



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 redes 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 “oportunistas” 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 “Oportunistas” 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 el 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.

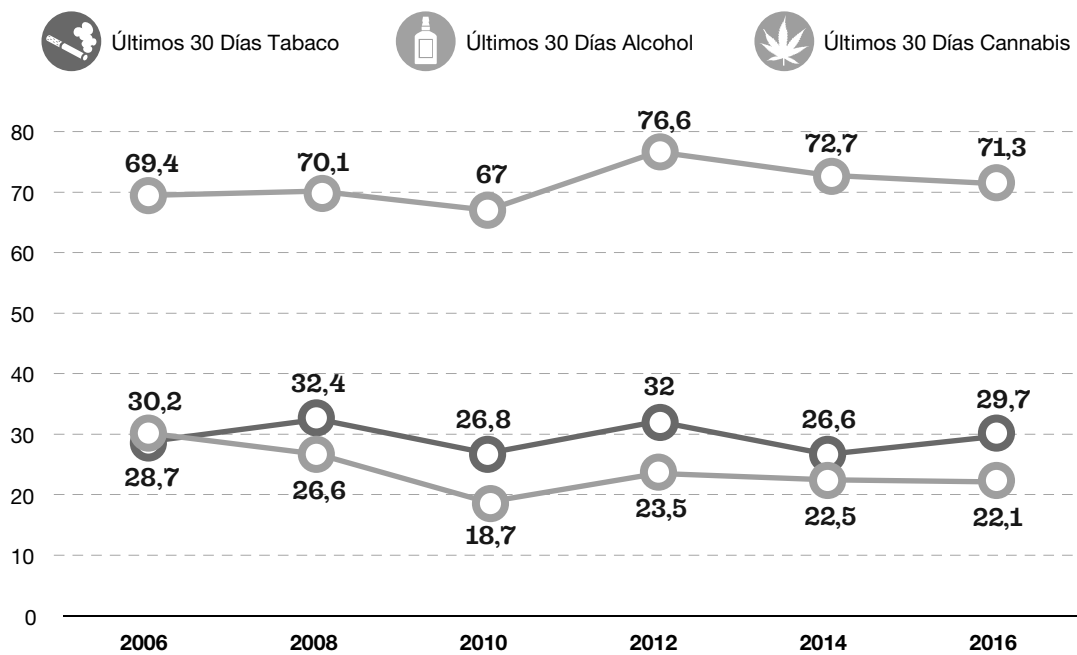
Consumos población navarra 14 -18 años

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.

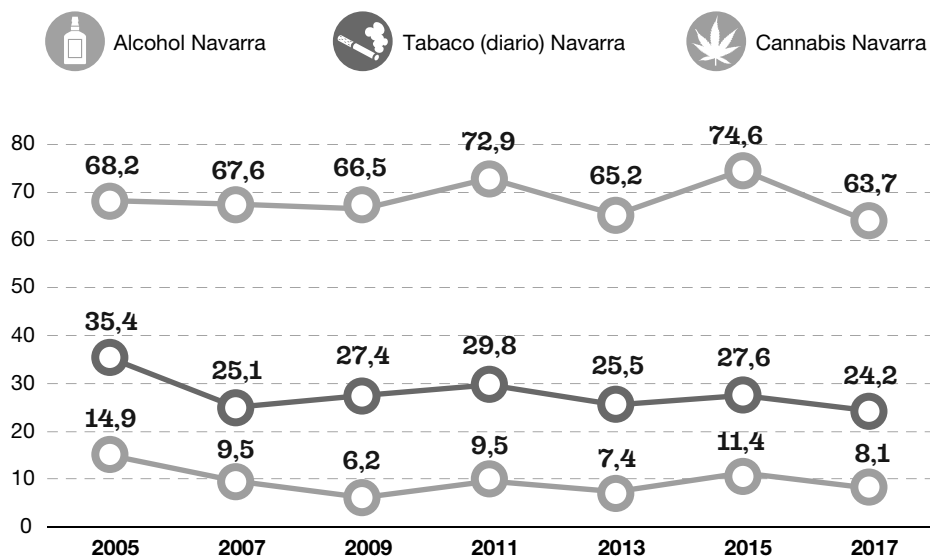
Percepción de riesgo

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

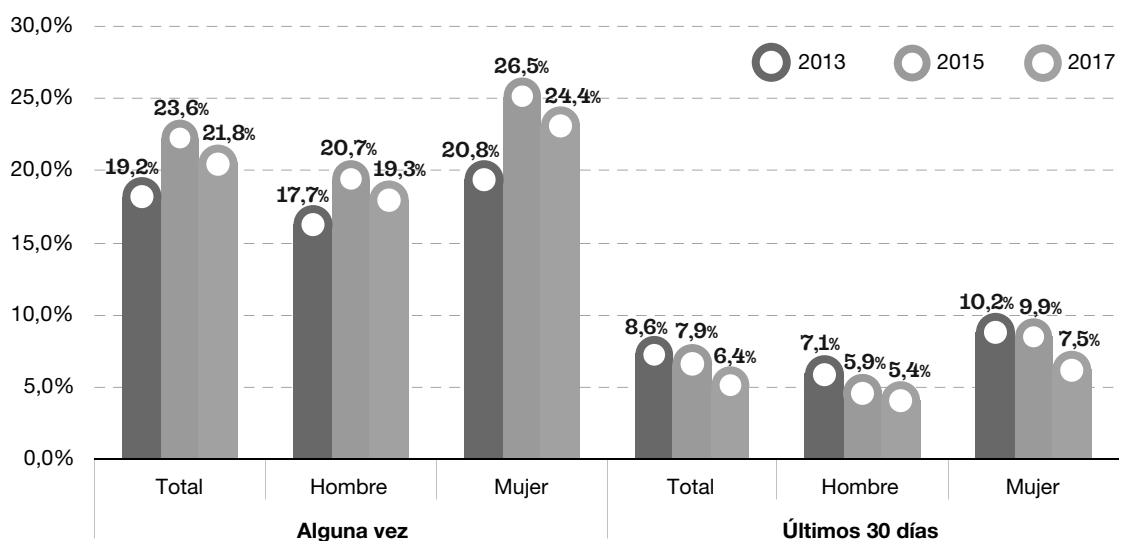


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EDADES.

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.

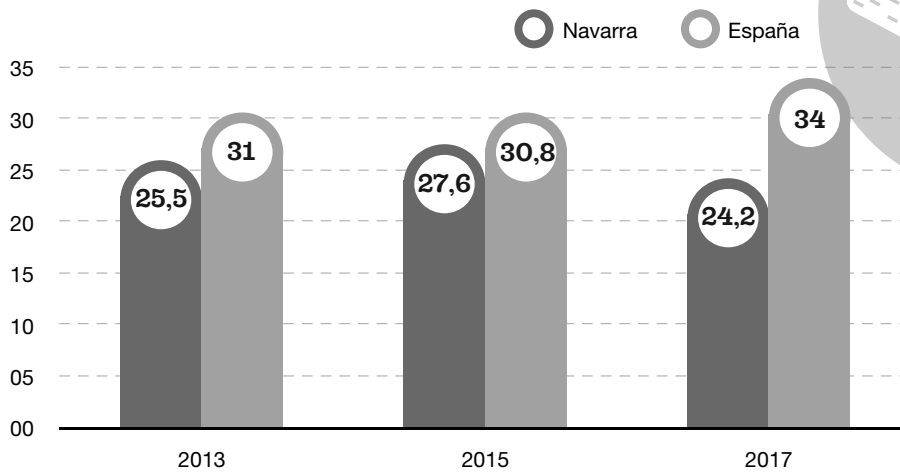
En relación con España, según esta misma encuesta, se detecta un mayor consumo diario de tabaco en España significativamente mayor que en Navarra.

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



Fuente: Elaboración propia a partir de EDADES.

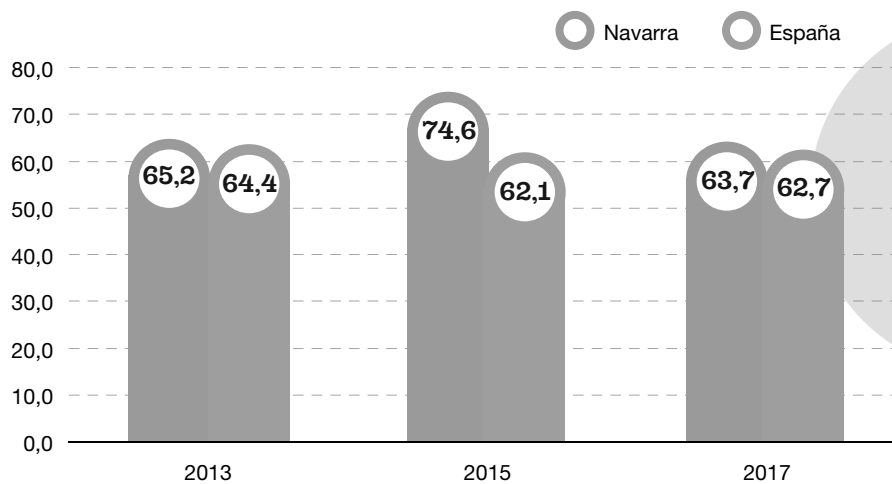
Consumo diario de tabaco. Navarra y España. Población 15 – 64 años. EDADES 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de EDADES.

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

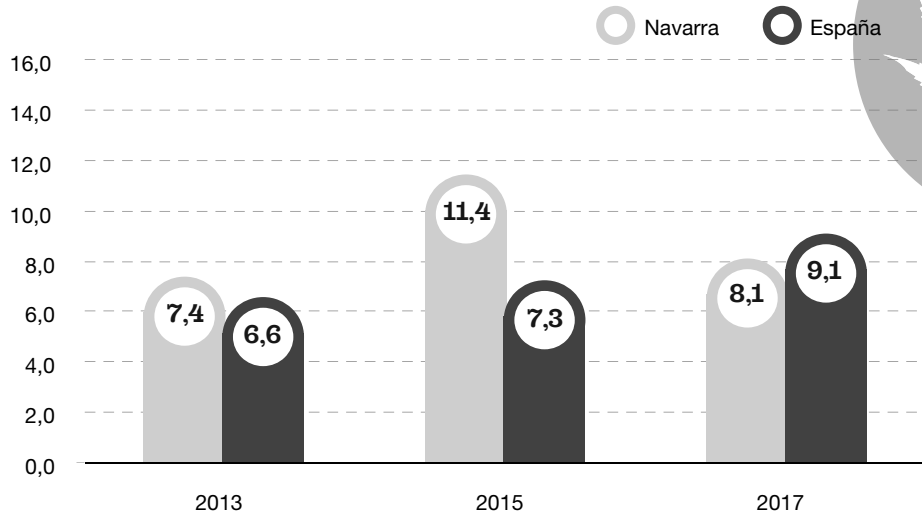
Consumo de alcohol últimos 30 días, Navarra y España. Población 15 – 64 años. EDADES 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de EDADES.

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

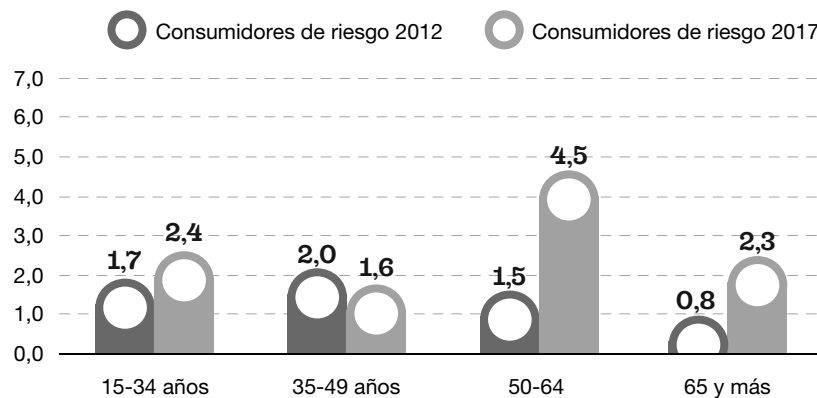
Consumo de cannabis últimos 30 días, Navarra y España. Población 15 – 64 años. EDADES 2017



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,

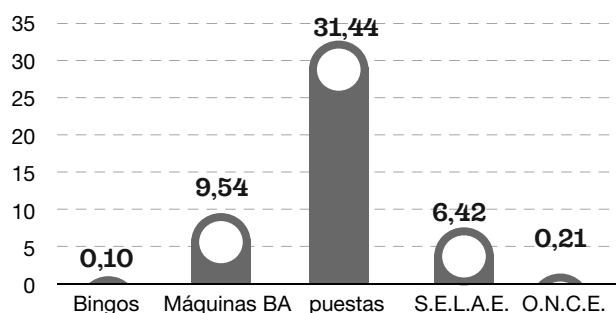
2013) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo recoge en su clasificación Internacional de Enfermedades en el año 1992.

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.

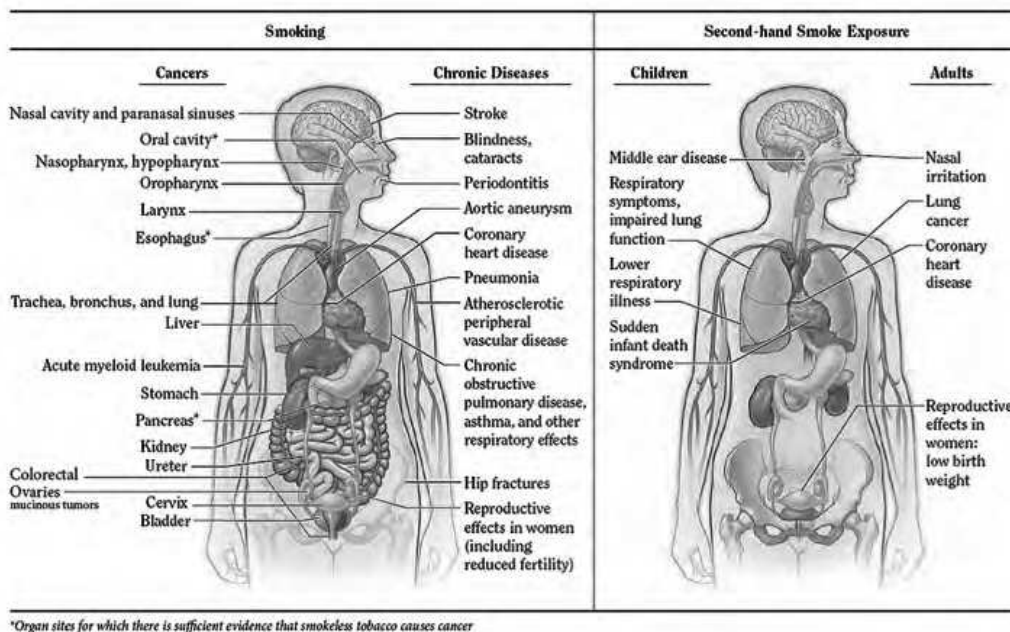
Según la OMS, el **tabaco** sigue siendo la primera causa mundial de muertes prevenibles, siendo su consumo la primera causa de mortalidad y morbilidad evitables. Tanto el tabaquismo activo como el pasivo causan al menos 15 tipos de cánceres, además de enfermedades coronarias y cerebrovasculares, patología 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 Nº 95 Octubre de 2017.

⁶ Ministerio de Interior-DGT. Revista "Tráfico y Seguridad Vial" nº 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
<p>EL PROPIO PLAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo técnico del PFD: 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. 	<p>EL PROPIO PLAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de los recursos del Plan. - Escasa coordinación central con PNsD. - Directrices y prioridades comunes desde el PFD. - Desfase en el uso de nuevas tecnologías y redes sociales y falta de actualización de la web PFD.
<p>DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 	<p>DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>ESTRUCTURAS LOCALES IMPLICADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Red de técnicos y técnicas de prevención. Planes municipales con permanente coordinación PFD 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. 	<p>ESTRUCTURAS LOCALES IMPLICADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>CONTEXTO ECONÓMICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejora Contexto socioeconómico. - Mejor dotación presupuestaria educación, salud y servicios sociales. - Recuperación presupuesto subvenciones. 	<p>CONTEXTO ECONÓMICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dependencia de los presupuestos de la situación económica: reducción con la crisis.
<p>CONTEXTO INSTITUCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>CONTEXTO INSTITUCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>NORMAS SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>NORMAS SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias en el cumplimiento de algunas normativas (espacios sin humo en determinadas horas, venta de alcohol a menores...). - Disminución de campañas centrales. - Publicidad alcohol.
<p>ENFOQUES Y MODELOS DE TRABAJO</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>ENFOQUES Y MODELOS DE TRABAJO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordajes diferenciados tabaco PFT y otras sustancias PFD. - 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 PFD 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 PND 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.

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 bajas como oportunidad de autonomía y responsabilidad.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

- Aumento de horas lectivas del profesorado y algunas dificultades para educar.
- Carga de trabajo, eventualidad, precariedad de profesionales implicados en el PFD, 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

- 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
<p>FORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>FORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudio contextos de inicio tabaco y alcohol. - Impulso de líneas de investigación cualitativas con objetivos exploratorios y explicativos. 	<p>INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.

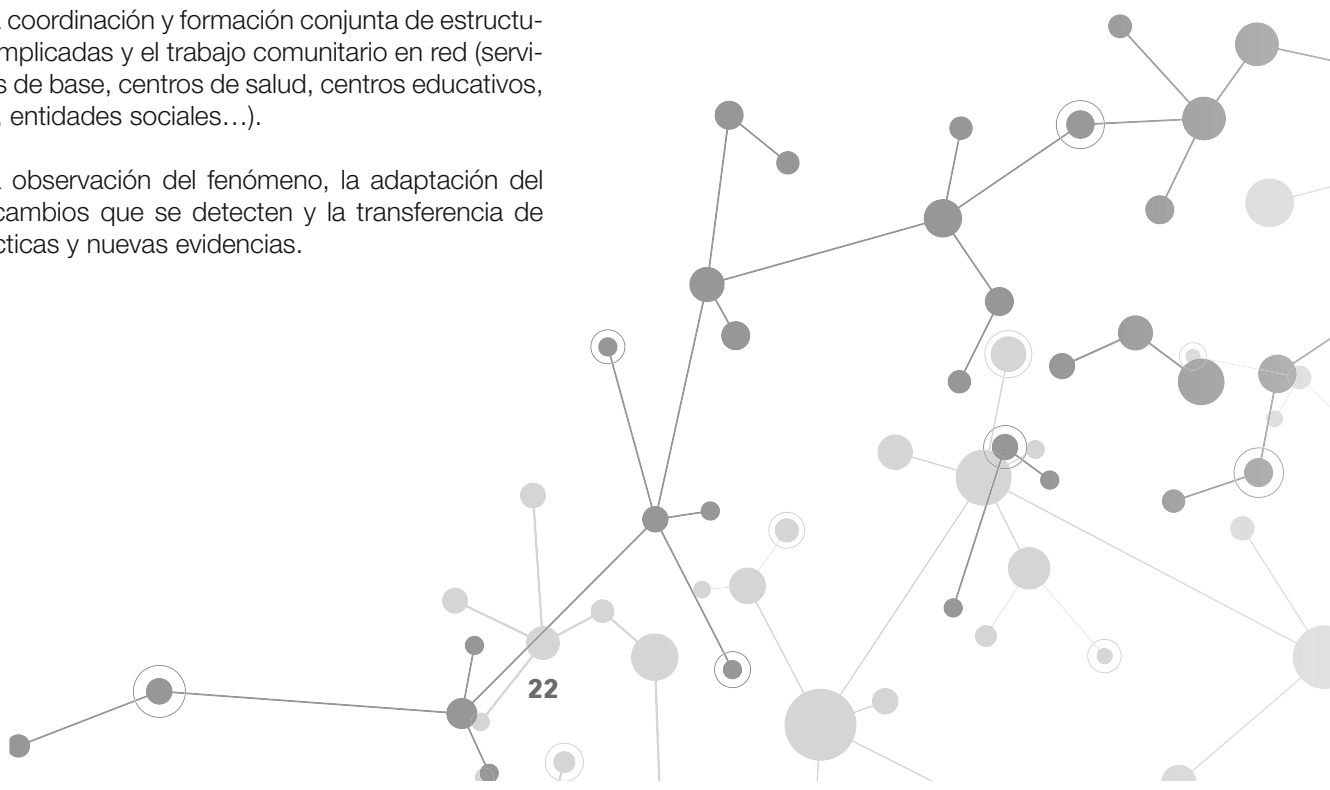
Fortalecer la estructura del Plan y reforzar la coordinación interdepartamental (Salud, Educación, Derechos sociales e Interior), y en Salud, la coordinación con Atención Primaria de Salud, Salud Mental y Salud Laboral.

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”.

