados en la autenticidad y empoderamiento de madres y padres y en la promoción de la aceptación, autoestima y autonomía del hijo o de la hija y en una gestión de la autoridad basada en normas y límites razonados, claros, dictados por la necesidad, la lógica y el afecto, porque son los que favorecen el desarrollo personal y social, la prevención de adicciones y la promoción de la salud.

Incluye el refuerzo de los Proyectos preventivos con familias: Escuelas de madres y padres, Programa de Prevenir en familia, Guías para familias, Programas de Entidades sociales, etc. La educación parental cons-

tituye un trabajo común de las y los profesionales de nivel local, un aspecto (objeto) importante del trabajo comunitario en red. Así como intervenciones individuales y grupales dirigidas a familias en situación de vulnerabilidad.

- **Ámbito sanitario:**

Información/Educación en el Programa de Salud Infantil.

Los exámenes periódicos de salud que se desarrollan en el marco del Programa de salud infantil constituyen importantes oportunidades para favorecer el desarrollo de estilos de vida saludable e ir desarrollando factores de protección y reduciendo factores de riesgo. Es importante definir contenidos y recomendaciones específicas para cada grupo de edad.

Comprende actividades como elaboración de protocolos, formación de profesionales, materiales de apoyo, etc.

- **Ámbito escolar:**

Contexto y Prevención y Promoción de Salud en la Escuela.

Junto a la familia, la escuela constituye un contexto educativo por excelencia. Es importante la creación de ambientes saludables físicos (es un espacio libre de humo y de consumos), y psicosociales: normas y resolución de conflictos, reparto de tareas y funciones, educación socioemocional, etc., en definitiva promover un alumnado como agente activo de su propia educación y de su propia vida.

Respecto al tratamiento curricular, requiere contenidos específicos adecuados a las distintas etapas educativas (infantil, primaria y secundaria) y situaciones del grupo y procurar al alumnado de forma transversal el desarrollo de recursos y capacidades necesarios que apoye estilos de vida y comportamientos seguros y saludables.

Incluye un Proyecto de prevención de adicciones con y sin sustancia en centros educativos adecuado a cada grupo de edad con actividades de sensibilización, formación, facilitar materiales para el profesorado, materiales para el alumnado (exposiciones, videos, folletos...), así como apoyo a las redes y trabajo comunitario.

Plantea también un Proyecto de integración de la prevención en el Plan estratégico de Atención a la diversidad, con intervención en situaciones de vulnerabilidad (apoyo escolar, espacios de tiempo libre, asistencia a comedor escolar...), transferencia del "Programa Educar sin drogas: prevención y abordaje

de los consumos", etc. para intentar reducir la brecha educativa.

- **Ámbito comunitario:**

El Plan de Infancia plantea que cualquier grupo humano que vive en un territorio, tiene la capacidad y posibilidad de ser un entorno protector de la infancia y considera la comunidad (un pueblo, un valle, un barrio...) como un elemento esencial para el desarrollo de las personas, y por lo tanto una perspectiva necesaria para abordar las cuestiones relacionadas con la infancia.

Se trata de construir o reforzar, a partir de lo que existe, de los propios recursos, una red de alianzas, complicidades, contrastes y acciones que tengan en cuenta a la infancia y sus necesidades, impulsando su participación en la vida comunitaria y creando y reforzando organizaciones infantiles y juveniles que participen plenamente en la gestión de los espacios comunitarios.

Incluye actividades como: Programas de educación para un ocio saludable y creativo, promoción y apoyo a redes comunitaria, Proyectos locales en red de ocio seguro y saludable en la línea del Plan de Acción estatal, Promoción y apoyo a redes comunitarias de infancia, campañas y otras actividades de información, programas de entidades sociales que promuevan el trabajo educativo con niñas y niños, impulsar espacios de participación y proyectos de ocio y tiempo libre que integre a niños y niñas en situaciones de vulnerabilidad, etc. También incluye el Programa de Atención Socioeducativa (PASE) dirigido a menores de edad que han sido sancionados administrativamente por consumo o tenencia de drogas.

6.2.2. JUVENTUD

La adolescencia y juventud son etapas vitales en las que las personas desarrollan y consolidan su personalidad, iniciando cada cual por diferentes factores, recorridos vitales en los que se van tomando importantes decisiones relacionadas con los estilos de vida y la forma de relacionarse con las drogas, las nuevas tecnologías, el juego... Comprende años en los que los porcentajes de población que consume alcohol, tabaco y cannabis son más altos, con especial relevancia de borracheras y consumos intensivos "binge drinking" de alcohol y consumo de cannabis. Empiezan a aparecer adicciones sin sustancias. Las apuestas, juegos de azar y los videojuegos tienen una presencia importante.

Es importante prestar atención al grupo de 18 a 29 años que es el grupo en el que se dan los mayores porcentajes

de consumo para alcohol, tabaco y cannabis y tener en cuenta en él la perspectiva de género.

En esta etapa, para la prevención y promoción de la salud, la familia y los centros educativos siguen siendo un referente y cobran especial relevancia las relaciones entre pares y los espacios y alternativas de ocio.

Por otro lado, la juventud no escolarizada y no integrada en el mercado laboral y la perteneciente a colectivos desfavorecidos socioeconómicamente acumulan riesgos que requieren intensificar estrategias específicas de acercamiento.

- **Ámbito familiar:**

Contexto familiar y Parentalidad positiva. Familias en situación de vulnerabilidad.

Es importante mantener contextos saludables en casa y que la familia apoye a adolescentes y jóvenes en educación en nuevas tecnologías, consumos de drogas y prevención del juego patológico que les permita un desarrollo personal y social favorable. Se necesita formación, asesoramiento y apoyo a las familias.

- **Ámbito sanitario:**

Información, materiales y protocolos.

El contacto ocasional con los servicios sanitarios constituye una oportunidad para analizar los consumos de drogas, favorecer el desarrollo de estilos de vida saludable y abordar estrategias de reducción de riesgos y daños comprende actividades como elaboración de protocolos y recomendaciones, formación de profesionales, materiales de apoyo etc.

- **Ámbito escolar:**

Contextos y curriculum preventivos.

El trabajo en este grupo comprende (Incluye) las etapas postobligatorias (bachillerato, FP, Universidad...), espacios en los que sigue siendo importante el desarrollo de contextos favorables a la prevención y la incorporación de la prevención en los curriculum.

Incluye continuar con el Proyecto de prevención de adicciones con y sin sustancia: actividades de sensibilización, formación y materiales para el profesorado y para jóvenes (exposiciones, videos, folletos...), etc.

- **Ámbito Laboral:**

Incorporación a la formación profesional.

Dado que la formación profesional capacita para el desempeño cualificado de las distintas profesiones

y el acceso al empleo, es importante trabajar la prevención de los consumos en el ámbito laboral en los ciclos formativos de formación profesional básica, de grado medio y de grado superior y en los talleres profesionales, escuelas taller y formación profesional especial.

Así mismo, es necesario definir el papel y la implicación de las estructuras de prevención en la prevención de los consumos en el ámbito laboral.

- **Ámbito comunitario:**

Promoción y apoyo a proyectos locales comunitarios.

Es importante trabajar en espacios de ocio construyendo y reforzando espacios y alternativas de ocio saludable e informando, sensibilizando e incidiendo en el cambio de actitudes ante el binomio ocio y drogas.

Incluye promoción y apoyo a Proyectos locales en red de ocio seguro y saludable para jóvenes que incluyan acciones en bajeras y espacios de ocio, conciertos... Programa voy y vengo, Programa servicios responsables, Sensibilización e información-educación para jóvenes (jornadas, talleres, exposiciones, teatros desarrollados en la comunidad). Intervenciones a nivel local por parte de entidades sociales o servicios públicos con jóvenes en situación de vulnerabilidad en relación a las adicciones (colectivo jóvenes gitanos, jóvenes sordos...).

6.2.3. POBLACIÓN ADULTA

En esta etapa los consumos de riesgo de alcohol se han reducido del 2012 a 2017 en las edades de 35 a 49 años y se ha incrementado de manera significativa en la población de 50 a 64 años (de 1,5% a 4,5), mayoritariamente en hombres. (ECVN 2017).

Algunas situaciones de especial relevancia en esta etapa son los binomios: el alcohol y la conducción, mujeres e hipnosedantes, y drogas y violencia (violencia contra la pareja, violencia sexual...).

También es importante considerar algunas poblaciones en las que confluyen diferentes factores de riesgo: población presa, población consumidora de drogas por vía parenteral.

- **Centros de Salud:**

Las actuaciones relacionadas con los consumos se dan mayoritariamente en el marco del Programa de prevención vascular, Programa de Actividades Preventivas y Promoción de Salud (PAPPS), Receta de estilos de vida, Autocuidados en Procesos crónicos.

Incluye actividades como:

Identificación y abordaje de consumos o comportamientos adictivos.

Consejos: dejar de fumar, reducción consumo excesivo de alcohol, reducción y control de nuevas tecnologías, detección y prevención del juego patológico, etc.

Protocolo de ayuda a dejar de fumar, protocolo de detección precoz e intervención breve para reducción consumo excesivo de alcohol. Otros protocolos.

Uso racional de psicofármacos.

Establecer criterios de derivación a salud mental. Coordinación con Salud Mental.

En la Evaluación del II Plan aparece como un punto a mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.

- **Ámbito Laboral:**

Los riesgos psicosociales laborales, a través del estrés se asocian al aumento de la probabilidad de realizar consumos de sustancias psicoactivas, incrementar los mismos o dificultar su abandono. Así mismo, en el ámbito laboral, el consumo de alcohol, tabaco, cannabis u otras drogas puede afectar a la realización del trabajo y facilitar accidentes laborales. En algunos casos existe regulación específica como la regulación de espacios sin humo.

En este ámbito se incluye actividades de: Información sobre los riesgos psicosociales laborales y su relación con el consumo de estas sustancias, consecuencias de estos consumos en el ámbito laboral, incorporación de la prevención de los consumos en el ámbito laboral en los cursos de formación del Servicio Navarro de Empleo y Formación Profesional, definir el papel y la implicación de las estructuras de prevención, etc.

Así mismo en aquellas actividades en las que los consumos puedan poner en riesgo a terceros o a compañeras/os de trabajo sería de interés la implantación de planes preventivos específicos en las empresas, que integraran además de la identificación, evaluación y control de los riesgos psicosociales, el abordaje de casos individuales desde el personal sanitario del Servicio de Prevención de la empresa. Su actuación debiera utilizar el consejo médico y eventualmente la derivación al sistema sanitario asistencial para colaborar en programas de seguimiento. El mantenimiento del empleo debiera primar frente el uso de las competencias sancionadoras de la empresa.

- **Ámbito comunitario:**

Intervenciones de apoyo al desarrollo de estilos de vida saludables, la incorporación social desde una perspectiva comunitaria y grupos de apoyo mutuo de personas afectadas por las adicciones y de sus familias, así como el programa específico de promoción de salud e intercambio de jeringuillas en prisión.

6.2.4. POBLACIÓN GENERAL. ÁMBITO COMUNITARIO

Los consumos de drogas y otros comportamientos susceptibles de producir adicciones no solo están relacionados con las características individuales sino que están influidos por una serie de complejos factores del entorno cultural, social, físico y económico. Entre ellos tienen enorme relevancia el nivel de aceptación del comportamiento en la comunidad y la accesibilidad a las sustancias (alcohol, tabaco y drogas ilegales).

El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías y la Estrategia Nacional sobre Adicciones plantean la necesidad de actuar más sobre las condiciones que promueven el consumo (promoción, accesibilidad, normalización social) a través de programas y actuaciones de prevención ambiental garantizando la cobertura universal de programas basados en la evidencia. Estas intervenciones deben de responder al esfuerzo conjunto del nivel autonómico y local.

En el desarrollo de la prevención ambiental es de enorme relevancia el nivel local y la utilización de metodologías comunitarias que nos permitan crear estructuras preventivas cercanas y que supongan la creación de alianzas entre todos los agentes sociales así como la identificación de poblaciones vulnerables.

La prevención ambiental supone utilizar estrategias dirigidas a aspectos que influyen en los comportamientos y no tanto a los propios comportamientos. Así aborda intervenciones para reforzar el cumplimiento de las normativas (publicidad, venta, espacios libres de humo...), de información/comunicación pública, campañas para incrementar la percepción de riesgo y la reflexión social así como la formación de mediadores comunitarios, etc.

Es por ello que se plantean actividades comunitarias que incluyen:

- Revisión, difusión, vigilancia del cumplimiento de la legislación y, si procede, propuestas de normativas, programas y/o convenios...
- Reforzar el cumplimiento de la legislación vigente en relación al alcohol, tabaco, drogas ilegales y juego. Así como de la competencia inspectora (venta y

dispensación de alcohol, espacios sin humo, alcohol y otras drogas, control de participación en el juego de menores y otros colectivos vulnerables (Dirección General de Interior).

- Información/comunicación pública:

Mediante la utilización de diversas estrategias comunicativas. Páginas Web, RRSS, Whatapp, medios de comunicación, etc. En Navarra existe un importante número de publicaciones tanto a nivel comarcal como local (Boletines municipales Revistas, Televisiones, Blog, Webs...) También mediante la participación en foros profesionales y ciudadanos.

- Campañas dirigidas a incrementar la percepción de riesgo y la reflexión social sobre la normalización y la tolerancia a los consumos.

Incluye las campañas desarrolladas por el Plan Foral que tienen como objetivo toda la población Navarra y el apoyo financiero y técnico a las campañas desarrolladas a nivel local.

- Formación de mediadores comunitarios.

La concienciación y participación de las y los mediadores comunitarios en la prevención de las adicciones es importante por su gran capacidad de influencia sobre sectores amplios de opinión. Las y los mediadores comunitarios son personas que están en contacto directo con la población objeto de intervención (personal de centros juveniles/deportivos, personal de hostelería, profesorado de autoescuelas, policías, etc.), por su papel social tienen una posición privilegiada para movilizar a determinados sectores de la comunidad y pueden incorporar a su quehacer la prevención de las adicciones mediante intervenciones adecuadas a cada contexto específico.

Las intervenciones irían destinadas a profundizar y extender el Programa de prevención de las drogodependencias en el sector hostelero: Servicio Responsable, mediante su ampliación a entornos de fiestas populares (Sociedades, Txoznas, Nafarroa Oinez...) y a impulsar la formación de mediadores comunitarios en otros contextos.

- Desarrollo de planes de intervención en situaciones de vulnerabilidad intervenciones específicas dirigidas a grupos de población con acumulo de factores de riesgo que suponen una mayor vulnerabilidad por razones socioeconómicas, éticas, culturales, legales, etc.

Evaluación

- Nº y tipo de actividades de prevención con familias. Nº de participantes.
- Nº y tipo de actividades de prevención en centros de salud.
- Nº y tipo de actuaciones en el ámbito educativo. Centros y profesorado participantes.
- Nº y tipo de actividades de prevención en ámbito laboral.
- Nº y tipo de actividades de prevención en ámbito comunitario.
- Nº y tipo de actividades de prevención con colectivos más vulnerables.

6.3. SOCIALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Es necesario ampliar la información en todos los ámbitos profesionales relacionados con el fenómeno de las adicciones y garantizar la competencia profesional de quienes componen la estructura del propio Plan y de las y los profesionales y agentes de salud que trabajan a nivel local, para desarrollar y actualizar conocimientos, actitudes y habilidades que permitan responder a las necesidades detectadas, las demandas y la evolución científica, tecnológica y social del fenómeno de las adicciones.

Objetivo

Ampliar la información relacionada con el fenómeno de las adicciones en los distintos ámbitos profesionales relacionados con el mismo y facilitar la capacitación profesional y los encuentros entre profesionales directamente implicados en el Plan.

Lineas de acción

Incluye líneas de actuación:

6.3.1. INFORMACIÓN A PROFESIONALES

- Páginas webs.
- Boletines.
- Difusión de información por listas de correo electrónico.

6.3.2. FORMACIÓN DE PROFESIONALES

- Distintas modalidades de formación conjunta de profesionales y agentes de salud.
- Organización o Participación en encuentros relacionadas con el fenómeno de las adicciones.

6.3.3. INVESTIGACIÓN

- Definición y desarrollo de proyectos de investigación.
- Incorporación de la prevención de adicciones en las convocatorias del Departamento de Salud de investigación y ayudas a la formación de posgrado.
- Estudios de investigación: Contextos de inicio de consumos de alcohol y tabaco, Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2019, etc.
- Estudio sobre la oportunidad y viabilidad de recogida de informaciones relacionadas con el consumo de drogas en los centros de urgencias (atenciones intoxicaciones etílicas en menores, agresiones sexuales con criterios de inclusión basados en el consumo de drogas, detección de nuevas sustancias, etc.) y en su caso recogida de datos.
- Estudio sobre la oportunidad y viabilidad de recogida de informaciones relacionadas con el consumo de drogas en los centros de urgencias (atenciones intoxicaciones etílicas en menores, agresiones sexuales con criterios de inclusión basados en el consumo de drogas, detección de nuevas sustancias, etc.) y en su caso recogida de datos.

6.3.1. INFORMACIÓN A PROFESIONALES

Incluye el desarrollo de un Proyecto dirigido a profesionales que incluya informaciones y conocimientos basados en la evidencia y utilice diferentes canales: página web del Plan, de Salud Pública, del Observatorio de salud comunitaria, páginas web de sus respectivos departamentos, boletín de salud pública, boletín de juventud, listas de distribución de correo electrónico, etc.

La información a difundir incluirá análisis de situación (información sobre consumos de sustancias y otros comportamientos potencialmente adictivos), recomendaciones, propuestas de intervención, materiales para profesionales, etc.

6.3.2. FORMACIÓN DE PROFESIONALES

En la evaluación del II Plan la formación se considera uno de los factores clave para la mejora del trabajo, valorándose muy positivamente la formación con profesionales del nivel local, centros educativos, familias y servicios responsables.

Para este Plan se detecta la necesidad de ampliar el número de profesionales y agentes de salud implicados en el Plan, generalizando una línea de información y formación en Atención Primaria.

Se plantea así mismo poner en marcha actuaciones formativas relacionadas con diversos contenidos y metodologías relacionados, entre otros, con marketing, campañas y utilización de nuevas tecnologías y redes sociales, juego y ludopatía, estilos de vida saludables y autocuidado, manejo de grupos, género.

Se constata así mismo una demanda generalizada de desarrollar una formación conjunta de agentes con implicación en el fenómeno, por lo que el Plan articulará un Proyecto de formación conjunta de profesionales y agentes de salud que incluya la oferta y apoyo de distintas modalidades de formación.

También la participación del Plan en encuentros e iniciativas relacionadas con el fenómeno de las adicciones.

6.3.3. INVESTIGACIÓN

Uno de los principios del Plan es que las recomendaciones e intervenciones se sustenten en la evidencia de efectividad demostrada, profesionalidad y ética para lo cual es importante poseer una base sólida de conocimiento de los resultados de las investigaciones realizadas

y promover y/o apoyar nuevas investigaciones que nos permitan ampliar u operativizar conocimientos.

Entre las actividades se plantean:

- Plan de explotación de datos para conocer la situación y evolución del fenómeno.
- Definición y desarrollo de proyectos de investigación.
- Incorporación de la prevención de adicciones en las convocatorias del departamento de Salud de investigación y ayudas a la formación de posgrado.
- Nuevos estudios de investigación: Contextos de inicio de consumos de alcohol y tabaco, que se está realizando este año, Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2019, etc.

Evaluación

- Acciones de difusión de información sobre consumos y comportamientos susceptibles de adicción.
- Informes sobre situación y evolución del fenómeno.
- Encuentros y actividades formativas realizadas, nº de entidades participantes y nº de profesionales que han participado en formación.
- Estudios de investigación realizados.

7. EVALUACIÓN Y ESCENARIO ECONÓMICO

Se plantea una evaluación continua y una evaluación final que permita la mejora continua y aporta información relevante para el siguiente Plan.

Se han establecido indicadores de evaluación para cada una de las 3 áreas de actuación:

Gobernanza, liderazgo y coordinación

- Nº de profesionales que configuran la estructura del Plan y nº y tipos de productos desarrollados.
- Nº y tipo de acciones de información del Plan puestas en marcha.
- Nº de Estructuras de coordinación establecidas o en las que se participa.
- Acciones de promoción de trabajo en red.
- Presupuesto asignado a las subvenciones y entidades y proyectos subvencionados.

Prevención y promoción de la salud

- Nº y tipo de actividades de prevención con familias. Nº de participantes.
- Nº y tipo de actividades de prevención en centros de salud.
- Nº y tipo de actuaciones en el ámbito educativo. Centros y profesorado participantes.
- Nº y tipo de actividades de prevención en ámbito laboral.
- Nº y tipo de actividades de prevención en ámbito comunitario.
- Nº y tipo de actividades de prevención con colectivos más vulnerables.

Socialización del conocimiento, formación e investigación

- Nº y tipo de acciones de difusión de información sobre consumos y comportamientos susceptibles de adicción.
- Informes sobre situación y evolución del fenómeno.
- Encuentros y actividades formativas realizadas, nº de entidades participantes y nº de profesionales que han participado en formación.
- Estudios de investigación realizados.

Sabemos que el fenómeno de las drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos es un fenómeno muy cambiante fruto de la interacción de factores muy diversos sobre los que el Plan tiene distinta capacidad de influencia. Los resultados no van a ser fruto exclusivo del propio Plan, pero el Plan si se plantea medir algunos cambios que pueden reorientar las acciones y propuestas propias y ajenas.

Como evaluación de resultados se utilizarán como indicadores:

- Evolución de los consumos y comportamientos adictivos.
- Accidentes de tráfico asociados al alcohol y otras sustancias.
- Atenciones de urgencia e ingresos hospitalarios asociados a drogas.
- Percepción de riesgo y beneficios de los consumos de las distintas drogas.
- Percepción de accesibilidad a las drogas.

Escenario económico

El Plan, que es más bien una estrategia pero que mantiene la denominación de Plan como nexo de unión con los planes anteriores, no requiere dotación presupuestaria adicional. Se garantizará su financiación en los sucesivos presupuestos anuales del ISPLN, tal y como viene sucediendo:

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Subvención planes municipales	650.645	500.000	425.000	382.500	439.875	490.000	632.625	662.625
Subvención entidades sociales	261.124	214.122	182.004	163.800	185.000	235.000	235.000	318.000
Total Subvenciones	911.769	714.122	607.004	546.300	624.875	725.000	867.625	980.625
Actividades prevención. Edición materiales	4.500	4.500	4.841	4.841	4.841	2.350	24.470	20.000
Ayudas Plan Nacional Drogas	105.000	110.000	116.000	118.000	115.000	118.000	119.000	119.000
Recursos Humanos	180.824	185.806	195.334	202.766	204.970	203.127	219.476	290.477*
TOTAL anual	1.202.093	1.014.428	923.179	871.907	949.686	1.048.477	1.230.571	1.410.102

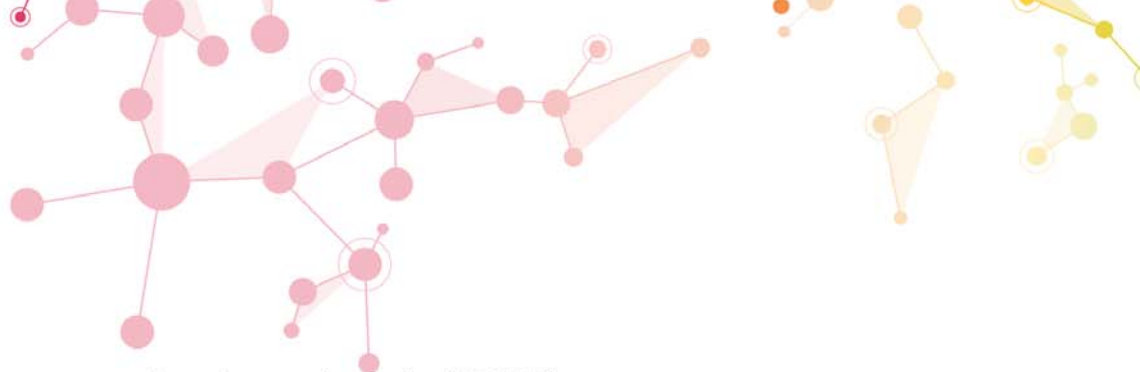
* En 2019 se incorpora el tabaco al nuevo Plan y con él los recursos que de forma parcial venían trabajándolo.

SIGLAS POR OREN DE APARICIÓN EN EL TEXTO

PAT	Plan de Alcoholismo y Toxicomanías
PNsD	Plan Nacional sobre Drogas
PFD	Plan Foral de Drogodependencias
OED	Observatorio Europeo sobre Drogas
UBES	Unidades de Bebidas Estandar
ENJS	Encuesta Navarra de Juventud y Salud
ECVN	Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra
GBD	Global Burden of Disease Study
HTA	Hipertensión Arterial
OMS	Organización Mundial de la Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
CC.AA.	Comunidades Autónomas
ONU	Organización de Naciones Unidas
APYMA	Asociación de Padres y Madres
PPDA	Plan de Prevención: Drogas y Adicciones
INJ	Instituto Navarro de la Juventud
FR/FP	Factores de Riesgo/factores de Protección
ENA	Estrategia Nacional de adicciones
SEE	Sociedad Española de Epidemiología
BON	Boletín Oficial de Navarra
UPNA	Universidad Pública de Navarra
UE	Unión Europea
SHE	Escuelas Promotoras de Salud
PASE	Programa de Atención Socioeducativa
FP	Formación Profesional
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y Promoción de Salud
RR.SS	Recursos Sociales

SIGLAS POR ORDEN ALFABÉTICO

APYMA	Asociación de Padres y Madres
BON	Boletín Oficial de Navarra
CC.AA.	Comunidades Autónomas
ECVN	Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra
ENA	Estrategia Nacional de adicciones
ENJS	Encuesta Navarra de Juventud y Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FP	Formación Profesional
FR/FP	Factores de Riesgo/factores de Protección
GBD	Global Burden of Disease Study
HTA	Hipertensión Arterial
INJ	Instituto Navarro de la Juventud
OED	Observatorio Europeo sobre Drogas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y Promoción de Salud
PASE	Programa de Atención Socioeducativa
PAT	Plan de Alcoholismo y Toxicomanías
PFD	Plan Foral de Drogodependencias
PNsD	Plan Nacional sobre Drogas
PPDA	Plan de Prevención: Drogas y Adicciones
RR.SS	Recursos Sociales
SEE	Sociedad Española de Epidemiología
SHE	Escuelas Promotoras de Salud
UBES	Unidades de Bebidas Estandar
UE	Unión Europea
UPNA	Universidad Pública de Navarra
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas

Tfno. 848 42 14 39

www.isp.navarra.es

Nafarroako Osasun
Publikoaren eta Lan
Osasunaren Institutua



Instituto de Salud
Pública y Laboral
de Navarra

