



**II Plan Municipal
de Adicciones**
Ayuntamiento de Zaragoza

Servicios Sociales Especializados

La intervención local en adicciones

Informe realizado por José Carrón - Sociólogo
Zaragoza, noviembre de 2019

Para la redacción del texto se ha utilizado el masculino genérico para hacer un uso de un lenguaje ágil, sin que por ello exista un estilo sexista en la información.

Contenido

0	PRESENTACIÓN	- 5 -
1	EVOLUCIÓN EN LA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL.....	- 7 -
1.1	Los modelos de análisis en relación con los usos de drogas	- 7 -
1.2	Algunos cambios históricos esenciales para contextualizar la situación actual	- 9 -
1.2.1	En relación con el consumo	- 10 -
1.2.2	En relación con los valores sociales y la percepción social del uso de drogas ..	- 10 -
1.2.3	En relación con el tratamiento de las adicciones	- 10 -
1.2.4	En relación con la prevención de las adicciones.....	- 11 -
1.3	El modelo bio-psico-social en el ámbito de la salud y de los servicios sociales.....	- 12 -
1.3.1	De un modelo sanitarista a uno bio-psico-social en el concepto de salud.....	- 12 -
1.3.2	La atención a las necesidades sociales como derechos subjetivos	- 13 -
1.3.3	Algunos elementos críticos en la praxis de los nuevos modelos.....	- 14 -
2	MARCO NORMATIVO Y REGULADOR DE LA INTERVENCIÓN EN ADICCIONES.....	- 15 -
2.1	Ámbito europeo.....	- 15 -
2.2	Ámbito estatal.....	- 16 -
2.3	Comunidad Autónoma de Aragón	- 18 -
2.3.1	Ley 3/2001	- 18 -
2.3.2	III Plan Autonómico de Adicciones de Aragón.....	- 19 -
2.4	Ayuntamiento de Zaragoza.....	- 21 -
2.4.1	Plan Municipal 2007-2010	- 21 -
2.4.2	Las competencias municipales para la intervención en adicciones	- 21 -
3	TENDENCIAS EN EL CONSUMO Y USOS PROBLEMÁTICOS.....	- 24 -
3.1	Europa.....	- 24 -
3.2	España.....	- 25 -
3.3	Aragón.....	- 27 -
4	INTERVENCIÓN EN ADICCIONES	- 32 -
4.1	Las respuestas en adicciones	- 32 -
4.2	La intervención en adicciones en Aragón	- 33 -
4.2.1	Recursos sobre adicciones en Aragón	- 33 -
4.2.2	Admisiones a tratamiento	- 35 -
4.2.3	Urgencias hospitalarias y Mortalidad	- 38 -
4.2.4	Las intervenciones en Prevención	- 39 -

4.3	La intervención en adicciones en Zaragoza	- 40 -
4.3.1	El Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones.....	- 40 -
4.3.2	Ámbito de la Atención	- 41 -
4.3.3	Ámbito de Prevención	- 48 -
4.4	Evolución de la intervención desde el CMAPA en la última década.....	- 52 -
5	HACIA DÓNDE SE ORIENTAN LOS CAMBIOS EN LOS PROBLEMAS Y EN LAS RESPUESTAS	- 55 -
5.1	Algunos cambios estructurales y sociales con incidencia en los usos de drogas	- 55 -
5.2	Nuevos retos en la intervención	- 56 -
5.2.1	Respuestas a qué desafíos.....	- 57 -
5.2.2	Aspectos transversales como ejes articuladores.....	- 58 -
5.3	Cómo continuar	- 61 -
6	BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA.....	- 62 -

0 PRESENTACIÓN

El origen de este documento se sitúa en una demanda realizada por la Jefatura de Servicios Sociales Especializados del Ayuntamiento de Zaragoza. Constituiría un primer peldaño de un proceso cuyo objetivo final sería la aprobación de un nuevo Plan Municipal sobre Adicciones adaptado a las necesidades y recursos del municipio en este área. Esa nueva herramienta debería tomar el relevo del Plan Municipal sobre Drogodependencias 2007-2010 que, en ausencia de otro instrumento más actualizado, sigue constituyendo la guía de la intervención que se lleva a cabo por el ayuntamiento zaragozano.

El informe tiene una función básicamente exploratoria, con principio y final en sí mismo, que pretende indagar en algunas cuestiones que puede resultar de interés analizar, con carácter previo a la puesta en marcha de un proceso diseñado y programado al detalle para la elaboración y aprobación de un nuevo Plan Municipal.

Esa planificación sería un paso posterior que tomaría forma con la definición de los diferentes elementos y pasos propios de la configuración de este tipo de procesos (participantes, diagnóstico, objetivos, actuaciones, medidas, seguimiento, indicadores, presupuestos,...).

Por tanto, en la génesis del presente documento no se ha considerado prioritario su carácter participativo y de creación colectiva sino que, más bien, ha estado más relacionada con un objetivo de revisión documental, de establecer marcos de referencia, de identificar el desarrollo de lo realizado en el pasado más inmediato, y de plantear algunas de las dificultades, de las necesidades o de los retos que podrían configurar algunas de las mimbres en el debate de ese futuro Plan Municipal de Adicciones.

Es por ello por lo que, asimismo, no hemos tenido en el horizonte de los posibles destinatarios únicamente a los profesionales que trabajan en adicciones o especialistas de este ámbito y producir un análisis en profundidad de algunas de las cuestiones más controvertidas. El desafío al que se pretendía responder ha sido elaborar un documento de carácter más abierto, que fuera capaz de fomentar la implicación de un amplio espectro de población (profesionales de otros sectores, la comunidad organizada, estructuras institucionales,...) en la medida en que el informe fuera accesible y facilitara espacios de incorporación a la reflexión compartida.

En algunos momentos de la ya larga historia de la respuesta institucional organizada en el área de drogodependencias (el Plan Nacional de Drogas se aprueba tras un amplio debate institucional y social en 1985) han surgido planteamientos basados en la confrontación entre la percepción social y la mirada especializada y, en según qué momentos, entronizando una y anatemizando la otra. Partiremos de la base, y hay razones basadas en la evidencia que lo avalan, que ambos polos son parte esencial en la construcción de una respuesta global. Y, como veremos, si bien es cierto que parte de los problemas tienen que ver con percepciones y actitudes sociales, también es cierto que, en las respuestas, las intervenciones de los profesionales no son suficientes si no se cuenta con la participación destacada de las estructuras comunitarias.

A lo largo del documento se irán revisando diferentes entornos institucionales, desde el europeo comunitario hasta el más reducido ámbito local. Y también se revisarán desde los aspectos

más generales hasta cuestiones sectoriales más concretas (normativas, consumos o intervenciones). Pero creemos un buen punto de partida es hacer referencia a una serie de principios básicos que, a lo largo de las últimas décadas, se han ido consolidando como patrimonio colectivo europeo en las estrategias desarrolladas en el ámbito de las drogodependencias. Están presentes en la propia Estrategia Europea actualmente vigente, en muchos casos trasladados a las respectivas Estrategias Nacionales, o reflejados en la Posición Común presentada en Naciones Unidas (UNGASS 2016), o en los trabajos desarrollados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Precisamente en uno de los materiales de este último organismo comunitario (Comisión Europea, 2017) se recogen algunos de los principios centrales y núcleo de soporte para las diversas respuestas que se articulen:

- Respetar los derechos humanos, incluidos:
 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
 - El derecho del consumidor de drogas a dar su consentimiento informado para el tratamiento.
- Respetar los principios éticos, incluidos el consentimiento informado, la confidencialidad y el acceso equitativo.
- Fomentar la implicación de los usuarios del servicio y de las personas en la misma situación en el diseño y la ejecución del servicio.
- Adoptar un enfoque de salud pública.
- Basarse en una evaluación de las necesidades y diseñarse para las carencias específicas de la población objeto.
- Adaptarse a las características culturales y sociales, incluidas las cuestiones de género y las desigualdades en materia de salud, y
- Plantearse y fundamentarse en pruebas de manera adecuada, así como supervisarse y evaluarse debidamente.

La intención de este documento es, por tanto, proponer algunas informaciones, datos y reflexiones que puedan facilitar mimbres para avanzar en ese proceso de construcción de la estrategia. Para ello, se hace en primer lugar una revisión de los modos de analizar el fenómeno del uso de drogas y sus problemas. En segundo lugar se revisa el marco normativo y el lugar de la competencia municipal en él. Seguidamente se hace un compendio de los datos básicos relacionados con los consumos y usos problemáticos sin olvidar las nuevas adicciones comportamentales. Las estrategias de intervención, tanto en el nivel autonómico aragonés como desde el municipio zaragozano, son analizadas en el apartado siguiente. Y, finalmente, se plantean algunos retos y prioridades que faciliten iniciar un debate y den lugar a los necesarios consensos para la articulación de una estrategia integral.

1 EVOLUCIÓN EN LA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

1.1 Los modelos de análisis en relación con los usos de drogas

El uso de drogas es un fenómeno que ha estado presente en todas las culturas a lo largo de la historia, pero ni su extensión, ni su funcionalidad, ni los posibles daños, ni el concepto que la propia sociedad tenía sobre ello en cada momento, ha permanecido inamovible.

Es importante por ello que, con carácter previo al análisis de la realidad más inmediata que se hará en los siguientes apartados, revisemos brevemente algunos aspectos de los principales sistemas de creencias respecto al consumo de drogas y las drogodependencias en nuestra sociedad. Básicamente constituyen modelos que reflejan maneras diversas de concebir el fenómeno del consumo de drogas, pero también diferentes maneras de abordarlo. En definitiva, la relevancia de los modelos radica en que influyen de manera muy importante en la definición de cuál es el verdadero contenido de las políticas que se articulan en relación a los usos de drogas y los problemas relacionados.

La clasificación clásica es la aportada por Nowlis (1975), distinguiendo cuatro tipos de modelos: ético-jurídico, médico o sanitario, psicosocial y sociocultural. Posteriormente, la OMS (Pascual, 2002) planteó otra tipología organizada en torno a cinco modelos: moralista, espiritual-religioso, biologicista, socio-cultural y biopsicosocial. Más recientemente, Raúl Soriano (2010) propone una clasificación, con un componente más político, en cuatro modelos: prohibicionismo ideológico, prohibicionismo político, disminución del riesgo y reducción del daño, y negación de riesgos y daños.

No es el lugar para definir “in extenso” las diferentes propuestas y cada elemento de su tipología, pero sí nos parece interesante hacer algunas referencias a cuáles y en qué medida han constituido el soporte de la respuesta social a la problemática de las drogas en nuestro país.

Las etapas previas, así como las correspondientes a los inicios en el desarrollo de las políticas públicas sobre drogas, fueron momentos en los que el conocimiento y la experiencia en torno al fenómeno del uso de drogas eran muy escasos. En correspondencia con esos conocimientos limitados, los modelos de creencias más extendidos eran aquellos contruidos a partir de una visión simplista y unidimensional de la realidad. Quizás el paradigma de esta simplificación estaría representado por aquellos modelos que limitaban la comprensión del fenómeno a la conducta de un individuo que decide tomar o no tomar drogas aislado de cualquier factor individual, social o farmacológico. Podríamos incluir en esta categoría al modelo ético-jurídico, al del prohibicionismo ideológico, así como al de la negación de riesgos y daños. Estos modelos no han generado políticas de tipo sociosanitario, pero sí otras vinculadas a la reglamentación de la producción, venta y consumo de drogas, así como al control y castigo de las personas que infringieran esas reglamentaciones.

Un mayor nivel de complejidad, vinculado también con las primeras etapas en el desarrollo de las políticas sobre drogas, está representado por los modelos de creencias que ya comienzan a observar algún factor o determinante que influye en la decisión del individuo, pero sin contar todavía con una visión multidimensional. Nos referimos al modelo biomédico y al modelo so-

ciocultural. Podemos encontrar a estos modelos en la fundamentación de algunas de las respuestas que más se extendieron a finales de los años 70 y principios de la década de los 80: programas limitados a la desintoxicación física o únicamente basados en la dispensación de fármacos sustitutivos, en el caso del modelo biomédico; centros de internamiento como alternativa de vida alejada del resto de la sociedad, en el caso del modelo sociocultural.

La aprobación del Plan Nacional sobre Drogas, en el año 1985, supuso el reconocimiento formal del modelo biopsicosocial como el sistema de creencias que orientaría las políticas sobre drogas. En todo caso este modelo iba acompañado de un claro posicionamiento ético anti-drogas o pro-abstinencia. Un posicionamiento que influyó en el bloqueo durante muchos años de determinadas estrategias o programas de tratamiento: fundamentalmente los programas de tratamiento con sustitutivo opiáceos y otras estrategias de reducción de daños. La posterior extensión del enfoque de reducción de daños (a mediados de la década de los 90) estuvo condicionada por la irrupción del VIH-SIDA y por su impacto en la comunidad de usuarios de drogas por vía parenteral. En muchos casos, las instituciones y profesionales que aplicaron (y aplican) estos programas se limitaron a poner en marcha “la técnica” de la reducción de daños, aunque sin incorporar el posicionamiento ético respecto al consumo de drogas y la consideración de la persona consumidora, propuesto desde el modelo de la reducción de daños.

En todo caso, esta presentación de manera evolutiva no debería llevar a pensar que cada nueva propuesta que incorpora una mayor complejidad y, por tanto, una visión más integral, provoca la desaparición de los modelos más simplistas. Estos siguen presentes y orientando propuestas en determinados grupos, profesionales o instituciones en la definición y articulación de sus intervenciones (Arza y Carrón, 2014).

Aun así, el modelo bio-psico-social (que lo podemos encontrar a veces con denominaciones como socio-ecológico o multidimensional, con ligeros matices diferenciales), podría considerarse el sistema de creencias que estructura en mayor medida las políticas públicas en este área. Sus principales posiciones, de manera resumida, serían las siguientes en relación con la etiología del consumo de drogas, con el papel institucional, con su posición ética ante el consumo y con la consideración acerca de la persona con problemas de drogas.

Posición sobre la etiología del consumo:

Es el que ofrece una visión más global e integradora de un fenómeno tan complejo como el del consumo de drogas. Desde este modelo se considera que en el uso de drogas se produce permanentemente una interacción entre tres subsistemas:

- La sustancia y todo lo relacionado con ella: tipo, cantidad, frecuencia, vía de consumo,...*
- El individuo y todo lo relacionado con sus características: edad, nivel de integración social, motivaciones para el consumo, estado previo de salud,...*
- El contexto, tanto el más cercano al individuo (familia, amistades, barrio,...), como el contexto macrosocial en el que se produce el consumo (legislación, políticas públicas, contexto socioeconómico, valores sociales, percepciones sociales sobre las drogas,...) (Carrón, 1995).*

Un elemento añadido para comprender este modelo es el factor temporal. Las características de cada uno de los subsistemas, y las interacciones entre ellos, van a verse mediatizadas por este factor. El análisis sobre el fenómeno del uso de drogas que podamos hacer en el momento actual, no tiene nada que ver con el que deberemos hacer en el año 2020, ni con el que pudimos hacer en los años 90 del pasado siglo (Arza, 2002).

Por todo ello, el modelo biopsicosocial no considera la existencia de factores causales únicos ni deterministas. La comprensión de una situación de consumo o adicción únicamente puede lograrse si tenemos en cuenta la interacción entre todas las dimensiones mencionadas.

Posición sobre el papel institucional:

Es el modelo que más claramente apuesta por una responsabilización integral del Estado. Este modelo tiene en cuenta las múltiples dimensiones relacionadas con el fenómeno (macrosociales, microsociales e individuales; vinculadas a lo biológico, lo psicológico y lo social). En este sentido, la respuesta del Estado debe ser global (no limitada únicamente al sistema de salud, como en el modelo sanitario), por lo que es preciso el desarrollo de estrategias de atención sociosanitaria y de sistemas de gobernanza que faciliten la coordinación entre diversos sistemas responsables (Arza, 2013). La elaboración de planes y estrategias integrales como el Plan Nacional sobre Drogas, o las Estrategias y Planes de los diferentes niveles institucionales responden en este sentido al modelo multidimensional, socio-ecológico o biopsicosocial.

Posición sobre la ética ante el consumo:

En el enfoque biopsicosocial, la dimensión ética debería haber formado parte de su modelo holístico de comprensión. Sin embargo, lo cierto es que no ha sido un área sobre la que se haya focalizado la atención. De hecho, profesionales e instituciones que se posicionaban en este enfoque han estado durante años defendiendo posturas de “lucha contra las drogas” y “pro-abstencionistas”, sin tener en cuenta y analizar las implicaciones éticas de esas posturas.

Posición sobre la persona drogodependiente:

El modelo biopsicosocial ha tratado de evitar que el debate se centrara en la búsqueda de un culpable de la situación o de un único responsable de “la solución”. Su visión multidimensional ha facilitado la consideración de la persona drogodependiente, no como culpable o víctima, sino como un individuo que ha tomado sus decisiones en un contexto y un momento en el que interaccionan múltiples determinantes sociales, farmacológicos, pero también individuales. Asimismo, insiste en la idea de la participación activa del individuo para la determinación y la puesta en marcha de las estrategias que le permitan mejorar su situación.

1.2 Algunos cambios históricos esenciales para contextualizar la situación actual

Un análisis detallado implicaría un espacio del que no disponemos, pero creemos imprescindible hacer mención de algunos elementos que han sido claves en nuestro país en la evolución del uso de drogas y de los problemas asociados así como de las respuestas puestas en marcha.

Son cambios que se han ido produciendo en las últimas décadas y que nos ayudan a entender el análisis posterior sobre los consumos actuales e intervenciones que se están llevando a cabo, así como avanzar en la identificación de algunos de los retos que abordar.

1.2.1 En relación con el consumo

- *Incremento notable del policonsumo de sustancias como estilo de uso frente a consumo de sustancias aisladas.*
- *Aparición de nuevos modelos de consumo muy vinculados con los espacios de ocio y compatibilizados con unos estilos de vida más integrados.*
- *Disminución significativa de la edad de inicio, especialmente en el consumo de drogas legales.*
- *Modelos de consumo episódicos, pero intensos.*
- *Mayor incorporación de las mujeres a los nuevos modelos de consumo.*

1.2.2 En relación con los valores sociales y la percepción social del uso de drogas

- *Se puede constatar una estrecha vinculación entre la evolución en los valores sociales y la evolución en los modelos de consumo y en las políticas sobre drogas.*
- *El rápido tránsito a una sociedad consumista ha situado a las drogas como un producto más de consumo.*
- *El consumo de drogas ha pasado a situarse en un espacio nuclear dentro del esquema valorativo preponderante: el espacio del ocio.*
- *El consumo de drogas ha pasado de ser percibido como un asunto fundamentalmente público, hasta ser cada vez más valorado como un asunto privado.*
- *La percepción social sobre los usos de drogas y los problemas relacionados ha girado desde el “heroinocentrismo” y el alarmismo, hasta la actual tendencia hacia la reducción de la alarma y la invisibilización del “problema”.*
- *El avance en la comprensión del fenómeno del uso de drogas ha permitido progresar, desde modelos construidos a partir de una visión simplista y unidimensional de la realidad, hacia sistemas de creencias que representan mejor la multidimensionalidad del fenómeno. No obstante, y aunque formalmente el modelo biopsicosocial sea el preponderante, en la actualidad ni mucho menos están superados modelos simplistas como el ético-jurídico o el biomédico.*

1.2.3 En relación con el tratamiento de las adicciones

Después de varias décadas en la construcción coordinada de las respuestas institucionales es posible establecer una aproximación a los elementos esenciales de lo que podría denominarse un “modelo europeo” en el abordaje de las adicciones en el que destacan algunas características:

- *Tener un carácter mayoritariamente público (en su gestión y/o en su financiación).*
- *Adoptar la planificación estratégica intersectorial en su dinámica de funcionamiento.*

- *Incorporar la coordinación como uno de los elementos fundamentales de los planes estratégicos.*
- *Partir desde un diseño “heroinocéntrico” ante la crisis epidémica y la alarma social de los años 80 para evolucionar posteriormente hacia la diversificación en los perfiles atendidos.*
- *Comenzar desde un enfoque inicial orientado hacia la abstinencia, para incorporar posteriormente la reducción de daños como otro de los ejes fundamentales en su estrategia.*
- *Sin embargo, este modelo que ha realizado importantes avances presenta asimismo algunas debilidades a las que hacer frente:*
 - *Tendencia a la medicalización de la atención.*
 - *Debilidades en la coordinación interinstitucional e intersectorial.*
 - *Riesgo de compartimentación de áreas e intervenciones.*
- *En cuanto a la población de personas atendidas en las redes de tratamiento, los cambios sociodemográficos y socioeconómicos dan lugar a un importante aumento en la heterogeneidad de los perfiles atendidos y en la complejidad de sus necesidades (como veremos más detalladamente en los siguientes apartados)*
- *Dificultades para acceder a nuevos perfiles con características y necesidades cada vez más diversificadas y para las que no resultan suficientes las respuestas diseñadas.*
- *Incorporación, con notable fuerza, de la demanda de tratamiento por “adicciones comportamentales” o “adicciones sin sustancia” con especial relevancia del juego y el uso problemático de las nuevas tecnologías.*

1.2.4 En relación con la prevención de las adicciones

El lugar de la prevención en las políticas sobre drogas y en las estrategias de intervención durante largo tiempo ha sido “el patito feo” de las mismas. Por ceñirnos al caso español, desde la propia creación, en 1985, del Plan Nacional sobre Drogas ya ocupaba un lugar significativo en su diseño. Pero décadas después seguía ocupando un lugar apenas relevante en los recursos presupuestarios dedicados a programas preventivos dentro en el conjunto de la intervención sobre drogas. Ha sido más recientemente, con una presencia mayor del ámbito local, y con una creciente profesionalización y validación de los programas, cuando ha ido accediendo a un peso específico. Algunos de los elementos más significativos han sido:

- *La progresiva acumulación de evidencia científica en las intervenciones que se llevan a cabo. Esta nueva situación hace que se desechen ocurrencias sin ningún soporte pero también que sea más difícil rechazar actuaciones apoyadas en sólidos argumentos científicos.*
- *La consolidación de una política sectorial en este ámbito y la reciente crisis socioeconómica han hecho que la propia sociedad reclame resultados en las políticas que se llevan a cabo, y también en la prevención de adicciones.*
- *El contexto más reciente es un momento que exige flexibilidad, y respuestas adaptadas a:*
 - *Los cambios en los usos de drogas (policonsumos, usos recreativos, valoración social...)*
 - *Los cambios en la percepción del riesgo, en la medida que se constata una relación inversa entre esta y los consumos y problemas asociados.*
 - *Los cambios en las trayectorias vitales de los jóvenes (y los “no tan jóvenes”) en un contexto de crisis y cambio social.*

- Una mayor presencia de la autonomía del yo, según los estudios sobre valores, lo que lleva a una menor eficacia del heterocontrol y mayor del autocontrol, metodologías interdisciplinarias, nuevas técnicas, priorizar programas dirigidos a personas que acumulen riesgos y en los que se añada la prev contextual a la selectiva e indicada.
- Los cambios en los patrones relacionales y la irrupción de las nuevas tecnologías
- Pero también pueden afirmarse algunos consensos a partir de las experiencias validadas en las últimas décadas:
 - La abstinencia y el “No a las Drogas” deja de ser el único objetivo para incorporar, según poblaciones y grupos, la disminución de la prevalencia, el retardo del inicio, la reducción de consumos problemáticos,...
 - El establecimiento de objetivos específicos en los programas preventivos que permitan su adaptación idónea y un adecuado seguimiento y evaluación.
 - La segmentación de áreas específicas consolidadas en función de los objetivos de la intervención preventiva: Universal (toda la población comparte un mismo riesgo general, si bien su concreción a nivel individual varía grandemente); Selectiva (se dirige a grupos particulares con mayores índices de vulnerabilidad); Indicada (vulnerabilidad significativas a nivel individual); Ambiental o de contextos (la ubicación en un contexto determinado marca fuertemente los niveles de riesgo y las decisiones personales se ven fuertemente mediatizadas).

1.3 El modelo bio-psico-social en el ámbito de la salud y de los servicios sociales.

Desde los años ochenta en lo que las políticas públicas sobre drogas a nivel estatal conforman un subsistema propio con la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas y la subsiguiente Delegación del Gobierno para dicho Plan su evolución en los diferentes niveles institucionales presenta perfiles diferentes. Salvo en algunos casos que ha representado un espacio propio, la situación más habitual es que ha formado parte o bien del ámbito de salud o bien del de servicios sociales. Por ello, y por la necesidad de estrategias transversales que se derivan inexcusablemente al adoptar una perspectiva multidimensional, resulta adecuado rescatar algunos elementos del modelo en dichos ámbitos de referencia, asumiendo la relevancia de incorporar en el futuro otras áreas sectoriales en el análisis.

1.3.1 De un modelo sanitarista a uno bio-psico-social en el concepto de salud

Ya en 1947 la Organización Mundial de la Salud plantea una transformación fundamental del concepto y establece la conocida definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Los factores físicos están acompañados de factores psicológicos y sociales para tender hacia el objetivo de conseguir el bienestar y no limitarse a evitar enfermedades. Esta inicial propuesta bio-psico-social libera a la salud del exclusivo campo de la medicina para integrarse también en el ámbito social.

Pero es especialmente en la Conferencia de Alma-Ata de 1978, bajo el patrocinio de la OMS y la UNICEF, y con el lema “Salud para todos en el año 2000”, donde la salud es asumida como un

derecho más del que todos somos titulares y en cuyo mantenimiento los factores contextuales juegan un papel de primer orden. En la declaración final algunas de las afirmaciones nos sitúan sin duda en este escenario transversal:

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de todos.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y responsabilidad.
- La trascendencia de la atención primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- La necesidad, para lograr la salud, del esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
- El rechazo a las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.

Durante los siguientes años esta nueva perspectiva tomó una fuerza importante, consiguiendo ampliar notablemente la perspectiva de la salud y convirtiendo en habitual elementos como prevención, apoyo emocional en los procesos, salud pública o modificaciones ambientales. Ello no evita que sigan existiendo espacios en los que el modelo sanitarista manifieste pujanza, más allá de la batalla conceptual. De hecho, seguimos encontrándonos teorías y, sobre todo, praxis en las que la salud y la enfermedad son exclusivamente “problemas individuales (no colectivos) de una maquinaria biológica (mecanicista), que se puede reparar (curación) de manera fragmentaria” (Ponte, 2008), secuestrando de esta manera la participación del sujeto en la gestión de su propia salud y transfiriendo el protagonismo, de manera exclusiva, a los profesionales y la tecnología.

1.3.2 La atención a las necesidades sociales como derechos subjetivos

Si pensamos en los servicios sociales como aquellos instrumentos de la política social de los que dispone la sociedad y los poderes públicos para hacer frente a las carencias y necesidades sociales, el desarrollo que ha tenido lugar en España en las últimas décadas es sorprendente. Desde una propuesta tradicionalmente asistencial y discrecional (que iniciada en la caridad, se transformó en Beneficencia y posteriormente en la Asistencia Social) en la Constitución del 78 se incorpora la expresión de “servicios sociales”. Bien es verdad que se hace solamente en referencia a sectores concretos: tercera edad, minusválidas, etc. pero, de alguna manera, se convierte en el marco de referencia (sin olvidar que las competencias pasan a nivel autonómico), para el gran cambio conceptual. En la década de los 80, con el desarrollo progresivo de las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, y con la obligación de ocuparse de ellos que la Ley de Régimen Local de 1985 asigna a los municipios de más 20.000 habitantes, se conforma una nueva identidad en la que los Servicios Sociales pasan a estar marcados por:

- Una generalización, al menos teórica, de la población a la que se dirigen si bien el nivel de la cobertura es muy desigual y su extensión alargada en el tiempo, dependiendo del ritmo de consolidación de los nuevos sistemas.
- Una oferta estructurada que da el salto desde las ayudas, prestaciones o cuidados informales a un abanico de programas sistematizado, pero sin que eso lo convierta de momento en auténticos derechos de la ciudadanía para la mejora de su calidad de vida.

- *La progresiva consolidación de métodos específicos en la implantación y gestión de dichos Servicios, es decir, la profesionalización cada vez mayor del sector.*
- *Un avance muy importante en la identificación y diferenciación de servicios en función de las necesidades, generalizándose la separación entre servicios generales o comunitarios y servicios especializados.*

Ya en los 90 y, sobre todo, en la primera década de este siglo la conceptualización de los Servicios Sociales comienza a caminar hacia el reconocimiento de los mismos como auténticos derechos sociales, en pie de igualdad con el resto de derechos que se reconocen a todos los ciudadanos, es decir, se promueve su consolidación como derechos subjetivos que todos tenemos por el mero hecho de ser miembros de esta comunidad. La revisión de buena parte de la normativa autonómica persigue llenar las lagunas detectadas no sólo en el ámbito conceptual sino también en cuanto a la estructuración y fijación precisa del alcance de esos derechos. Y esto se plasma en cuatro ejes básicos:

- *Asegurar la universalización de los servicios sociales a toda la ciudadanía y que se haga en situación de igualdad para todos los grupos sociales y los territorios.*
- *Adoptar un criterio garantista, en el que esos derechos son exigibles ante la administración y, en última instancia, ante el sistema judicial.*
- *Establecer unos servicios sociales básicos y con una calidad comprometida, que podrán complementarse con otros en función de las prioridades y la capacidad financiera.*
- *La participación de los ciudadanos, y de las entidades de las que forman parte, en la definición de las estrategias y en el control de su aplicación pretende ocupar un lugar esencial en el nuevo modelo.*

1.3.3 Algunos elementos críticos en la praxis de los nuevos modelos

Pero tampoco en la nueva configuración de los servicios sociales, como veíamos en el concepto de salud, es todo una progresión constante. Dadas las limitaciones, citemos solamente algunos de los elementos críticos que aparecen en la praxis y que no acompañan en la dirección de los principios teóricos que acabamos de revisar:

- *La flexibilidad y versatilidad que sería necesaria para adaptarse a las cambiantes necesidades de la población, con nuevos espacios de vulnerabilidad y exclusión que se hacen más evidentes en tiempos de crisis, no es suficiente para responder a esas demandas.*
- *La conexión entre las redes de servicios sociales y sanitarias presenta serios déficits para dar respuesta a situaciones que en muchos de los casos necesitan de actuaciones coordinadas para abordar de manera eficaz y eficiente las demandas.*
- *Una mayor participación de los usuarios, tanto a través de una presencia más activa de las entidades sociales que los representan como de una mayor capacidad de implicación personal en los procesos, sigue constituyendo un reto con mucho recorrido pendiente.*
- *En el medio de la actual crisis, hemos comprobado la aparición de casos individuales y de colectivos enteros a los que, con diferentes “argumentaciones” administrativo/jurídicas, se les priva del acceso a los recursos institucionales de servicios sociales y/o de salud.*

2 MARCO NORMATIVO Y REGULADOR DE LA INTERVENCIÓN EN ADICCIONES

La intervención en el área de las adicciones ha combinado diversos instrumentos regulatorios que le han dado una cierta especificidad respecto a otras políticas públicas. En alguna ocasión la producción normativa ha adoptado la tradicional forma de leyes pero en otros casos han sido Planes o Estrategias lo que ha constituido el armazón central de estas políticas. A veces con medidas dispositivas pero en otras ocasiones como marco orientador de las intervenciones, el lugar de la intervención municipal en las mismas no siempre ha estado claro. Hacemos a continuación una revisión de los instrumentos más significativos de ese marco regulatorio con una referencia específica acerca de las competencias locales en las políticas sobre adicciones.

2.1 Ámbito europeo

A nivel europeo el marco de referencia que constituye el paraguas para el desarrollo de los respectivos planes nacionales y, en cascada, los correspondientes a nivel autonómico o local, está constituido por la “Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2013-2020)”. En terminología de la UE, adopta el formato de una Recomendación del Consejo (2012/C 402/01) publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea el 29-12-2012. Comienza definiéndose a sí misma como el instrumento en el que se define el marco político general y las prioridades de actuación de la UE en esta materia, determinados por los estados miembros y las instituciones de la UE para el período 2013-2020. En su párrafo 6 establece que su finalidad es contribuir a la reducción de la demanda y de la oferta de droga en la UE, así como a reducir los riesgos y perjuicios sociales y para la salud causados por la droga a través de un planteamiento estratégico que respalde y complemente las políticas nacionales y que proporcione un marco para la realización de acciones conjuntas y coordinadas.

Parte de la experiencia adquirida en las anteriores iniciativas, pero pretende hacer frente también a los nuevos retos que han aparecido en los últimos años. Con estas premisas en el párrafo 9 de la Estrategia se establecen de manera literal, para el periodo definido, los siguientes objetivos:

- *contribuir a reducir de forma cuantificable la demanda de droga, la dependencia de la droga y los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con la droga,*
- *contribuir a la desorganización del mercado de las drogas ilegales y a una reducción cuantificable de la disponibilidad de estas,*
- *fomentar la coordinación mediante un discurso y análisis activos de la evolución y los retos que se plantean en el ámbito de la droga a nivel internacional y de la UE,*
- *seguir reforzando el diálogo y la cooperación entre la UE y terceros países y organizaciones internacionales en materia de drogas,*
- *contribuir a una mejor difusión del control, investigación y evaluación de los resultados y a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones a fin de promover datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.*

Para bajar estos objetivos a un terreno más operativo, se plantea la articulación en torno a dos ámbitos de actuación: la **reducción de la demanda de drogas** y la **reducción de la oferta de drogas**, así como tres temas de carácter transversal: - **la coordinación**, - **la cooperación internacional**, y - **la investigación, información, control y evaluación**.

Si hacemos un énfasis especial en el ámbito de la **reducción de la demanda**, en la medida que como veremos adquiere la dimensión más relevante de la intervención desde el espacio local, parten del principio de que el objetivo de la reducción de la demanda se persigue con en el establecimiento de una serie de medidas de igual importancia y que se refuercen mutuamente, en particular la **prevención** (ambiental, universal, selectiva e indicada), **la detección e intervención tempranas**, **la reducción de los riesgos y los perjuicios**, **el tratamiento**, **la rehabilitación y la reinserción social y el restablecimiento**.

Es por ello por lo que, para esta Estrategia, se fija como objetivo en este ámbito “contribuir a una reducción cuantificable del consumo de drogas ilegales, posponer la edad de inicio del consumo, prevenir y reducir el problema del consumo de droga, de la dependencia de la droga y de los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con la droga mediante un planteamiento integrado, pluridisciplinario y empíricamente contrastado, así como a través del fomento y el mantenimiento de la coherencia entre las políticas de sanidad, social y de justicia

2.2 Ámbito estatal

Las primeras referencias legales para encajar la intervención desde el ámbito estatal las encontramos en la propia Constitución Española, que en su artículo 43 establece que “se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”, y en la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas que tuvo lugar en 1985. La evolución normativa de este último lleva a que el marco de referencia más reciente lo constituya la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) aprobada por el Consejo de Ministros el 09 de febrero de 2018.

En su introducción, afirma que este tipo de instrumentos “se han convertido en el medio principal a través del cual se establecen y apoyan las diferentes respuestas ofrecidas a nivel local y/o regional, creando una herramienta de coordinación para todos aquellos involucrados en implementar una política de drogas”. En el caso español se incluyen dentro de la Estrategia no sólo las drogas ilegales, como hemos visto que ocurre en la europea, sino también las legales así como las adicciones sin sustancia (o comportamentales).

Si bien con una terminología diferente, la estructura global de la Estrategia española coincide con la europea en el establecimiento de dos metas (en el caso europeo dos ámbitos de actuación): -“alcanzar” una sociedad más saludable e informada, mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general, y -“tener” una sociedad más segura a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción. Se establecen, asimismo, una serie de áreas transversales como son: - la coordinación, - la gestión del conocimiento, - la legislación, - la cooperación internacional, - la comunicación y difusión, y – la evaluación y la calidad. Al igual que en el nivel

europeo prevé su desarrollo a través de los correspondientes planes de acción en los que se detallan acciones específicas, indicadores u organismos responsables de su ejecución.

Los objetivos generales que se plantea la Estrategia Nacional son tres:

- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio de las adicciones.

Como campos de actuación la Estrategia abarca cuatro ejes fundamentales:

- Drogas legales (tabaco, alcohol)
- Fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo.
- Drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas.
- Adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y online), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías.

El desarrollo del habitualmente denominado área de reducción de la demanda aparece, en la presente Estrategia, recogido bajo el epígrafe en este caso bajo el paraguas de la Meta 1: “Hacia una sociedad más saludable e informada”. Se plantea que estamos asistiendo a un crecimiento en la comprensión del fenómeno de las adicciones y en la aceptación del principio de invertir en enfoques que se muestren eficaces, así como que hay una mayor variedad de enfoques disponibles para abordar los problemas de abuso de sustancias. Por otro lado el carácter multifacético de los problemas relacionados y su interacción con otros desafíos sociales y sanitarios afecta asimismo a los enfoques políticos adoptados y a asumir una perspectiva más amplia de la dimensión de salud pública (diferentes enfoques reguladores, incorporación de factores ambientales, o políticas sectoriales que se apoyen mutuamente). El propio aumento de las admisiones a tratamiento por juego patológico o mal uso de las nuevas tecnologías, y a edades más tempranas plantea la necesidad de incorporar este aspecto e una estrategia integral sobre adicciones. Es por ello que las áreas de actuación planteadas se agrupan en:

- Prevención y reducción del riesgo
- Atención integral y multidisciplinar
- Reducción de daños
- Incorporación social

Los planteamientos en relación con la reducción de la oferta se recogen en la denominada Meta 2: “Hacia una sociedad más segura”. Tradicionalmente más alejada de los espacios inmediatos de intervención desde el ámbito local, en todo caso, la posibilidad de participar desde una perspectiva de colaboración y apoyo hace que parezca oportuno mencionar las áreas básicas de actuación:

- Reducción y control de la oferta
- Revisión normativa
- Cooperación judicial/policial

En relación con las áreas transversales que permitan potenciar la equidad y la eficiencia se establecen (aunque no las desarrollemos aquí) las siguientes:

- *Coordinación*
- *Gestión del conocimiento*
- *Legislación*
- *Cooperación internacional*
- *Comunicación y difusión*
- *Evaluación y calidad.*

2.3 Comunidad Autónoma de Aragón

El punto de partida son las competencias que, de algunas áreas directamente relacionadas con el ámbito de adicciones, como son las relacionadas con publicidad, asistencia y bienestar social y desarrollo comunitario, protección y tutela de menores, o sanidad e higiene, el Estatuto de Autonomía de Aragón en su artículo 35 atribuye de manera exclusiva a la comunidad autónoma. Sobre ellas le reconoce “la potestad legislativa, la reglamentaria y la función ejecutiva.”. Las referencias normativas básicas en el desarrollo de dichas capacidades están constituidas por la Ley 3/2001 aprobada por las Cortes de Aragón y el actual III Plan Autonómico de Adicciones 2018-2024 del Gobierno de Aragón.

2.3.1 Ley 3/2001

Bajo la denominación de Ley de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de Drogodependencias (3/2001 de 04 de abril), constituye la referencia normativa de más alto rango en este ámbito en Aragón. En su Preámbulo sitúa su cobertura legal en primer lugar en el artículo 43 de la Constitución Española ya comentado. Añade a los soportes estatutarios vistos un listado de diferentes leyes tanto estatales como autonómicas que constituyen la referencia normativa para las disposiciones que se recogen en la Ley.

En el citado Preámbulo se explicita que el Gobierno de Aragón estaba dando respuestas a diversos problemas relacionados con el consumo de drogas, impulsando recursos de prevención, tratamiento y reinserción. Pero al mismo tiempo plantea que “el grado de desarrollo de estas actividades y la necesidad de contemplar este fenómeno de una manera más integral y coordinada exigen una regulación normativa que asegure una mayor homogeneidad y coherencia en el tratamiento de este fenómeno tanto en lo asistencial como en las actuaciones dirigidas a la prevención y reducción de los riesgos asociados al mismo”.

En su objeto hace referencia a la reducción de la demanda en el ámbito de las drogas, a la reducción de la oferta así como a la reducción de las consecuencias del consumo de las mismas.

Sin ser exhaustivos, es relevante hacer mención a algunos de los principios rectores mencionados en el Título Preliminar y que guían el desarrollo de la norma:

- ...

- *Dar prioridad a las intervenciones cuyo objetivo sea la prevención del consumo de drogas o de los problemas que de él puedan derivarse.*
- *La integración en los sistemas educativos, sanitarios y de Servicios Sociales.*
- *La responsabilidad de las Administraciones Públicas en el desarrollo y en la participación activa de la comunidad.*
- *La modificación de actitudes sociales para una conciencia solidaria.*

El Título I está centrado en la Prevención. Los diferentes capítulos hacen referencia a los objetivos generales, a las medidas para la reducción de la demanda, y a la reducción de la oferta. El Título II se dedica a la Asistencia y Reinserción Social, cuyos capítulos se centran en los objetivos generales y criterios de actuación, en la organización de la atención, y en el ámbito judicial, penitenciario y laboral.

El Título III, de especial relevancia en nuestro caso, está dedicado a la Organización. En su primer capítulo hace referencia a las competencias de las Administraciones Públicas y, en su artículo 27, más en concreto a las que corresponden a las Corporaciones Locales, como veremos en detalle más adelante. Recoge, asimismo, la naturaleza, los contenidos y los mecanismos de elaboración del Plan Autonómico de Drogas, así como capítulos dedicados a la coordinación institucional y a la participación social. Por último, el Título IV regula la Financiación, inspección y régimen sancionador. Como veremos también con un poco más de detalle, recoge entre sus artículos los motivos y los órganos competentes (incluidas las corporaciones locales) para las diferentes situaciones contempladas.

2.3.2 III Plan Autonómico de Adicciones de Aragón

Uno de los mandatos de la Ley 3/2001 es la elaboración de un Plan Autonómico concebido como “el instrumento que permita planificar, ordenar y coordinar las actuaciones que se lleven a cabo en el ámbito de las drogodependencias en la comunidad autónoma”.

El actualmente vigente es el III Plan de Adicciones 2018-2024 de la comunidad autónoma de Aragón que, en su preámbulo se reconoce en el marco normativo de la Ley 3/2001 citada así como de la Ley 5/2014 de Salud Pública de Aragón, que identifica la prevención de las adicciones entre sus líneas estratégicas y asigna la competencia a la Dirección General de Salud Pública para organizar las medidas oportunas y coordinar las actuaciones de los diferentes Departamentos y con otras Administraciones Públicas.

Aprobado en 2018, este III Plan de Adicciones se marca el objetivo de “recoger, de forma organizada, las prioridades en materia de prevención de adicciones y asistencia a las personas con patología relacionada con las mismas, para el período 2018-2024” y “será el marco de referencia, en ese ciclo temporal, para instituciones y entidades que lleven a cabo actuaciones en materia de prevención y asistencia en Aragón”.

Señala la importancia de dos iniciativas que ocupan un lugar central para la articulación del Plan. Por un lado, el marco conceptual que deriva del Plan de Salud de Aragón 2020-2030 y que hace referencia al carácter multifactorial de la salud y la necesidad de trabajar sobre los factores determinantes de la salud. Por otro, en relación con la necesidad de consolidar un modelo de atención a las adicciones, se apoya en el Plan de Salud Mental 2017-2021 que

establece la integración de los recursos asistenciales a las drogodependencias en la red de dispositivos de Salud Mental integrados en una única red funcional.

El III Plan se plantea intervenir sobre los siguientes factores:

- *Consumo de drogas legales (tabaco, alcohol).*
- *Consumo de fármacos psicoactivos y otras sustancias con potencial adictivo, con o sin prescripción médica.*
- *Consumo de drogas ilegales.*
- *Adicciones sin sustancia o compartamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuestas (presencial y online).*
- *En el caso de los usos problemáticos de las nuevas tecnologías de la información será necesario avanzar en la evaluación de sus consecuencias para la salud.*

Y las áreas de actuación en las que se concentran las diferentes objetivos y actuaciones son cinco:

- *Prevención. Se plantea la integración de la prevención y la atención social en la red de Servicios Sociales tomando como referencia la ley de Servicios Sociales de Aragón, el catálogo de Servicios Sociales, el Mapa de Servicios Sociales y el decreto 184/2016 que regula los Centros de Servicios Sociales.(La situación especial en la que se sitúa al municipio de Zaragoza, al igual que en el resto de áreas de actuación, la analizaremos en otro apartado más adelante). Los objetivos fijados en esta área son tres:*
 - *Redefinir y extender a todo el territorio el modelo para prevención de adicciones.*
 - *Potenciar la prevención en el marco de la promoción de salud*
 - *Promover prevención selectiva o indicada dirigidas a personas o colectivos en situación de especial vulnerabilidad.*
- *Reducción de la oferta. La norma básica de referencia la constituye la Ley 3/2001. Los objetivos se centran especialmente en el cumplimiento de las normativas sobre alcohol y tabaco y sobre la inclusión de criterios relacionados dentro de las ordenanzas municipales.*
- *Red asistencial de atención a las adicciones. En este caso la principal referencia se sitúa en el Plan de Salud Mental 2017-2021 en el que se contempla la inclusión de las UASAs y Comunidades Terapéuticas como recursos específicos integrados en dicha red. Los objetivos del área se concretan en:*
 - *Dotar a las UASAs de los recursos necesarios para la atención a las adicciones de su población adscrita.*
 - *Integrar los recursos de atención a las adicciones en los órganos de coordinación de la red de Salud Mental*
 - *Establecer procedimientos permanentes de colaboración entre la red de Salud Mental y la red de Programas Especializados de adicciones.*
 - *Facilitar intervenciones de deshabituación tabáquica y detección precoz de consumo problemático de alcohol en atención primaria de salud*
- *Formación y gestión del conocimiento. Incluye la formación permanente de los profesionales, estrategias de información a la población y la elaboración de indicadores relacionados con las adicciones y las actuaciones en torno a ellas.*

- *Coordinación. En esta área se detalla la coordinación a tres niveles: uno general, del departamento de Sanidad y los órganos institucionales de participación; un segundo nivel de relación entre los órganos técnicos y los recursos específicos de prevención y asistencia; y un tercer nivel colaborativo entre todos los recursos que actúan en el ámbito local.*

Finalmente se contempla un listado de incidencias que puedan servir de soporte para el seguimiento y la evaluación final, así como una estimación presupuestaria anualizada.

2.4 Ayuntamiento de Zaragoza

2.4.1 Plan Municipal 2007-2010

Si bien queda un tanto lejana en el tiempo, la referencia más directa referida a adicciones en el ámbito local zaragozano está constituida por el Plan de Drogodependencias y Otras Adicciones del Ayuntamiento de Zaragoza 2007-2010. Como recoge en su introducción es la continuación de unas actuaciones que el municipio inicia en 1983 desde el Centro Municipal de Promoción de Salud y que en 1986 ya resitúa en un dispositivo específico, el Centro de Atención a las Drogodependencias que posteriormente derivaría en el actual Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones.

Constituye un hito histórico en la ordenación de las actuaciones del ayuntamiento zaragozano por la amplia participación en su elaboración, por la posibilidad de disponer de información muy detallada y por el importante esfuerzo de sistematización de la respuesta. Este Plan Municipal consta de tres grandes bloques: la parte I que plantea el marco legislativo y competencial y recoge el proceso de elaboración que ha seguido el Plan; la parte II en la que describe el estado de la cuestión y en la que es importante destacar la extraordinaria oportunidad de contar con información sobre usos de drogas específicamente para el término municipal; la parte III en la que se desarrollan las líneas estratégicas que soportan el Plan así como los programas y actuaciones en las que se concretan dichas líneas.

A pesar de que algunas referencias normativas, datos de consumo, problemas específicos,... han quedado fijados a su momento histórico y de que su fuerza regulatoria puede estar entredicho, el análisis continuado de las necesidades y de la adaptación de las respuestas a través de la actualización de los programas municipales por parte del CMAPA dan cuenta de la importancia de dicho instrumento en la estructuración de la intervención desde el ayuntamiento de Zaragoza. Es por ello por lo que la forma más adecuada de conocer el momento actual es, sin duda, la programación del CMAPA a través de sus Memorias anuales o de la breve sinopsis que se incluye en el apartado correspondiente.

2.4.2 Las competencias municipales para la intervención en adicciones

Más allá de las competencias genéricas que la legislación reguladora del Régimen Local atribuye al ámbito municipal, y que segmenta en función del volumen de población, en el ámbito de las adicciones y de acuerdo con el Estatuto de Autonomía la competencia corresponde a la Comunidad Autónoma. Será en ese marco en el que veremos como se recoge la participación municipal en las diferentes esferas y se define, fundamentalmente, a través de

dos instrumentos que ya hemos citado: la Ley 3/2001 y el III Plan Autonómico de Adicciones 2018-2024.

En el caso de la Ley 3/2001 reserva para el Gobierno de Aragón las funciones de planificación general y la evaluación de necesidades y los recursos necesarios. Como hemos visto los Títulos I y II desarrollan, respectivamente, las áreas de Prevención, y de Asistencia y Reinserción Social. Desde una perspectiva competencial es el Título III, centrado en la Organización el que resulta de especial interés, y más específicamente su capítulo I que desarrolla las competencias de las Administraciones Públicas. En concreto el artículo 27 hace referencia a las Corporaciones Locales y en él se describen como propias de ellas las competencias relacionadas con:

- La dirección de programas propios.
- La elaboración del Plan Local de Adicciones.
- El fomento de la participación social de las entidades sin ánimo de lucro.
- La colaboración con los sistemas educativos y sanitarios en el marco de la Educación para la Salud.
- La potestad inspectora y sancionadora en su ámbito territorial de acuerdo con los criterios de esta Ley.

Asimismo, en el Título IV, capítulo II, cuando hace referencia al Régimen sancionador, en su artículo 38 establece como Órganos competentes para establecer las sanciones que se regulan en esta Ley a “los Alcaldes de los municipios de más de 50.000 habitantes para la imposición de sanciones hasta 2,5 millones de pts y de sanciones cuya calificación sea, como máximo, de graves”.

La regulación competencial más inmediata, tanto en lo temporal como por su especificidad, está recogida en el III Plan Autonómico de Adicciones 2018-2024 recientemente aprobado por el Gobierno de Aragón. Hemos visto su estructura y contenidos básicos en los diferentes apartados.

Si nos centramos de manera específica en las referencias al ámbito local en el área de Prevención propone, de manera global, en el Objetivo 1.1. la necesidad de redefinir y extender un modelo común de prevención, integrada en los Centros de Servicios Sociales. En todo caso, esta propuesta genérica incluye una excepción explícita para el caso del municipio de Zaragoza del que se dice que “organiza su intervención desde el CMAPA, dispositivo encuadrado en los Servicios Sociales Especializados”. Para llevar a cabo los objetivos de esta área se establece un proceso común para el desarrollo de protocolos de actuación y de convenios entre Entidades Locales y la Dirección General de Salud Pública. Pero también en este caso se hace alusión a que con el ayuntamiento de Zaragoza se establecerá un convenio específico para el desarrollo del Programa Especializado de Adicciones.

En el área relacionada con la Oferta de drogas insiste de manera especial en la necesidad de reforzar el cumplimiento de las normativas relacionadas con alcohol y tabaco, cuya referencia básica son las regulaciones establecidas en la Ley 3/2001 sobre publicidad, venta, control, etc. y en la que las capacidades inspectoras y sancionadoras de las autoridades locales aparecen detalladas. Se hace hincapié asimismo en la inclusión dentro de los Planes Locales sobre Adicciones de la elaboración (o revisión de las existentes) de Ordenanzas municipales que

regulen de manera especial lo relacionado con la oferta y consumo de drogas legales así como los consumos en espacios de ocio o que impliquen riesgos a terceras personas.

Por lo que afecta al área de Asistencia, como hemos señalado, el principal soporte de la misma el III Plan lo sitúa en la red de Salud Mental, integrando en ella las UASAs, y otros recursos de tratamiento, como recursos específicos y estableciendo como vía preferente de acceso la Atención Primaria de Salud. Se hace referencia a la necesidad de ajustar los respectivos mapas de recursos de Atención Primaria y de Servicios Sociales, así como procedimientos de coordinación entre Salud Mental y los Programas de Adicciones. En relación con la asistencia a drogas legales se singulariza un objetivo específico centrado en facilitar las intervenciones de deshabituación de tabaco y de detección precoz de alcohol desde la Atención Primaria de Salud. En este caso el III Plan no hace ninguna mención específica acerca del lugar que ocuparán los programas de tratamiento que se llevan a cabo desde el ayuntamiento de Zaragoza en la estructura que se perfila. Quedan abiertas numerosas opciones: ocupar un lugar específico por su singularidad como hemos visto en el caso de Prevención, definirlo como una UASA dentro de la revisión de sectorización, que un futuro Plan Local de Adicciones establezca un marco local de Asistencia integrando todos los recursos específicos del espacio local, ...)

Finalmente, el área de Coordinación Interinstitucional marca tres niveles de coordinación: - la relación intersectorial entre diferentes Departamentos y organismos del Gobierno aragonés; - la relación de la D.G. de Salud Pública con los recursos locales que participan en el desarrollo de la intervención en adicciones; - y, finalmente, las redes de colaboración entre los diferentes recursos que trabajan en el territorio en cada ámbito local. Si bien no queda claramente definido, parece que sería en el segundo nivel en el que se sitúa la relación del municipio zaragozano con el nivel autonómico a través de la D.G de Salud Pública, aunque la especificidad de su estructura de actuación seguramente haga necesario una definición más detallada. Por lo que respecta al tercer nivel de coordinación, el establecimiento de estrategias de colaboración entre los diversos recursos y redes que intervienen en el municipio debería ser, sin duda, uno de los apartados a los que deberá responder un futuro Plan Local.

Por último, a nivel local la LEY 10/2017, de 30 de noviembre, de régimen especial del municipio de Zaragoza como capital de Aragón en su artículo 36 establece la Acción social en materia de drogodependencia y otras adicciones:

1. El municipio de Zaragoza ejercerá las siguientes competencias:

a) La dirección, coordinación, desarrollo y ejecución del plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas en el término municipal de Zaragoza, y la coordinación con otros programas.

b) La elaboración, aprobación y ejecución del plan municipal sobre drogodependencias, de conformidad con los criterios establecidos por la legislación autonómica sobre prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias y por el plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas.

c) El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones privadas que, sin ánimo de lucro, desarrollen actuaciones previstas en los planes municipales y autonómicos sobre drogodependencias.

d) El ejercicio de las potestades inspectoras en los términos previstos por la legislación autonómica en materia de drogodependencias.

2. El municipio de Zaragoza colaborará con los sistemas educativo y sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón en materia de educación para la prevención en drogodependencia.

3 TENDENCIAS EN EL CONSUMO Y USOS PROBLEMÁTICOS

Sobre datos de consumo de drogas específicos para la ciudad de Zaragoza los únicos disponibles, con suficiente validez científica y representatividad, que hemos encontrado son los correspondientes a 2005 y que se incluyen como base para el diagnóstico realizado en el Plan Municipal de Drogas 2007-2010. Dicha información se obtuvo a partir de sobrerrepresentar para la ciudad la muestra que se había diseñado en un estudio realizado a nivel estatal. El objetivo era que los datos así obtenidos tuvieran la capacidad suficiente para poder realizar un análisis representativo a nivel local de las variables planteadas en la investigación. Evidentemente el escenario de los consumos de drogas, de los consumidores, de los patrones de uso, etc. es tan dinámico que hace imposible su proyección para aplicarlo a la sociedad zaragozana de 2019. En todo caso, la información tan valiosa que aportó dicho diagnóstico pone de manifiesto la posibilidad de obtener una información absolutamente relevante cuyo valoración coste/beneficio debería de ser muy tenida en cuenta (estrategia que, por cierto, ya es utilizada por algunas comunidades autónomas en las que la escasez de población hace que el error muestral de los estudios nacionales proyectados en pequeños territorios pierda su validez estadística.

En ausencia de una información equiparable, como marco alternativo para situar el análisis, proponemos una revisión de las características esenciales del uso de drogas en los últimos años tanto a nivel europeo, como estatal, y de la comunidad autónoma aragonesa.

3.1 Europa

La comparación con lo que ocurre en el contexto europeo en el que nos situamos ha dado unos pasos de gigante desde que en los años 90 se crea el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, con sede en Lisboa, como organismo especializado dentro de la Unión Europea. Progresivamente se han ido creando estrategias e instrumentos de observación y medición y se ha ido estableciendo los correspondientes Puntos Focales u Observatorios Nacionales de Drogas. Aun así, los criterios y las técnicas aplicadas en cada país hace que no resulte fácil la comparación, pero si podemos reflejar algunas de las grandes líneas que, anualmente, el Informe del OEDT traza sobre la evolución de los consumos de drogas en el marco de la U.E. y cuyo última edición es la referida al año 2018.

- Aun asumiendo que en el seguimiento de los consumos realizados por el OEDT no se incluyen las drogas legales, si se destaca que cada vez es mayor el número de sustancias calificadas como drogas disponibles en el ámbito europeo. Aparecen multitud de nuevos productos, en la mayoría de los casos sintéticos, hasta el punto que se establece el acrónimo de NSP (nuevas sustancias psicoactivas) para recoger esos centenares de sustancias cuyo consumo sea muy minoritario pero con un alto riesgo precisamente por su desconocimiento.

- Las pautas de consumo son tremendamente amplias, desde la experimentación hasta la dependencia si bien el policonsumo de diversas sustancias es un patrón de notable frecuencia.

- El consumo global de drogas ilegales por parte de la población escolar presenta tendencias estables o a la baja lo que no evita que existan determinados grupos o conductas de alto riesgo que den lugar a consumos problemáticos.

- El consumo de cánnabis es, con diferencia, el de mayor prevalencia en la Unión Europea quintuplicando los consumos de otras sustancias. En conjunto se mantiene estable, pero hay grandes diferencias por países. Un factor transversal es el aumento de los consumos de riesgo y problemáticos relacionados con el cánnabis, especialmente cuando va asociado con alcohol o con otras drogas.

- En el conjunto de Europa (no así en nuestro país) el consumo de cocaína se mantiene estable pero presenta signos de estar aumentando su consumo. Lo más preocupante es que aumentan las pautas de consumo que pueden calificarse como problemáticas y que dan lugar a un aumento de demandas de tratamiento.

- Si bien el consumo de heroína y otros opioides en Europa sigue siendo muy minoritario, sus formas de consumo (especialmente la parenteral) y una población mayoritariamente envejecida hace que constituyan un colectivo con unos daños asociados muy significativos.

- Aunque en España el consumo de MDMA o anfetaminas se sitúa en una baja prevalencia el consumo en Europa es muy variable según los países (con especial incidencia en países del centro y norte de Europa).

- La ketamina, el GHB, los alucinógenos, tienen prevalencias de consumo notablemente bajas aunque su visibilidad sea mayor por episodios agudos muy llamativos o apariciones puntuales en determinados lugares con alta alarma social.

- Desde una perspectiva de género, el consumo generalmente es más elevado entre los varones (salvo patrones muy concretos por países o franjas de edad), diferenciadas que se amplían a medida que se intensifican los consumos o se hacen más regulares.

3.2 España

A nivel estatal, para el seguimiento de la evolución de los consumos de drogas se dispone desde mediados de la década de los 90 de dos tipos de encuestas bienales que se van alternando: por una parte la Encuesta EDADES a población general de 15 a 64 años y, por otra, la Encuesta ESTUDES a población de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años.

Los principales resultados ratifican la tendencia de que los mayores porcentajes de consumo de drogas hacen referencia a las drogas legales. Tres cuartas partes de la población (el 75,5%) había consumido alcohol en el último año y un 7,4% lo hace a diario. En el caso del tabaco, las cifras eran de un 40,9% y de un 34,0% respectivamente. En tercer lugar, el consumo de hipnosedantes, con o sin receta, durante el último año alcanzaba un 11,1% de la población y el 4,5% lo había consumido a diario. En el caso de las drogas ilegales destaca la prevalencia del consumo de cánnabis, que la sitúa como la cuarta sustancia más consumida, con un 9,6% para los últimos 12 meses y de un 1,4% en el consumo diario. A notable distancia la población que en el

último año había consumido cocaína representaba un 2,2% y el resto de sustancias no alcanzaba en ningún caso el 1%.

Como elementos a destacar desde una perspectiva estructural, las edades más tempranas de inicio lo son en las drogas legales, seguida de la referida al cánnabis, en tanto que el consumo de hipnosedantes es el de edad de inicio más tardía. Las diferencias de género más notables se presentan en el consumo de cánnabis en el que el porcentaje de varones duplica al de mujeres y en el de cocaína que lo llega a triplicar. Salvo en el caso de los hipnosedantes los consumos de drogas tienen una mayor presencia en el grupo de 15-34 años y entre los varones. Se haya notablemente extendido un patrón de policonsumo que, con mucha frecuencia, incluye consumos problemáticos de alcohol y cánnabis. El cánnabis tiene una notable presencia entre los menores de 15-17 años cuyo consumo duplica el que presentan los mayores de 35 años. En torno al 2% de los consumidores de cánnabis se estima que realizan consumos problemáticos según la escala CAST, que al mismo tiempo, presentan en mayor medida otras conductas de riesgo como accidentes de tráfico, relaciones sexuales de riesgo o borracheras y binge drinking.

La percepción del riesgo sigue estando asociada las drogas “históricas”, pero destaca la reducción asociada al consumo frecuente de cánnabis y la baja percepción de riesgo asociada al consumo del alcohol los fines de semana. Por el contrario el consumo diario de tabaco se ha situado por encima del 90%. En relación con la conducción, un 12% habían consumido alcohol o drogas ilegales al ponerse a conducir. Y en los fallecidos por accidente de tráfico en 2015 un 43% de ellos presentaban algún tipo de droga en el organismo (en más de la mitad de los casos alcohol, seguido de drogas ilegales, y de psicofármacos).

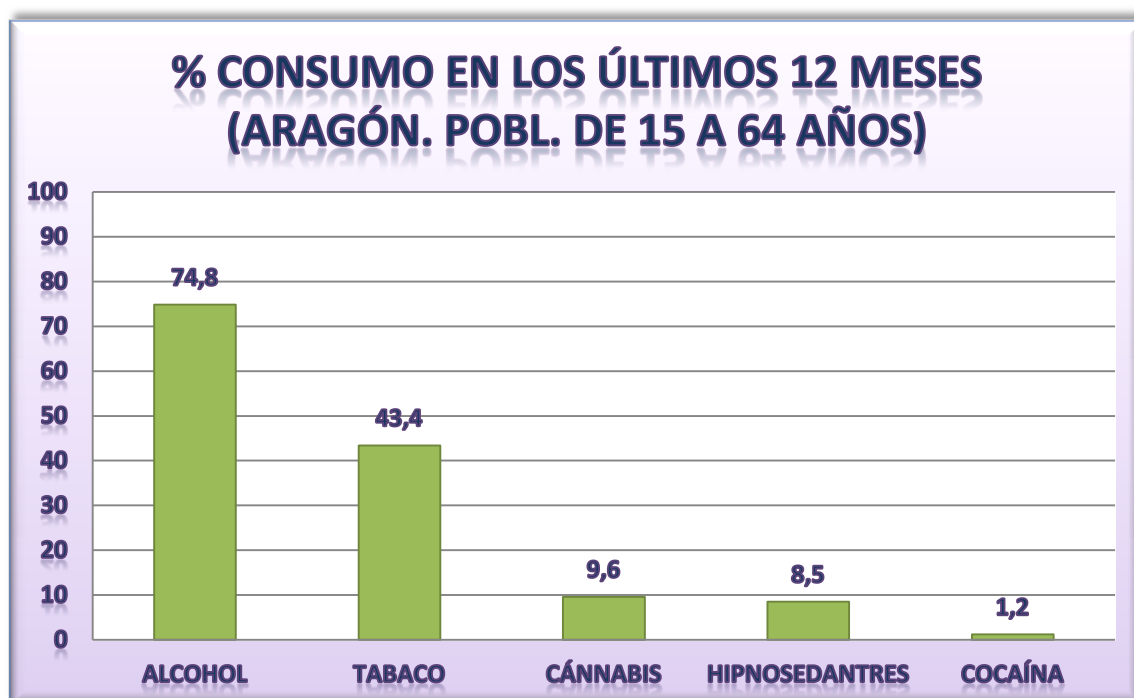
Otro tipo de daños asociados, aunque minoritarios, son de consecuencias sanitarias y sociales de alto impacto. Si bien el descenso de la vía inyectada en el consumo de drogas ha contribuido a reducir estos daños, las infecciones por VIH, VHC, así como las urgencias hospitalarias y las muertes por reacciones adversas agudas son importantes. Para 2014 se estima un 31% de inyectores de drogas con anticuerpos VIH y un 66,6% con anticuerpos VHC. Para ese año se notificaron 556 muertes relacionadas directamente con episodios agudos de drogas, mayoritariamente varones y más de la mitad mayores de 45 años.

En relación con las denominadas adicciones comportamentales, según un estudio realizado en 2016 por la Dirección General del Juego, un 76% de personas habían participado en juegos de azar en el último año. En relación con el juego realizado el último año, el 2,6% de la población total puede considerarse como jugadores de riesgo, un 0,6% jugadores con problemas y un 0,3% como jugadores patológicos. El perfil de estos últimos es básicamente de varones, de 25-34 y de 55-64 años, con trabajo, y en la mitad de los casos con presencia de problemas psicológicos. En el caso del juego “on line”, en otro estudio realizado por la misma D.G. en 2015, cifran en torno al millón de personas como jugadores activos, de los que más de un tercio estaban activos en el último mes y con un gasto medio de 293 euros. La mayoría (8 de cada 10) son varones aunque con un incremento importante de mujeres y tienen entre 18 y 45 años.

Aunque para la definición del uso problemático de internet y redes digitales es necesaria una mayor investigación científica para su definición y acotamiento, entre la población de la Encuesta ESTUDES en torno al 20% de los jóvenes de 14 a 18 años presentaba un uso compulsivo de las nuevas tecnologías de la información.

3.3 Aragón

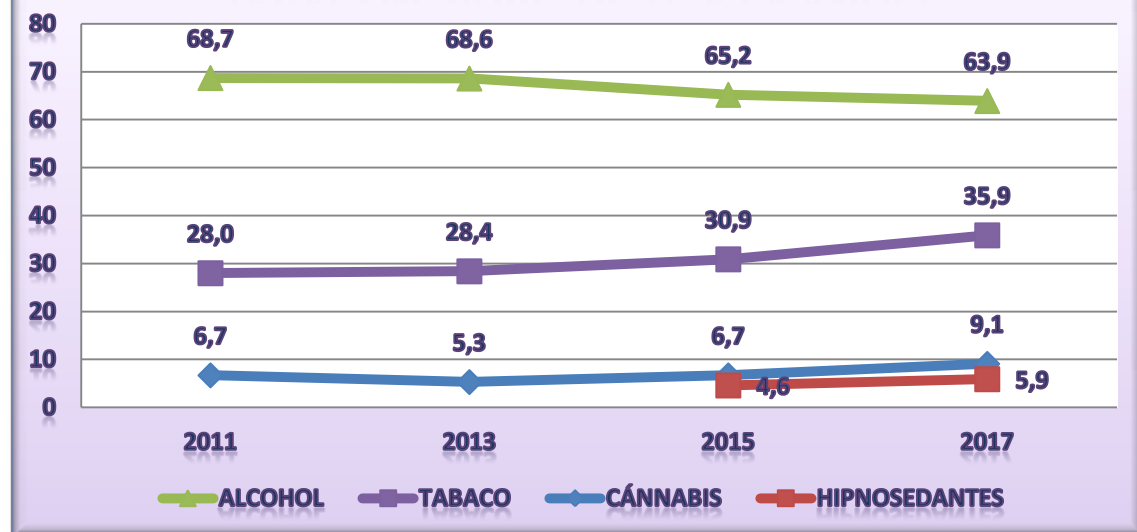
A partir de la información proporcionada para Aragón por la encuesta EDADES (dirigida a población general de 15 a 64 años), el alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas con un 74,8% y un 43,4% respectivamente de personas que lo hicieron en los últimos 12 meses. Los porcentajes son muy similares a los del conjunto estatal. A continuación le siguen el cannabis y los hipnosedantes, con o sin receta. Pero en este caso las posiciones se intercambian en el caso español y aragonés. Así, mientras que en España ya es la tercera oleada de la encuesta en la que los hipnosedantes se sitúan como tercera droga consumida (por un 12% de la población) en el caso del cannabis lo han consumido un 9,5%. Para la población aragonesa continúa figurando en tercer lugar el cannabis, con un 9,6%, en la medida que el consumo de hipnosedantes es considerablemente menor (un 8,5%) que para el caso estatal.



Fuente: Encuesta EDADES 2017 Aragón. D.G. Salud Pública. Elaboración propia.

El resto de sustancias no superan en el caso de España el 2%, que es el que alcanza la cocaína, o el éxtasis y los alucinógenos con 0,6% en cada caso. Para Aragón, los porcentajes son aún menores, con un 1,2% de la población que había consumido cocaína en los últimos 12 meses y todas las demás sustancias con cifras inferiores al 1%.

EVOLUCIÓN DE LOS CONSUMOS (ARAGÓN. POBL. DE 15 A 64 AÑOS)



*Nota: Consumo en el último mes para alcohol, cannabis. Consumo diario en el caso de tabaco e hipnosedantes.
Fuente: Encuesta EDADES 2017 Aragón. D.G. Salud Pública. Elaboración propia.*

En cuanto a las grandes tendencias de la evolución temporal, en el caso del consumo de alcohol se observa un descenso ligero pero sostenido, en el caso del tabaco se produjo un descenso muy importante al final de la pasada década (muy relacionado con las medidas de control normativo que se pusieron en marcha) pero posteriormente la tendencia ha sido al alza y de manera constante. En el caso del cannabis, después de bastantes años de cifras estabilizadas se observa un cierto incremento en las dos últimas ediciones de la Encuesta (desde 2013).

En un análisis segmentado por sexo, en el consumo en los últimos 12 meses de las sustancias de mayor uso es dominante la presencia de varones (especialmente significativo en el consumo de cannabis, en el que se duplica la proporción de varones respecto a mujeres). La excepción la constituye el consumo de hipnosedantes en el que las mujeres, con un 10,9% aventajan de manera significativa a los hombres (que lo hacen en un 6,1%).

Los adultos jóvenes (el grupo de 15 a 34 años) tienen un consumo diferencial más marcado (respecto al grupo de 35 a 64 años) especialmente en el caso de cannabis pero también en el uso de alcohol. Por el contrario, el grupo de 35 a 64 años tiene un mayor consumo en relación con los más jóvenes por lo que respecta al tabaco o los hipnosedantes.

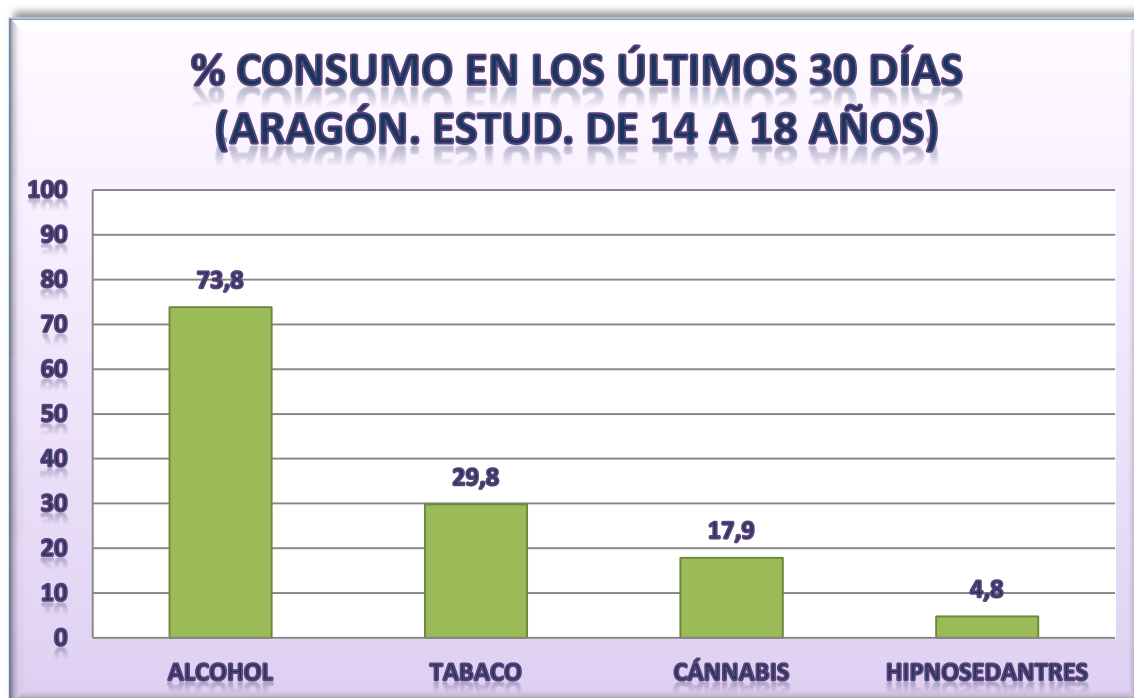
Los consumos de alcohol y tabaco son los que se inician a una edad más temprana (la edad media de inicio es, respectivamente, de 16,0 y de 16,3 años) que se mantiene con una cierta estabilidad en el tiempo. Por el contrario, en el caso del cannabis, desde 2013, año en el que la edad media de inicio al consumo era de 19,1 años se ha pasado en la Encuesta de 2017 a una edad media de 18,2 años.

En relación con las llamadas adicciones comportamentales, más de la mitad de la población (un 53,7%) afirma haber jugado en el último año dinero de forma presencial. Presenta una mayor

prevalencia un perfil de mayor de 45 años, nacido en España, que vive solo, y jubilado o con discapacidad. En relación con el juego a través de internet, lo han hecho en el último año un 1,2% según la encuesta. Un uso problemático de internet y redes sociales presenta una prevalencia de un 2,8% de personas aragonesas durante los últimos 12 meses.

El consumo de heroína y cocaína siguen concentrando la percepción de mayor riesgo por parte de la población aragonesa. Por el contrario, el consumo de hipnosedantes o el hecho de “tomar 4-5 cañas/copas el fin de semana” presenta los porcentajes más bajos de percepción de riesgo. El consumo de un paquete diario de tabaco ya se ha situado entre los de mayor percepción de riesgo, en tanto que el consumo de cánnabis oscila notablemente en función de la frecuencia de consumo que se mencione.

Por su parte, la encuesta ESTUDES 2016 se lleva a cabo bienalmente a jóvenes de 14 a 18 años que están en el sistema educativo (en Aragón se sobrerrepresenta la muestra para poder disponer de información estadísticamente significativa a nivel autonómico). Alcohol, tabaco, cánnabis e hipnosedantes son las sustancias con prevalencias relevantes entre la población encuestada. El resto de sustancias, aunque con diferente presencia en el discurso social no tiene apenas relevancia estadística.



Fuente: Encuesta ESTUDES 2016 Aragón. D.G. Salud Pública. Elaboración propia.

En el consumo referido a los últimos 30 días el alcohol supera el 70% de jóvenes que lo había consumido, el tabaco en torno al 30%, el cánnabis el 18% y los hipnosedantes se aproximan al 5%. Desde una perspectiva temporal el alcohol, con algunos picos de sierra se mantiene estable, el tabaco tras un repunte en 2012 hasta el 40% desciende y se estabiliza alrededor del 30%, el cánnabis desciende de manera continuada desde un pico del 30% en 2008 hasta bajar del 20% de consumidores en el último mes. Tabaco y alcohol tienen la edad de inicio más temprana, que se mantiene estable en la última década en torno a los 13,5 años. La edad media de

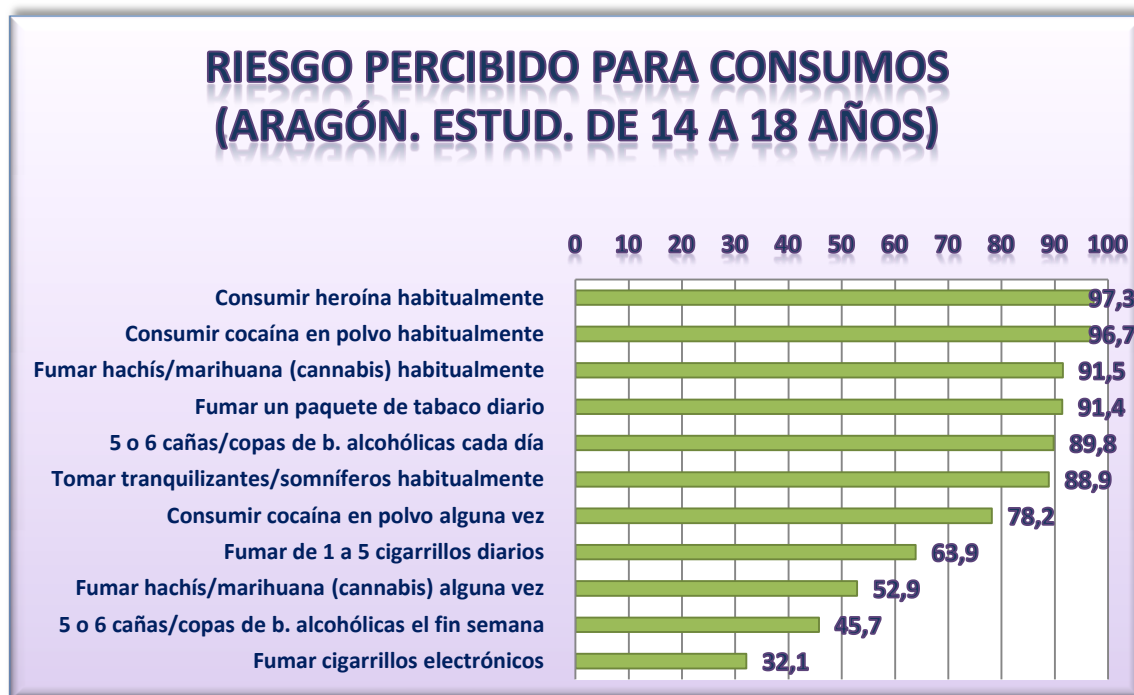
inicio en el consumo de cánnabis se sitúa en los 14,5 años y también estable a lo largo del tiempo.

En el consumo de alcohol apenas se observan diferencias por género. Destaca en el caso de los jóvenes de 14 a 18 años que más de la mitad se habían emborrachado en alguna ocasión y casi la cuarta parte en los últimos 30 días. En todo caso se observa una tendencia a la baja desde porcentajes que, para el último mes, superaban el 40% en 2008.

El consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria en el último mes no presenta diferencias de género. El 17% del alumnado había experimentado en algún momento con cigarrillos electrónicos.

En relación con el consumo de cánnabis, tres de cada diez (un 30,7%) lo había consumido alguna vez, una cuarta parte lo había hecho en el último año y casi un 20% en los últimos 30 días. Los porcentajes son más elevados entre los varones (un 21% frente al 14%) pero se observa una tendencia decreciente para ambos sexos en los últimos diez años. De acuerdo con la escala CAST para determinar consumos problemáticos, de los consumidores en el último año el 13,5% se encontraría en esta situación.

En el caso de los hipnosedantes, los datos para el consumo en los últimos 12 meses presentan una evolución al alza en los últimos diez años. En 2016 un 10% de los jóvenes utilizaron hipnosedantes en el último año y un 5% lo había hecho en el último mes, con una mayor prevalencia entre las chicas.



Fuente: Encuesta ESTUDES 2016 Aragón. D.G. Salud Pública. Elaboración propia.

El riesgo percibido más elevado sigue situándose en las drogas “históricas” (heroína, cocaína,...), por encima del 95%, pero ya también se sitúa en torno al 90% el consumo de un paquete diario de tabaco, fumar cánnabis habitualmente, o tomar tranquilizantes/sedantes de manera

habitual. El consumo esporádico de tabaco (en torno al 60%), de cánnabis (en torno al 50%) o el consumo de alcohol los fines de semana (46%) ayudan a entender mejor la disociación entre los diferentes patrones de consumo. En general la percepción de riesgo es mayor entre las chicas que entre los chicos.

Un 14,9% (el 23,6% de varones y un 5,2% de mujeres) declaran haber jugado dinero fuera de internet en los últimos 12 meses (un 5,5% y 0,2% al menos una vez por semana) aumentando significativamente la frecuencia a medida que lo hace la edad. En el caso de juego en internet lo ha hecho en los últimos 12 meses un 6,6% (un 10,4% de varones y un 2,4% de mujeres) y, con una frecuencia al menos semanal el 3,1% y el 1,1% respectivamente).

El uso de internet está prácticamente generalizado como alternativa en el tiempo libre. Más del 90% de los jóvenes declaran utilizar a diario las TICs y las redes sociales. Entre el 15 y el 20% participa casi a diario en juegos de realidad virtual o de habilidad a través de internet, y un 10% visita prácticamente a diario páginas sólo para adultos.

De acuerdo con la escala CIUS sobre uso compulsivo de internet, uno de cada cinco estudiantes aragoneses (un 21,3%) se encontraría en esa situación, con una mayor frecuencia en el caso de las chicas (el 24,4%) que en el de los chicos (el 18,6%).

Nueve de cada diez declaran haber recibido información sobre drogas en sus centros educativos y en torno a un 70% que también les han facilitado información en su entorno familiar. En relación con el mal uso de las nuevas tecnologías, también siete de cada diez refieren haber recibido información en su centro, mientras que solamente son tres de cada diez los que declaran haberla recibido sobre las apuestas o el juego on line.

4 INTERVENCIÓN EN ADICCIONES

4.1 Las respuestas en adicciones

*Después de varias décadas de compartir experiencias, acumular saberes, y avanzar en la identificación de buenas prácticas podemos hablar de un “**modelo europeo**” en la intervención en adicciones. Parte de identificar que, en relación con los usos de drogas, nos podemos encontrar con usos problemáticos (para uno mismo, para terceros, o a nivel colectivo), con problemas crónicos (como la dependencia o las enfermedades crónicas asociadas) o con daños agudos (como sobredosis o accidentes, en ocasiones con resultados mortales).*

*Progresivamente se han ido consolidando estrategias que cada vez más adoptan un **enfoque amplio de la intervención** partiendo de un concepto de salud pública que da respuesta a la concepción de los usos de drogas como un fenómeno multidimensional y, por tanto, que implica la participación de diferentes sectores, con objetivos a diferentes plazos, y que pretenden alcanzar a grupos de población con características y necesidades asimismo específicas. Todo ello implica importantes desafíos de planificación y coordinación pero es difícil concebir no contar, en las estrategias actuales, con líneas de trabajo dirigidas a:*

- *Programas de prevención que tengan en cuenta el tipo de población y su relación con usos problemáticos para fijar objetivos de carácter universal, selectivo o indicado.*
- *Programas de prevención contextual (o ambiental) con presencia en espacios públicos (especialmente ocio nocturno, espacios festivos) y con incidencia en la percepción social y regulación de los consumos.*
- *Atención a las adicciones con participación de los diferentes servicios y dispositivos sectoriales y teniendo en cuenta, asimismo, la dimensión comunitaria presente en el enfoque multifactorial.*
- *Importancia de las trayectorias individuales de las personas usuarias, con especial relevancia para conseguir la máxima equidad en la accesibilidad a los recursos o la oferta de propuestas con objetivos intermedios (como programas de sustitución o de reducción de daños).*
- *Importancia de la evidencia en la elección de los programas adecuados y, por tanto, del análisis de resultados, la identificación de buenas prácticas y criterios de calidad.*

Es en este contexto en el que cada nivel institucional va a identificar sus necesidades y adaptar sus respuestas conformando las correspondientes estrategias, en una dinámica que necesita de constantes actualizaciones a situaciones que están, asimismo, en permanente cambio.

A continuación se hace un repaso de la información disponible acerca de las intervenciones que se llevan a cabo desde el nivel autonómico y desde el ayuntamiento zaragozano.

4.2 La intervención en adicciones en Aragón

4.2.1 Recursos sobre adicciones en Aragón

El desarrollo de las actuaciones en el ámbito de las adicciones en Aragón, como hemos visto, se llevan a cabo en el marco del Plan Autonómico de Adicciones. La dependencia orgánica se sitúa en el Departamento de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Sección de Drogodependencias. Además de esta Sección, responsable de la planificación y organización de las estrategias y programas, se cuenta con una serie de recursos para su ejecución tanto en el área de Atención como en el de Prevención, distribuidos en el territorio aragonés. Así son definidos y enumerados:

Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA).

Son unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que atenderán a aquellos drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos que hayan sido derivados por los Centros de Salud, Unidades de Salud Mental o los Centros de Prevención Comunitaria.

Complementariamente, podrán colaborar en aquellos programas preventivos que, dirigidos a disminuir la incidencia del consumo de drogas y el desarrollo de otras adicciones, pudieran desarrollarse en su ámbito geográfico de actuación. El acceso de pacientes a las Unidades se realizará directamente o bien por derivación desde cualquier centro o servicio sanitario del Sector.

Las funciones de estas unidades incluyen los siguientes aspectos:

- *Información, orientación y asesoramiento tanto a los individuos implicados en conductas adictivas, como a las familias de éstos, sobre la problemática de las adicciones y sobre todos los problemas asociados; de salud física o psíquica, familiares, legales, laborales...*
- *Desarrollo de programas orientados al abandono del consumo de drogas u otras conductas adictivas mediante intervenciones individuales o grupales en diversas áreas por parte de los distintos profesionales y de forma ambulatoria.*
- *Planificación individualizada del proceso terapéutico: desintoxicación deshabituación y rehabilitación ambulatoria.*
- *El diseño y desarrollo de los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.*
- *Asesoramiento a los familiares incorporándolos en el proceso terapéutico y facilitación de la permanencia en los programas.*
- *Intervención específica con adolescentes y jóvenes que presentan problemas relacionados con cualquier tipo de adicciones.*
- *Intervención continuada y seguimiento para mantenimiento de los objetivos terapéuticos.*
- *Apoyo al proceso de incorporación social en coordinación con los recursos sociales y las redes comunitarias.*
- *Coordinación con el resto de recursos de los niveles primario y terciario en las redes social y sanitaria.*

La atención en adicciones en el ayuntamiento de Zaragoza se presta de manera singular a través de un convenio que da cobertura al CMAPA, dispositivo específico encuadrado en los Servicios Sociales Especializados municipales. El resto de los servicios disponibles en el territorio aragonés consta de las siguientes UASAs: - en la provincia de Zaragoza, Hospital Ntra. Sra. de Gracia, Cruz Roja Zaragoza, Centro de Solidaridad Manuela Sancho, Centro de Solidaridad Lucero del Alba, Cinco Villas, Moncayo; - en la provincia de Huesca, Ayto. de Huesca, Barbastro/Monzón; -en la provincia de Teruel, Alcañiz, Cruz Roja Teruel. Existe, asimismo, un centro residencial gestionado por la entidad privada Proyecto Hombre.

Los Centros de Prevención Comunitaria.

Son recursos pertenecientes a las corporaciones locales que desarrollan funciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables. Estos centros juegan un papel de dinamización de procesos, coordinación y desarrollo de las intervenciones que, ligadas al ámbito local (municipal/comarcal) se concretarán en los Planes Locales de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones.

Los centros, además de desarrollar los programas preventivos ya instaurados, incluirán entre sus funciones el trabajo de proximidad, tomando contacto con individuos o subpoblaciones de especial riesgo que no acceden a la mayoría de los servicios existentes, o a los canales tradicionales de la educación para la salud.

Funciones de los Centros de Prevención Comunitaria:

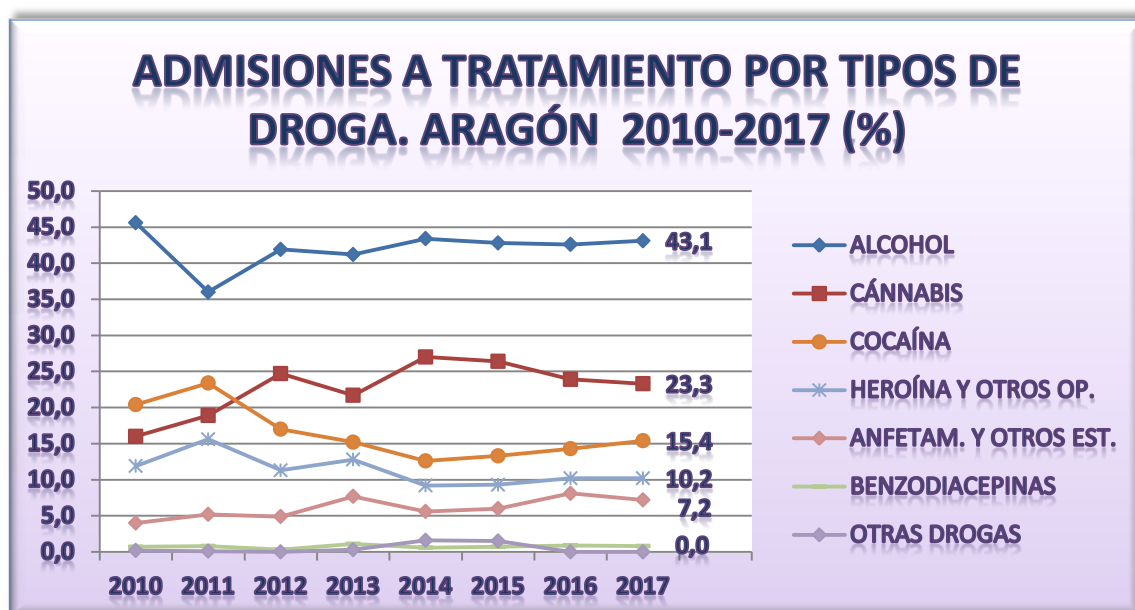
- *Informar, orientar y asesorar tanto a los individuos como a las familias sobre problemas relacionados con las adicciones realizando el diagnóstico de la situación y orientando en cada caso hacia el recurso más adecuado*
- *Realizar la detección e intervención precoz de los problemas de adicciones en colectivos vulnerable así como iniciativas de reducción del riesgo.*
- *Participar como informante clave de los sistemas de información sobre cambios en actitudes y hábitos de consumo.*
- *Colaborar con el Sistema Educativo en la puesta en práctica de programas escolares de prevención, con apoyo formativo y acompañamiento de las acciones.*
- *Establecer cauces sistemáticos de coordinación en el nivel local entre los recursos comunitarios y las redes sociales, apoyando su organización y desarrollo.*
- *Potenciar el desarrollo del tejido asociativo y especialmente el juvenil favoreciendo la participación de los agentes comunitarios y de los jóvenes en la elaboración de programas preventivos.*
- *Realizar el seguimiento a pacientes tras el tratamiento en una UASA que lo precisen*
- *Impulsar el establecimiento de políticas locales de prevención de las drogodependencias, desde la perspectiva de la promoción de la salud mediante la elaboración de Planes Locales de Prevención.*

Al igual que en lo referido a la Atención, en el municipio de Zaragoza, como situación excepcional, el área preventiva está cubierta desde el CMAPA. Para el resto del territorio aragonés están operativos los Centros de Prevención Comunitaria, con cobertura comarcal, de Tarazo-

na/Moncayo, Calatayud, Bajo Aragón, Teruel, Cuencas Mineras, Alcañiz, Jiloca, Andorra, Huesca, Alto Gállego, Jaca, Monzón y Sobrarbe.

4.2.2 Admisiones a tratamiento

El indicador conocido como Admisión a Tratamiento forma parte del Sistema Estatal de Información sobre Adicciones a Drogas, gestionado en la comunidad autónoma por la D. G. de Salud Pública. En el año 2017 fueron admitidos en Aragón 1.391 personas para iniciar tratamiento relacionado con usos problemáticos de drogas. Su evolución desde 2010 se ha mantenido con una notable estabilidad oscilando (con la excepción del año 2011) en el entorno de los 1400/1500 admitidos por año.



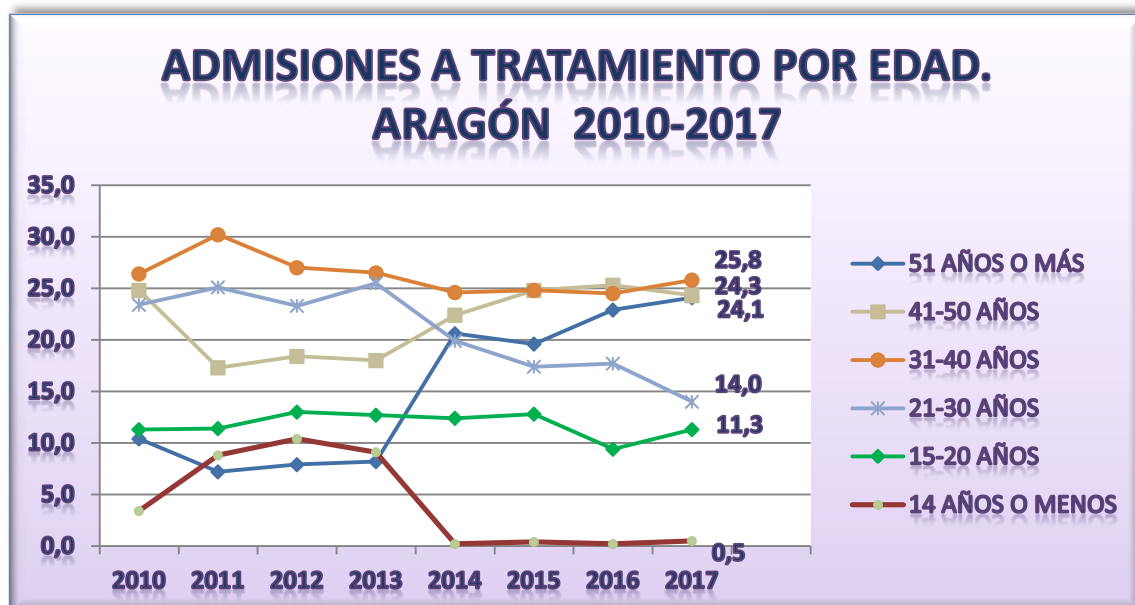
Fuente: Sistema Estatal de Información sobre Adicciones a Drogas. D.G. Salud Pública. Elaboración propia. No se recogen los tratamientos de deshabituación tabáquica que sí figuran, como veremos, en los datos del CMAPA.

Los últimos datos para 2017 revelan que más de cuatro de cada diez inicios (el 43,1%) estaban motivados por el alcohol, seguido en segundo lugar por las admisiones por cánnabis aunque ya supone prácticamente la cuarta parte de los tratamientos iniciados (un 23,3%). A notable distancia, un 15,4% de los inicios estaban motivados por el uso problemático de cocaína, un 10,2% por heroína u otros opiáceos, un 7,2% por anfetaminas u otros estimulantes y el 0,8% restante por otra variedad de sustancias.

El alcohol, a lo largo de estos años se ha mantenido estable siendo la causa de en torno al 40% de los tratamientos. En cambio, en 2010 era la cocaína la segunda causa de admisiones, que ha descendido del 20,4% hasta el 15,4% actual. El caso contrario ha sucedido con las demandas por cánnabis que pasa de representar el 16,0% a un 23,3%. Los tratamientos por opiáceos continúan significando una de cada diez admisiones, mientras que las demandas por Anfetaminas han pasado de representar un 4,0% a un 7,2%.

En función del sexo, los varones en su conjunto suponen la mayoría de los inicios de tratamiento representando, en los datos de 2017, cuatro de cada cinco admisiones. Si bien en ambos

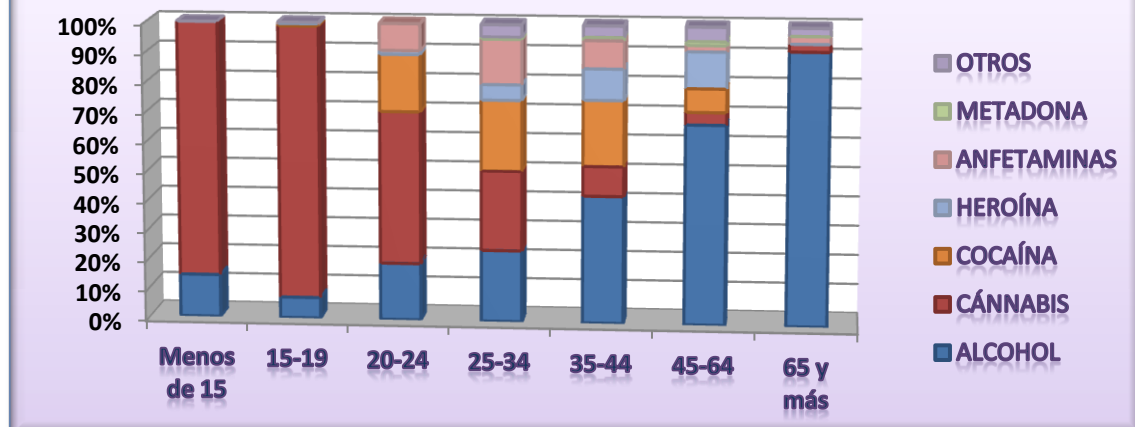
sexos el ranking sitúa el alcohol, cánnabis y cocaína en las tres primeras posiciones en cuanto a tratamientos iniciados, en el caso de las mujeres la demanda por alcohol implica más de la mitad de los tratamientos (frente al 41,0% de los varones) en tanto que en cánnabis y cocaína los porcentajes son notablemente superiores para ellos.



Fuente: Sistema Estatal de Información sobre Adicciones a Drogas. D.G. Salud Pública. Elaboración propia.

La distribución por edades ha tenido una evolución notable, como puede observarse en el gráfico adjunto. Los tramos centrales continúan siendo el comprendido entre 31 y 40 años y el de 41-50 que con algunas oscilaciones, entre ambos, representan aproximadamente la mitad de las admisiones. Son importantes los descenso del grupo de 21-30 años que ha pasado de suponer una cuarta parte de las admisiones a solamente el 14,0%, así como la de los inicios con 14 años o menos. En este último caso es muy notorio a partir de 2014 y, podría estar relacionado con el cambio de criterio en algunos centros (como el CMAPA) acerca de no iniciar tratamientos con menores de 15 años. Por el contrario la población mayor de 50 años ha pasado de un 10,4% en 2010 a significar casi la cuarta parte de las admisiones (un 24,1%) realizadas en 2017.

ADMISIONES A TRATAMIENTO POR EDAD Y TIPOS DE DROGA. ARAGÓN 2017



Fuente: Sistema Estatal de Información sobre Adicciones a Drogas. D.G. Salud Pública. Elaboración propia.

Como se observa en la tabla, cada grupo de edad presenta un perfil de admitidos muy diferente en función de la sustancia que motiva el tratamiento. Así, prácticamente nueve de cada diez casos de admisiones de menores de 20 años estaban motivados por el consumo de cánnabis. Todavía en el grupo de 20 a 24 años continúan suponiendo más de la mitad de los tratamientos, acompañados de en torno al 20% en cada caso motivados por alcohol o cocaína. En el grupo de 25-34 años las admisiones por cánnabis, alcohol o cocaína suponen en cada caso una cuarta parte, con un 15,2% de los casos motivada por anfetaminas. A partir de los 35 años baja drásticamente la demanda de tratamiento por cánnabis y el relacionado con alcohol se convierte en la principal causa convirtiéndose cada vez más dominante a medida que aumenta la edad. En el caso específico de los tratamientos por heroína, su mayor presencia se sitúa en el tramo de 35 a 64 años y en el caso de los hipnótico/sedantes en el tramo de 25 a 34 y en el de 45-64 años.



Fuente: Sistema Estatal de Información sobre Adicciones a Drogas. D.G. Salud Pública. Elaboración propia.

En 2017 cuatro de cada diez personas que iniciaron tratamiento lo hicieron por voluntad propia (o animados por su entorno cercano). Otro tercio de los inicios (un 32,2%) lo fueron por derivación desde un centro sanitario y el 14,1% de los mismos tuvieron como origen una derivación desde los servicios judiciales o penitenciarios. Solamente en torno a un 5% la derivación fue hecha desde los Servicios Sociales y un porcentaje similar desde Otro servicios de drogodependencias. La evolución temporal de los últimos diez años se mantiene bastante estable si bien destaca el importante incremento de las derivaciones judiciales/prisión que pasan de un 8,0% en 2010 a un 14,1% en 2017.

Por último, señalar que la vía parenteral para el consumo de drogas, que ha constituido uno de las principales causas de daños asociados para la salud de los usuarios, en 2017 es utilizada únicamente por un 2,5% de los demandantes de tratamiento. En este ámbito hay que destacar, con preocupación, que todavía en torno a un tercio de quienes iniciaron tratamiento no se habían realizado nunca pruebas de detección de VIH o VHC. En un porcentaje similar no se había recogido dicha información. Entre quienes sí se habían realizado las pruebas, un 8,6% era positivo al VIH y un 19,9% al VHC.

4.2.3 Urgencias hospitalarias y Mortalidad

El indicador de Urgencias Hospitalarias, que forma parte del SEISAD ya citado, no recoge todos los casos producidos en la comunidad autónoma, sino exclusivamente los ocurridos en el Hospital Clínico Lozano Blesa. Este centro es utilizado como antena de referencia para analizar la evolución de los casos atendidos en urgencias por motivos de drogas. En los años 2010-2017 se ha mantenido estable en torno a 100-120 episodios. Es especialmente reseñable la diferencia de género puesto que las mujeres han representado el 40% de los mismos cuando tanto en los indicadores de consumo como en los de tratamiento su proporción es notablemente menor. La edad se distribuye de manera más o menos homogénea entre los 20 y los 50 años. Las principales sustancias que han motivado dichas urgencias son fundamentalmente "alcohol más otras

sustancias” e “hipnóticos y sedantes” si bien en los últimos años el porcentaje del segundo grupo se está incrementando a costa del descenso del primero. Los ingresos por cánnabis se sitúan, después de una evolución creciente, en torno al 15% de los casos. En el caso de alcohol la proporción de géneros es casi paritaria, sin embargo en el caso de las urgencias por hipnóticos las mujeres duplican el porcentaje de varones.

Finalmente, en relación con el indicador de Mortalidad relacionada con el uso de drogas, está circunscrito exclusivamente al ámbito de la ciudad de Zaragoza a partir de los datos recogidos por el Instituto de Medicina Legal. Desde las 10 muertes registradas en 2010 tuvo lugar un incremento que alcanzó los 28 casos en 2013 para retomar un descenso que en 2017 ha supuesto 16 muertes relacionadas con consecuencias adversas del consumo de sustancias. El perfil básico era de un varón, entre los 35 y 54 años, que en más de la mitad de los casos aparecían evidencias de suicidio, y relacionadas con consumo de hipnóticos/sedantes, alcohol y opiáceos.

4.2.4 Las intervenciones en Prevención

En el desarrollo de las políticas públicas sobre adicciones en nuestro país, y por supuesto en Aragón, la prevención ha ocupado un lugar paradójico. En las formulaciones teóricas y las fundamentaciones es prioritaria la llamada a las intervenciones que eviten o disminuyan los riesgos como la estrategia más eficiente y también más eficaz. Sin embargo, cuando se revisan los presupuestos y el despliegue de recursos es la asistencia la que acapara los esfuerzos y la prevención queda, en muchos casos, en buenas intenciones o en esfuerzos muy meritorios pero aislados desde profesionales o servicios concretos.

Esta situación, entre otras cosas, lleva a la notable dificultad de poder analizar las intervenciones o describir, mucho menos evaluar, los resultados de las mismas ante la falta de sistematización, de continuidad, de registros, o de otros factores asociados. Es así hasta tal punto que la propia Administración en el diagnóstico incluido en el III Plan Autonómico de Adicciones reconoce encontrarse con estas barreras para valorar el trabajo realizado al no disponer de información sistematizada. Recogemos, al menos, a continuación los aspectos esenciales de la valoración cualitativa que se realiza en dicho análisis de situación.

Además de la ya citada falta de información estructurada se hace mención a la pluralidad de participantes, institucionales o sociales, que toman parte en las actuaciones preventivas y la dificultad de una coordinación que, aunque formalmente está definida, su aplicación está lejos de resultar fluida.

La participación de la atención primaria de salud se ha limitado básicamente a intervenciones de deshabituación tabáquica y la colaboración entre los ámbitos de salud y de servicios sociales, clave para mejorar la eficiencia de cada uno de ellos, tiene mucho recorrido que realizar.

En el caso del ámbito educativo es probablemente el área en el que el desarrollo de iniciativas preventivas ha sido mayor y más consolidado en el tiempo. La realización de actividades formativas y la disponibilidad de materiales preventivos ha potenciado notablemente la prevención universal en los centros. En todo caso, se señala la integración de la educación para la salud en

los proyectos educativos y la homogeneización de las intervenciones así como la definición de buenas prácticas.

En otras áreas como las de juventud, mujer, o el ámbito laboral las intervenciones se reconocen más escasas y discontinuas.

En conjunto, han tenido una mayor presencia las acciones relacionadas con la prevención universal, mientras que las orientadas a una prevención selectiva o indicada han contado con intervenciones notorias pero faltas de continuidad y de análisis que permitan su adaptación o generalización a partir de evaluar los resultados obtenidos.

4.3 La intervención en adicciones en Zaragoza

Como hemos visto en distintos apartados de este documento, la intervención en adicciones desde el ayuntamiento de Zaragoza, si bien se desarrolla en el marco y bajo la cobertura del Plan Autonómico de Adicciones, se lleva a cabo con una planificación propia y desde un dispositivo especializado de su estructura orgánica.

4.3.1 El Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones

El Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA), como evolución y adaptación del inicial Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) creado en 1986, se consolida en 2004 como el dispositivo de referencia del ayuntamiento de Zaragoza para articular una respuesta municipal en el ámbito de las adicciones. La elaboración y aprobación del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones 2007-2010 hace que la intervención se dote de una sólida orientación estratégica. Como dispositivo forma parte de los Servicios Sociales Especializados.

De hecho, como hemos visto, en los diferentes desarrollos legislativos y planificadores a nivel autonómico, se considera el CMAPA como un espacio singular con capacidad para estructurar la intervención en el ámbito local del municipio zaragozano.

El CMAPA, según recoge en su Memoria de 2016, define dos ámbitos de intervención claramente diferenciados:

- “La Prevención se lleva a cabo a través de la elaboración, desarrollo, intervención y evaluación de programas de prevención en distintos ámbitos: educativo, familiar, comunitario, laboral, ocio y tiempo libre, formación, sanitario y medios de comunicación”.
- “Desde Atención se da respuesta de forma personalizada y estrictamente confidencial a las personas que solicitan tratamiento por problemas relacionados con las adicciones”.

Para llevar a cabo sus actuaciones se dispone, como recursos humanos, de una variedad de perfiles profesionales adecuada a la diversidad de objetivos a llevar a cabo:

- 6 psicólogos/as
- 2 médicos/as
- 1 Psiquiatra

- 1 Diplomada en Enfermería
- 1 Auxiliar de Enfermería
- 1 Trabajadora Social
- 3 Educadoras
- 2 Auxiliares Administrativas
- 2 Operarios especialistas

4.3.2 **Ámbito de la Atención**

De manera más detallada, se plantean los siguientes objetivos para la atención en el caso de las personas que presentan problemas de adicciones:

- *Atender de forma personalizada y estrictamente confidencial, mediante un equipo multidisciplinar cualificado, dando una respuesta integral a los ciudadanos en cuanto a la problemática de las adicciones.*
- *Informar, orientar a cualquier persona que realice una demanda acerca de problemas relacionados con el consumo de drogas así como otras adicciones comportamentales (juego, internet, móvil,...), informando también a los familiares del afectado y personas cercanas que lo demanden. Dicha información se realiza de forma presencial, telefónica o telemática.*
- *Realizar tratamientos integrales individualizados a personas que presentan problemas de adicción, así como a sus familias. El tratamiento es multidisciplinar, abordando la dependencia física y/o psicológica, problemas médico-psiquiátricos, familiares, sociales, laborales, etc., a través de una metodología de tratamiento individual, familiar o grupal.*
- *Lograr la abstinencia de los usuarios y reforzar el cambio en el estilo de vida, de cara a conseguir la reinserción o inserción de estos individuos en la sociedad por medio de un programa terapéutico bio-psico-social libre de drogas.*

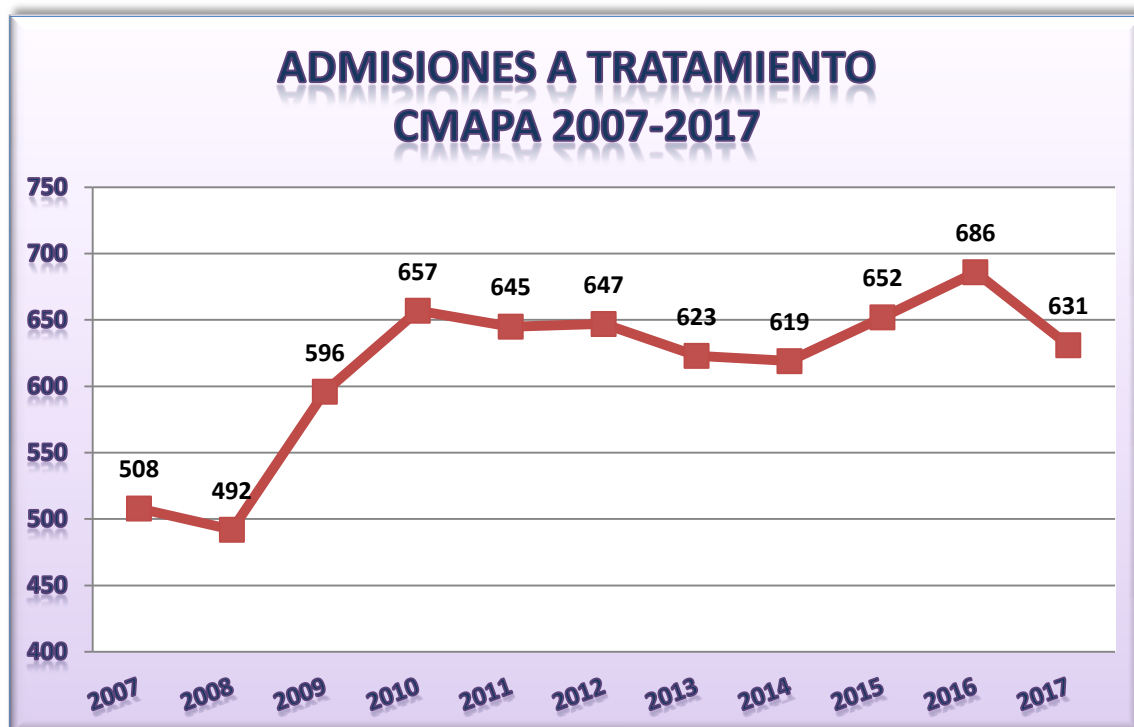
En función de los diferentes perfiles y necesidades de las demandas potenciales se han diseñado propuestas específicas para su abordaje. Los principales programas que estructuran las intervenciones en esta área son:

- *Orientación e información de las adicciones*
- *Abordaje integral de la enfermedad alcohólica*
- *Opiáceos*
- *Cocaína*
- *Deshabitación tabáquica*
- *locari: Programa Juego*
- *Compras compulsivas*
- *Rehabilitación cognitiva*
- *Hábitos saludables*
- *Intervención grupal con familias de consumidores de sustancias adictivas*
- *Terapia Familiar Sistémica*
- *P.A.S.A.*
- *Cánnabis*
- *“A tiempo” Programa de adolescentes/menores*

A continuación recogemos algunos datos significativos que reflejan la evolución y los resultados de estas intervenciones en los últimos diez años a partir de la información incluida en los sistemas de registro del CMAPA.

4.3.2.1 Admisiones a tratamiento 2007-2017

En el Centro Municipal de Atención y Prevención a las Adicciones (CMAPA) fueron admitidas a tratamiento en 2017 un total de 631 personas, lo que supone casi la mitad del total de admisiones a tratamiento en el conjunto de la comunidad autónoma de Aragón.



Fuente: Base de datos del CMAPA. Elaboración propia.

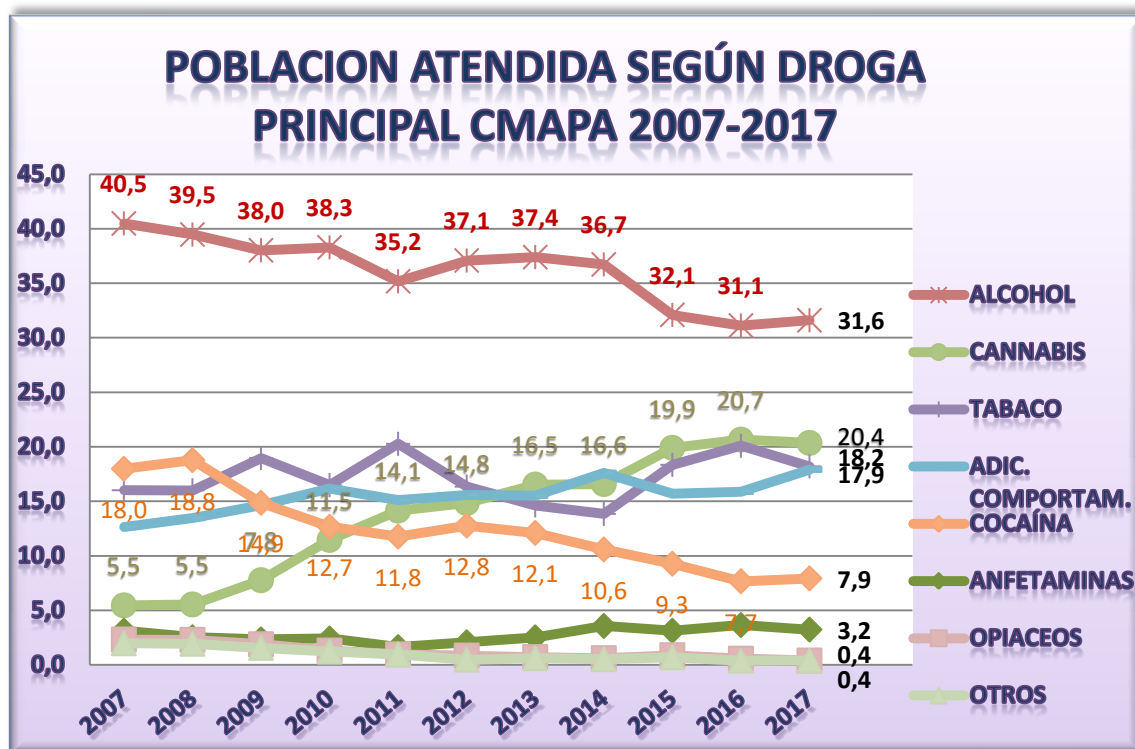
Si observamos los datos del gráfico adjunto, podemos comprobar un crecimiento notable en los últimos diez años (un 25%), especialmente apreciable entre los años 2008-2010 y 2014-2016.

El análisis más pormenorizado de las características de esta población y de sus perfiles, que figura en las próximas páginas, está realizado tomando como base todos los usuarios atendidos a lo largo de cada año (que pueden haber sido admitidos a tratamiento el año anterior) puesto que así es como está configurada la explotación base en el registro de datos del dispositivo. En 2017, último año que hemos tomado como referencia para este análisis, fueron atendidas un total de 1.022 personas. Aun así, las diferencias derivadas de este criterio apenas serán perceptibles en la medida que los posibles cambios de perfil no se producen de manera radical en unos pocos meses sino que su evolución tiene lugar más espaciada en el tiempo como podremos observar.

4.3.2.2 Población atendida según motivo de demanda

El alcohol es la droga principal con mayor presencia entre la población atendida de acuerdo con los datos disponibles para 2017. Un 31,6% estaban en tratamiento por ello y a cierta dis-

tancia, pero muy próximos entre ellos, se situaban los porcentajes correspondientes a las personas atendidas por cánnabis (un 20,4%), por tabaco (un 18,2%) y por adicciones comportamentales relacionadas con el juego o con las nuevas tecnologías (un 17,9%). Los tratamientos por cocaína (un 7,9%), por anfetaminas (un 3,2%), u otras sustancias (como el caso de los opiáceos) con porcentajes inferiores al 1% completaban el abanico de las demandas de tratamiento.

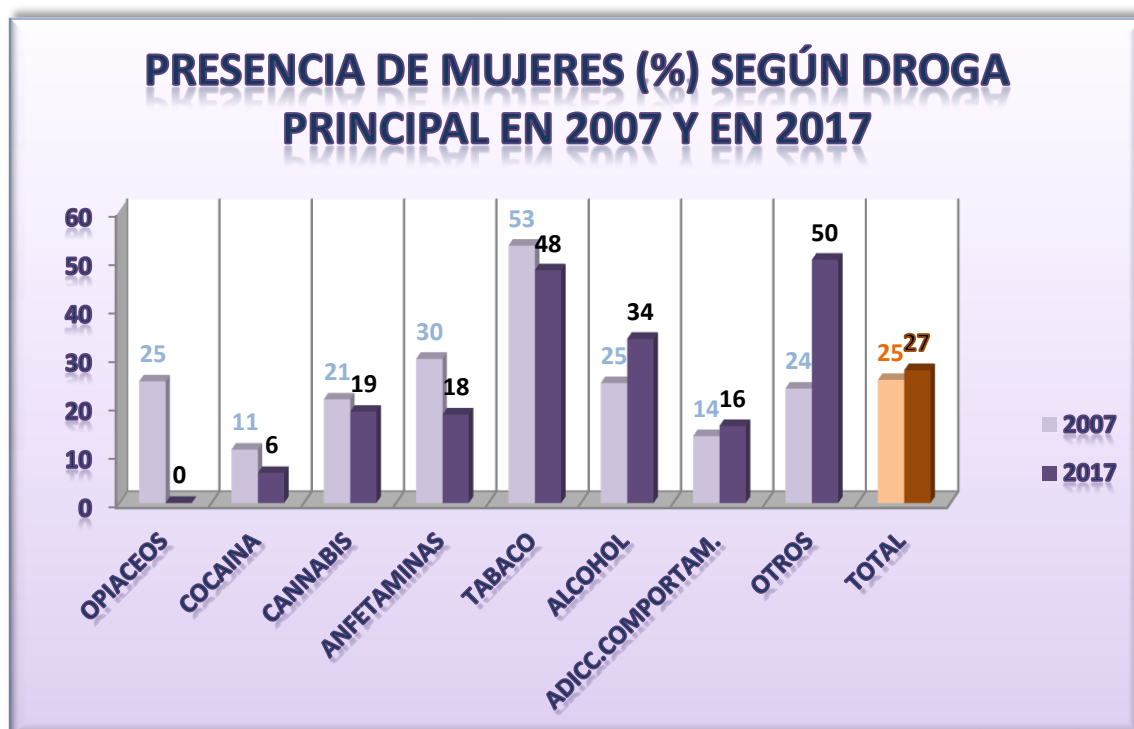


Fuente: Base de datos del CMAPA. Elaboración propia.

La evolución temporal en los últimos diez años, como puede verse en el gráfico ha sido dispar. Así, aunque el alcohol continúa siendo la principal droga de demanda el porcentaje que representa desciende casi 10 puntos. El descenso también es significativo en el caso de cocaína, que pasa de un 18% a representar un 7,9% de los tratamientos. Por el contrario, el mayor crecimiento se observa en los tratamientos motivados por cánnabis, de un 5,5% en 2007 a un 20,4% en 2017. Los tratamientos por adicciones comportamentales crecen si bien de manera más moderada (de un 12,9% al 17,9%), en tanto que el tabaco mantiene una posición significativa pero estable a lo largo del periodo.

4.3.2.3 Población atendida según sexo y droga principal

Las mujeres representan aproximadamente la cuarta parte de la población atendida por el CMAPA en 2017 (un 27,0%), porcentaje que se mantiene con bastante estabilidad en los últimos diez años.



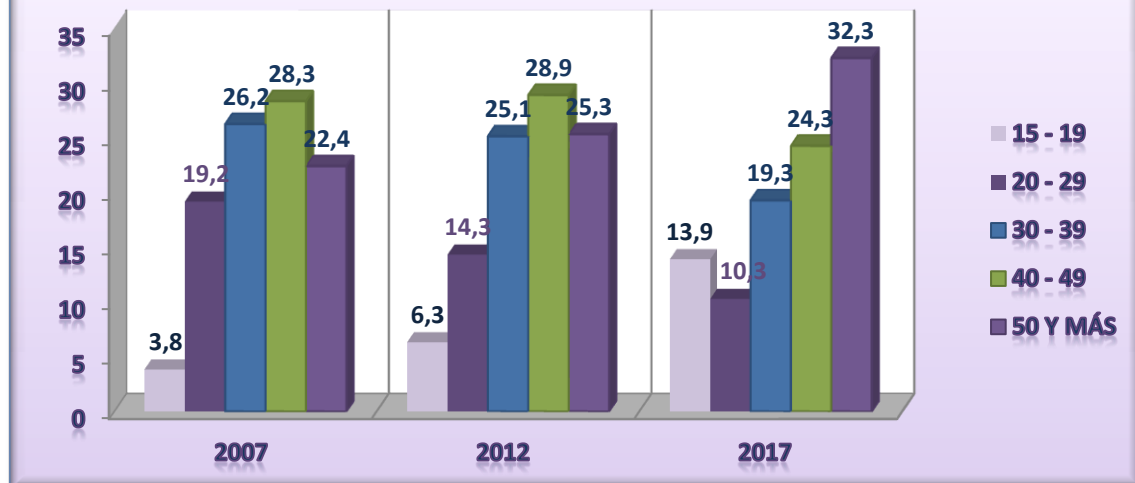
Fuente: Base de datos del CMAPA. Elaboración propia.

A pesar de ello, la presencia de mujeres varía notablemente en función de la droga principal que motiva el tratamiento. Así, en 2017, en el caso de las drogas legales es donde la población femenina representa mayores porcentajes, casi la mitad de los sujetos en el caso del tabaco (un 48%) y más de un tercio en el caso del alcohol (un 34%). Por el contrario, y dentro de las sustancias más presentes en los tratamientos, en los motivados por cánnabis no llegan a representar dos de cada diez tratamientos, y un 16% en las adicciones comportamentales. En el caso de cocaína su presencia es apenas significativa con un 6% del total de los casos. La evolución temporal nos muestra un incremento especialmente notable de mujeres en los tratamientos motivados por alcohol, mientras que desciende también de manera muy apreciable la población femenina en el caso de anfetaminas.

4.3.2.4 Perfiles de edad de las personas en tratamiento

La edad de las personas atendidas ha experimentado un importante cambio en la última década. Si observamos la distribución por grupos de edades de la población usuaria en 2007 vemos que más de la mitad de las personas se encontraban en los grupos centrales: más de la cuarta parte (un 28,9%) entre 40 y 49 años y otro 26,2% en el tramo de 30 a 39 años. Se ha producido un incremento muy notable en ambos extremos de la pirámide de usuarios en tanto que los grupos centrales descienden de manera considerable. Así la población atendida de 50 años y más pasa de un 22,4% a un 32,3% y el grupo de 15 a 19 años pasa de representar un 3,8% a un 13,9% del total.

PERFILES DE EDAD DE POBLACIÓN ATENDIDA CMAPA 2007-2012-2017



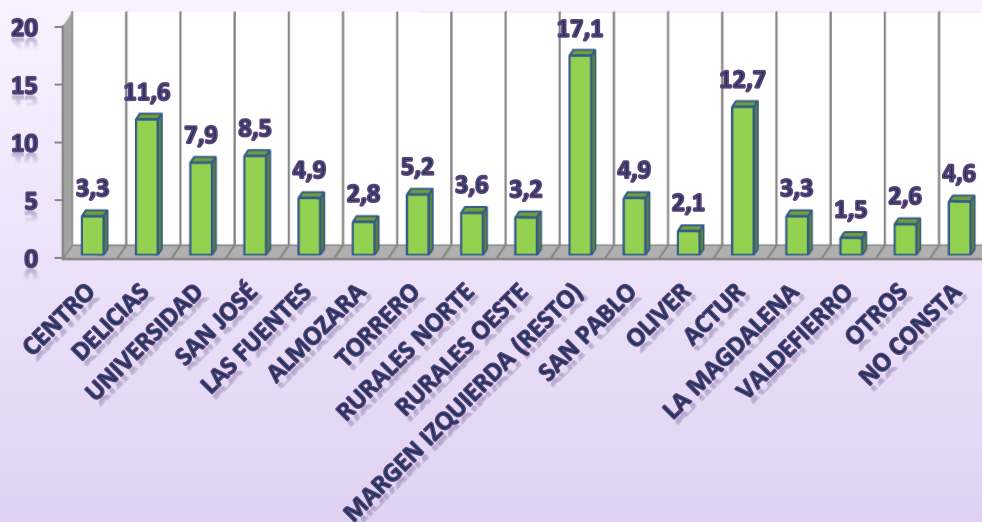
Fuente: Base de datos del CMAPA. Elaboración propia.

La edad de la población atendida difiere de manera muy significativa en función de la droga principal que motiva el tratamiento. La moda estadística (el valor que más se repite) de mayor edad la encontramos en el caso del tabaco (el grupo de 50 años y más), al igual que en el caso del alcohol. En el caso de cocaína, anfetaminas u opiáceos se sitúa en el grupo de 30-39 años. Por el contrario el perfil más joven lo encontramos en los atendidos por cánnabis, más de la mitad de las personas atendidas menores de 20 años. Las adicciones comportamentales tienen el patrón más distribuido de todos si bien es cierto que tiene una relación directamente proporcional con la edad (es decir, aumentan los casos en la medida que lo hace ésta).

4.3.2.5 Procedencia, por barrios, de las personas en tratamiento

Las personas que se encuentran en tratamiento en 2017 en el CMAPA tienen una amplia distribución entre los diferentes distritos de la ciudad aunque algunos de ellos tienen una presencia más significativa, en parte relacionada con la propia ubicación del dispositivo.

PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA (%) CMAPA 2017

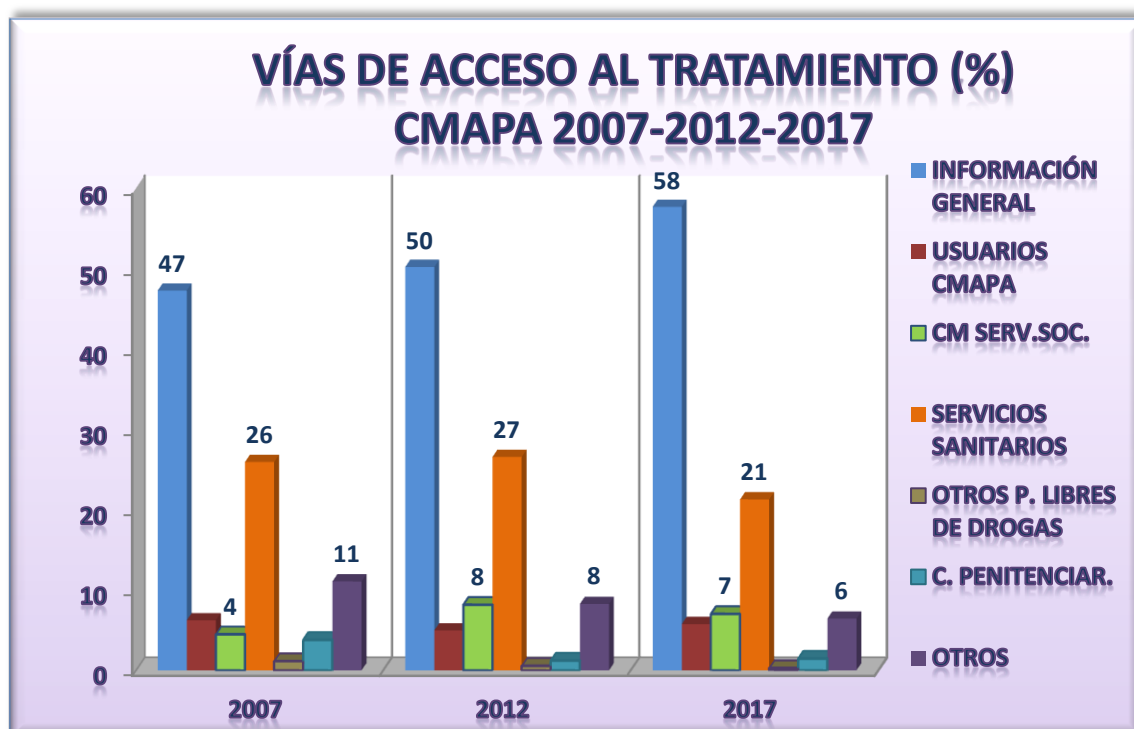


Fuente: Base de datos del CMAPA. Elaboración propia.

Entre los más representados destaca la Margen Izquierda (excluido el Actur), con un 17.1% de la población usuaria, las personas que provienen del Actur (con un 12,7%) y aquellos que residen en el distrito de Delicias (un 11,6%). Universidad, San José y Torrero tienen asimismo porcentajes superiores al 5%. Las Fuentes y San Pablo se sitúan prácticamente en ese porcentaje y en el resto de barrios los datos son significativamente menores.

4.3.2.6 Vías de acceso al tratamiento

El acceso al tratamiento viene promovido a través de diferentes vías y estos mecanismos de acceso han ido evolucionado en los últimos diez años como se comprueba en el gráfico adjunto. La información general disponible para la ciudadanía era, y lo es cada vez con mayor fuerza, el principal canal de acceso al tratamiento en el CMAPA. En 2017 prácticamente en 6 de cada diez casos ocurre se produce por esta vía. La derivación desde los servicios sanitarios ha perdido presencia y en estos momentos, aunque se sitúa en segundo lugar, aporta 2 de cada diez personas atendidas. Los Servicios Sociales constituyen el tercer canal en importancia. Si bien aumenta su porcentaje desde las cifras de 2007, son solamente un 7% de personas las derivadas desde estos dispositivos, algo que difiere notablemente de otros dispositivos similares.

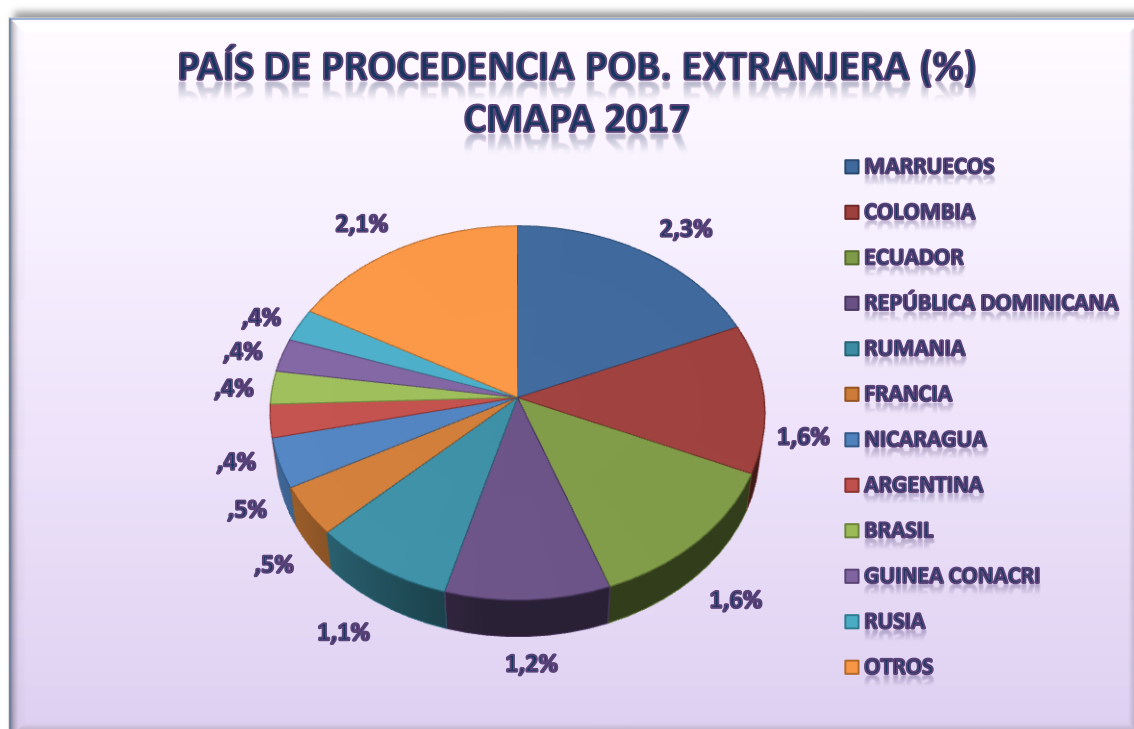


Fuente: Base de datos del CMAPA. Elaboración propia.

Al segmentar los datos en función de la droga principal, la información general constituye la principal vía de acceso en la mayoría de ellas. La excepción lo constituyen los tratamientos por alcohol, en los que el porcentaje mayor lo aportan las derivaciones desde Centros Sanitarios o el caso de los opiáceos liderado por la información de otros usuarios del CMAPA. Es destacable, asimismo, la importancia que adquiere, como segunda vía de acceso, la derivación desde el sistema judicial/penitenciario en los tratamientos motivados por cánnabis.

4.3.2.7 Población atendida según país de procedencia

La presencia de personas de procedencia extranjera ha experimentado un lento pero progresivo incremento entre la población atendida en los últimos diez años, habiendo pasado de un 7,6% en 2007 a un 12,4% en el año 2017.



Fuente: Base de datos del CMAA. Elaboración propia.

La distribución por nacionalidades está encabezada por las personas originarias de Marruecos, que representan el 2,3% del total de personas usuarias en 2017, de Colombia con un 1,6%, de Ecuador con un porcentaje similar, de la República Dominicana con el 1,2% y de Rumania que supone el 1,1% del total de personas atendidas.

4.3.3 Ámbito de Prevención

Para avanzar en la operativización de éste área, desde el CMAA se enumeran como objetivos para las intervenciones preventivas los siguientes:

- Reducir el interés social y la demanda de drogas, desarrollando las competencias y capacidades personales.
- Educar para la salud, potenciando hábitos saludables frente a actitudes favorecedoras del consumo de drogas y otras conductas adictivas.
- Intervenir sobre las condiciones socioculturales que inciden en las conductas adictivas.
- Fomentar la coordinación entre los recursos comunitarios y las redes sociales, apoyando su organización y desarrollo.
- Educar en el consumo/uso responsable.
- Informar a la población sobre las sustancias y conductas capaces de generar dependencia.

Reflejamos a continuación como estos objetivos se han ido plasmando en las diferentes áreas, la justificación para la pertinencia de la intervención y su articulación en programas en cada de ellas. La dificultad para la homogeneización y estandarización de instrumentos y bases de datos que reflejen los resultados de estas intervenciones (que afecta a todos los niveles institucionales y que, en buena medida, deriva de una falta de apoyo continuado y de recursos para ello)

no impide que podamos añadir, al final, algunos datos básicos singularmente referidos al ámbito educativo.

- Prevención Comunitaria:

La prevención comunitaria implica tener en cuenta los contextos macrosociales (familia, grupo de amigos, barrio,...) tanto en el origen como en la evolución del fenómeno. De ello se deriva la necesidad de actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que conforman la comunidad, siendo ésta última la que debe implicarse en la búsqueda de soluciones.

Programas diseñados:

- ACTUemos pero juntos
- Prevención en fiestas
- Mesa de Prevención
- Día Mundial sin Tabaco
- P.A.S.A.
- Programa de Prevención de Adicciones-Oliver

- Prevención Familiar:

La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Es el grupo primario con el que se convive y a partir del cual crecemos y maduramos. Dado que la prevención es una tarea compartida entre la familia y la escuela, resulta incuestionable la necesidad de coordinación en las actuaciones entre ambas instituciones, reforzando así mutuamente los mensajes transmitidos.

Programas diseñados:

- "A priori". Intervención con padres/madres del alumnado de Primaria y primer ciclo de Secundaria
- "Bitácora" Intervención con padres/madres de alumnado con consumos de riesgo

- Prevención Educativa:

El entorno más importante de prevención universal es la escuela. La escuela se convierte, por su estructura y características, en la institución idónea para adquirir valores, destrezas, habilidades y conocimientos que configuren estilos de vida saludables que les hagan más autónomos y resistentes a la presión al consumo de drogas y otras conductas de riesgo para su salud. En esta tarea debe implicarse toda la comunidad escolar: alumnado, profesorado y padres/madres.

Programas diseñados:

- Construye tu mundo
- Más que hablar de tabaco
- Más que hablar de alcohol
- On-Off
- Tú decides

- 5 top secrets sobre el cánnabis
- 5 top secrets sobre el cánnabis. Exposición
- Consumo-riesgo
- TIS: Taller de información y sensibilización
- Dispensación responsable de bebidas alcohólicas
- No sólo palabras: prevención a través del teatro.

- Prevención en Medios de Comunicación:

Los medios de comunicación social forman un espacio con gran capacidad para la creación de representaciones sociales además de poseer un enorme poder de influencia en la población.

Programas diseñados:

- Más que info
 - Página web
 - Redes sociales: Facebook y twitter
- Recogemos asimismo la existencia de Otros programas que, con mayor o menor continuidad, se han desarrollado en ámbitos como el de Tiempo Libre, de Formación o de Salud que pueden ser consultados con detalle en las Memorias correspondientes.*

4.3.3.1 Algunos datos relacionados con el ámbito educativo

La actividad central de las estrategias preventivas se articula en relación con el ámbito educativo. La universalidad, la estructuración por edades, la población “cautiva” (su localización y continuidad es permanente), la permanencia de los docentes a lo largo del curso son algunas (entre otras muchas) de las razones de esta priorización con el objetivo de optimizar la prevención de drogodependencias.

Sin obviar que el diseño de la estrategia en este ámbito es muy consciente de los diferentes niveles de apoyo que son necesarios (la intervención directa con alumnos, el apoyo al profesorado para su intervención, y la intervención contextual con las familias) es complejo reflejar la intervención en su conjunto, pero al menos los datos que figuran a continuación nos permiten una aproximación al importante esfuerzo realizado.

La tabla que figura a continuación muestra en detalle, para el curso 2017-18, la estructuración de la intervención realizada por el Equipo de Prevención del CMAPA con el objetivo de alcanzar cada uno de los diferentes niveles y cursos del currículo educativo en el conjunto de la educación no-universitaria. Para cada uno de estos espacios se ha construido una propuesta adecuada a sus necesidades. Evaluada una aplicación piloto, pasa a formar parte de los programas ofrecidos a los diferentes colegios para su aplicación por parte del profesorado con los materiales creados y con el asesoramiento del equipo de prevención.

CURSO 2017-2018					
NIVEL/CURSO		PROGRAMA	Nº CENTROS	Nº PROFESORES/AS GRUPOS	Nº ALUMNOS/AS
EDUCACIÓN PRIMARIA	3º	"Construye tu mundo"	7	10	223
	4º		7	10	233
	5º		6	9	202
	6º		5	11	252
ESO BACHILLER OTROS	1º ESO	"Más que hablar de tabaco"	20	81	2041
	1º ESO	"Primeros sin humo"	3	No se contabiliza	79
	12-18 años	"Carrera sin humo"	21	No se contabiliza	932
	2º ESO	"Más que hablar de alcohol"	25	99	2410
	3º ESO	"TTT-Exposición de alcohol"	17	59	1461
	4º ESO		1	1	25
	3º ESO	"On off"	27	99	2373
	4º ESO		10	28	609
	1º FPB		4	6	83
	3º ESO	"Conectado a ti"	6	12	163
	1º ESO	"5 top secrets sobre el cannabis"	3	7	200
	2º ESO		3	8	169
	4º ESO		5	15	370
	2º Bachiller		1	1	35
	1º FPGM		1	1	30
	PCPI		2	5	70
	F. OCUPACIO.		1	2	30
	FPB		3	5	69
	4º ESO	"Exposición 5 tops secrets"	13	48	1086
	2º Bachiller		1	3	90
	1º FPB		2	3	41
2º FPB	3		5	60	
PCPI	3		5	59	
AULA TALLER	2		2	15	
GARANTÍA SOCIAL	1		2	22	
FPB	"Taller de Información y Sensibilización-TIS"27	7	13	168	
PCPI		4	4	47	
AULA TALLER		2	4	36	
1º FPGM/FPB	"DRA"	1	1	20	
TOTAL			59	559	13763

Fuente: Base de datos del CMAPA. Elaboración propia.

Un total de 59 centros han desarrollado los diferentes programas elaborados por el CMAPA para cada una de las etapas adaptándolas a las necesidades previamente detectadas. Supone la implicación durante el curso de 559 profesores/as que ha supuesto haber trabajado con 13.763 alumnos/as. Si tenemos en cuenta la aplicación de los 6 programas de mayor impacto y que han mantenido la continuidad en los últimos diez años las cifras alcanzan a un total de 875 centros, de 5829 profesores/as, y 143.539 alumnos/as.

4.4 Evolución de la intervención desde el CMAPA en la última década

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

El número de personas atendidas en los diversos programas del CMAPA han seguido, en su conjunto, una evolución ascendente los últimos diez años. En la actualidad el mayor número de tratamientos está relacionado, por este orden, con el alcohol, cánnabis, tabaco y adicciones comportamentales. En ese periodo de referencia se ha producido un importante incremento de las demandas por cánnabis y adicciones comportamentales al tiempo que un descenso significativo de las relacionadas con cocaína y opiáceos.

Aunque, en conjunto los varones representan 3 de cada 4 tratamientos las mujeres tienen una presencia importante en el caso de tabaco y alcohol y está aumentando significativamente en las adicciones comportamentales. Los menores de 20 años son mayoría en los tratamientos por cánnabis, los mayores de 50 años lo son en los de tabaco y alcohol. En el caso de las adicciones comportamentales se distribuyen por los diferentes tramos de edad.

La población atendida proviene mayoritariamente de la margen izquierda, Oliver, y Delicias. Se han puesto en contacto con el centro en 6 de cada 10 casos a través de Información General, en un 21% de los casos ha sido a través de los servicios sanitarios y en un 7% de los servicios sociales municipales (destaca la derivación desde los servicios jurídicos/penitenciarios en el caso de los menores infractores por cánnabis). La presencia de población extranjera ha ido creciendo progresivamente (es un 12,2%) especialmente en los menores en tratamiento por cánnabis.

En cuanto a los programas de Prevención, es el ámbito educativo en el que se han desarrollado la mayor cantidad de iniciativas. Se han desarrollado propuestas adaptadas para cada uno de los niveles y etapas de Primaria y Secundaria, y dirigidas tanto al profesorado, como alumnado y padres/madres. Haciendo referencia solamente a los 6 programas que se han mantenido de manera permanente en los últimos 10 años, cada año han participado en torno a los 50 centros, más de 300 profesores y el alumnado se ha duplicado hasta aproximarse a los 10.000 participantes en el último año.

ASPECTOS CONSOLIDADOS

Además de la evolución de la población atendida a través de los programas puestos en marcha, aportamos algunos aspectos cualitativos que han surgido a partir del análisis documental y de las entrevistas realizadas:

- La atención al tabaquismo es un programa muy consolidado desde los cambios legislativos de 2005, con un giro hacia una mayor demanda ciudadana directa en detrimento de la institucional.

- Desde de la Atención Primaria de Salud las derivaciones básicamente están relacionadas con problemas de alcohol.

- Hay relativamente pocas derivaciones desde Servicios Sociales Comunitarios. Diferentes factores pueden estar influyendo: la ausencia de programas de sustitución, las listas de espera, perfiles exigentes para la admisión,...

-Se produce un incremento de la demanda de menores, no tanto relevante por el volumen sino sobre todo por las edades tan tempranas.

- Las demandas de los más jóvenes están fundamentalmente relacionadas con consumo de cánnabis, y en muchos casos son derivaciones desde "menores infractores" (fiscalía, menores...)

- En el caso de adicciones comportamentales, la atención a la ludopatía, o el shopping, son programas ya consolidados. La demanda relacionada con las nuevas tecnologías resulta más compleja por las tempranas edades de los usuarios.

- En prevención importante esfuerzo en el ámbito educativo donde destaca: la continuidad, la implicación a la familia y el refuerzo posterior. Propuestas diversificadas adaptadas para todos los niveles educativos, tanto en las sustancias como en las propuestas a trabajar. Apoyo al profesorado. Se facilitan materiales para profesorado y alumnado.

- En prevención comunitaria se ha hecho especial énfasis en dos barrios, además de las intervenciones realizadas en fiestas, y se ha participado en programas de ocio y tiempo libre dirigidos a jóvenes.

RETOS:

- Fama de ser demasiado estrictos (para los S.S. comunitarios). A ellos les gustaría que vinieran "trabajados" (-reconocido el problema, - asumiendo compromisos...)

- Necesidad de conexión/coordinación (CMAPA-comunitarios)

- Mejorar la "salida" (aunque no hay muchos que sean usuarios de S. Sociales)

- Listas de espera problemáticas 1,5 meses (Mucha presión de la demanda en todos los programas; con los PASA 6 meses, con tabaco 8 meses...)

- En su momento se planeó la posibilidad de programas de sustitución (año 2000). Finalmente se quedó la responsabilidad en las UASA (en ellas no se desarrollan programas sobre tabaco ni ludopatía)

- Desde Salud se deriva básicamente problemas de alcohol

- Desde S. Sociales apenas llega demanda (podría estar relacionado con las listas de espera, con que las personas candidatas no se adaptan al perfil de la demanda...)

- *No hay demasiado contacto con S. Sociales ni a la “entrada” ni a la “salida” (en algunos casos se realiza pero esos no suelen ser usuarios de los servicios sociales). Faltarían unos protocolos establecidos para ordenar este contacto fluido y no iniciativas puntuales.*
- *Faltaría formación y consenso para abordar la demanda de 15-18 años (a los que vienen no se les hace valoración psicológica y no se tiene definida una respuesta estandarizada...)*
- *En Prevención educativa es necesario seguir elaborando propuestas hacia los primeros cursos de Educación Primaria.*
- *El trabajo con iguales es una herramienta para las intervenciones preventivas, especialmente con jóvenes en situación de riesgo, que debería ocupar un mayor protagonismo en las próximas propuestas.*
- *Se evidencia la necesidad de aumentar la relación con las redes y estructuras de intervención comunitaria para poder extender las estrategias preventivas en este ámbito así como poder alcanzar a población que no se acerca fácilmente a las instituciones.*

5 HACIA DÓNDE SE ORIENTAN LOS CAMBIOS EN LOS PROBLEMAS Y EN LAS RESPUESTAS

Ante el desafío de repensar la propia intervención y de adaptar las respuestas a los cambios y a los aprendizajes realizados a partir de la experiencia, en este apartado proponemos algunas ideas, ni mucho menos exhaustivas ni tampoco cerradas, como hilos desde los que comenzar ese reto. Cambios sociales, evolución de los problemas a los que nos veníamos enfrentando, nuevos problemas emergentes, estrategias de intervención para responder a desafíos pendientes, o articulación de las estrategias que optimicen los esfuerzos puestos en marcha. La convergencia de las reflexiones y propuestas desde la particular mirada de las diferentes partes implicadas permitirá una base sólida sobre la que construir una respuesta común.

5.1 Algunos cambios estructurales y sociales con incidencia en los usos de drogas

Si partimos de que los usos de drogas constituyen un fenómeno multidimensional, sin duda los cambios sociales y problemas relacionados que estamos viviendo (en buena medida agudizados por la última crisis) juegan un papel importante. Aspectos como la precariedad laboral, los problemas de vivienda, las dificultades en hogares monoparentales, la soledad, la aceleración de cambios tecnológicos, los nuevos patrones relacionales, o la gestión de un futuro incierto... están presentes a la hora de definir como manejamos dichos usos y los posibles problemas asociados, tanto a nivel individual como colectivo.

Es importante tener presente que no todos los patrones de consumo (ni por frecuencia, ni por sustancia, ni por perfil, etc.) generan los mismos problemas. Resulta importante marcar los diferentes usos problemáticos y sus consecuencias de cara a las intervenciones (preventivas o de atención). Los riesgos o daños no siempre, o no solo, son sanitarios y de cariz individual, y afectar a otras áreas personales, incidir en terceros... Y es fundamental también de cara a posibilitar y ordenar el necesario debate social sobre las respuestas que queremos adoptar.

La percepción del riesgo es elemento esencial que está muy presente en la evolución de los usos de drogas, que los determina y, al tiempo que es modificada por dicha evolución. Y en ella están presentes factores del ámbito individual (en nuestras sociedades adquiere cada vez mayor peso la reivindicación del concepto de “autocontrol” frente al “heterocontrol”), evolución en los discursos colectivos rechazando o normalizando determinados usos y patrones en una mezcla de experiencias, actitudes y creencias (p.ej. cánnabis o el más reciente juego patológico), cambios y modificaciones en la regulación normativa (como el caso del tabaco y su impacto en los consumos). Bien es cierto que provoca situaciones paradójicas (como el aumento de las demandas de atención por cánnabis y la baja percepción del riesgo) pero también que son procesos a integrar para poder elaborar respuestas compartidas.

En ese debate social será necesario confrontar cuáles son los márgenes y cuáles son los límites de cada uno de los planteamientos, desde las posiciones teóricas hasta las políticas y respuestas a desarrollar y que, sin duda, deberá hacer referencia a la continuidad de las intervenciones

y a los costes de las mismas pero también a las aportaciones desde un balance social de los resultados.

Un aspecto significativo, y que es compartido con otras áreas, es el acceso y los inicios en los usos de drogas por adolescentes a edades notablemente tempranas, en situaciones en las que el desarrollo personal tiene un importante recorrido pendiente. Ello añade dificultades significativas en el manejo individual pero también en el ámbito educativo, familiar, etc. y necesariamente plantea la elaboración de respuestas coordinadas desde una perspectiva multisectorial

Y, desde el vértice de la pirámide de edad, nos encontramos con sociedades cada vez más envejecidas en las que se extiende la esperanza de vida pero también aparecen problemáticas relacionadas: morbilidad, hogares individuales, descenso de las redes relacionales, etc. La mayor evidencia del aumento de consumos de riesgo especialmente con psicofármacos, o más recientemente con el juego, nos obliga a adaptar la perspectiva.

El impacto de la reciente crisis ha incidido, como todos sabemos, de manera especial en los grupos más vulnerables. El enfoque multifactorial en las adicciones nos plantea que la atención no sólo pasa por el tratamiento de la misma sino por la necesidad de recomponer los puentes rotos que aumentan los riesgos de exclusión. Y la dificultad para la inserción laboral, en los casos en que aparece en el proceso de atención, se ha convertido en un importante hándicap. El retroceso en las políticas públicas de bienestar en otras áreas esenciales en la dinámica de incorporación social ha supuesto, asimismo, dificultades añadidas en los itinerarios de inclusión.

Los nuevos estilos de vida, en los que la inmediatez en las respuestas, las presiones grupales y sociales, la necesidad de encontrar satisfacciones accesibles,... han incorporado hace años a este ámbito las denominadas adicciones comportamentales o sin sustancia (ludopatía, pero también shopping o usos problemáticos de las nuevas tecnologías) en la medida que comparan elementos significativos tanto en su génesis como en su abordaje.

Por otra parte, la disponibilidad de las sustancias constituye un elemento más a considerar. Tanto las sustancias ilegales, con nuevas rutas de distribución en constante evolución, o como en el caso de las legales con un acceso muy poco regulado o, al menos, con una tolerancia social muy significativa en relación con la oferta, ofrecen un amplio espacio para el debate sobre su regulación y control.

Finalmente, si algo pone de manifiesto esta perspectiva de cambio permanente tanto en los usos como en los problemas asociados es la necesidad de un seguimiento permanente, y de la elaboración de estrategias para ello, acerca de las nuevas circunstancias y de las respuestas y buenas prácticas que se consoliden.

5.2 Nuevos retos en la intervención

Después de décadas de planificar y llevar a cabo políticas para responder a las necesidades en el ámbito de las adicciones, puede afirmarse que hay unos modelos y unas estructuras consolidados y cuyos resultados hemos revisado en apartados anteriores. Se trata ahora de plantear

algunos retos que no siempre son nuevos pero que a veces su presencia se ha vuelto más intensa o han adquirido matices específicos que es importante debatir para continuar disponiendo de respuestas eficaces.

5.2.1 Respuestas a qué desafíos

- Las situaciones de **policonsumo** son cada vez más frecuentes y, en ocasiones, resulta difícil deslindar una sustancia como elemento principal de la demanda, en la medida que la problemática viene más definida por una dinámica patológica que por la sustancia concreta.

- La importancia de los patrones de uso se vuelve aún más determinante a la luz de los datos. De hecho, en las últimas encuestas la extensión de algunos consumos se ha estabilizado o incluso ha disminuido. Sin embargo, **aumentan los casos de usos problemáticos** (como p.ej. en el caso de atracones de alcohol o de estimulantes y relaciones sexuales de riesgo)

- Las consecuencias para la salud por los usos problemáticos (incidentes agudos, adicciones) tienen particularidades en función de los **patrones de consumo** pero también, de manera importante, **del perfil del usuario y del entorno**. Desde un planteamiento multifactorial es necesario incidir en ellos para **potenciar una interacción positiva**.

- En el caso concreto del consumo problemático de **alcohol y adolescentes** se multiplican las situaciones de riesgo y los daños. Se concentran los consumos en espacios cortos de tiempo; episodios de alto consumo en edades muy tempranas; aumento de las urgencias hospitalarias; casos de violencia,... Más allá de la prevención universal parece prioritario estrategias de prevención selectiva e indicada.

- Una evidencia directa del aumento de los consumos problemáticos de **cánnabis entre adolescentes** la constituye el importante aumento de las demandas de tratamiento por esta causa. Pero también el incremento de las urgencias hospitalarias por esta sustancia. Este incremento de los daños convive con una creciente tolerancia social hacia su consumo y una disminución en la percepción del riesgo, paradoja que parece necesario abordar.

- El **juego patológico** muestra un incremento importante al que desde hace tiempo se viene haciendo frente desde los recursos municipales. Cambian los perfiles de las personas con problemas (hasta el momento han estado más relacionados con una persona adulta, con trabajo,... pero se están incorporando población femenina y jóvenes). En este último caso adquiere especial relevancia su intersección con el juego on line y el uso problemático de las nuevas tecnologías.

- El **uso indebido de medicamentos**, especialmente en el caso de los hipnosedantes, está ofreciendo indicios indirectos de problemas importantes en el caso de personas mayores, aunque sería necesario un mejor análisis. Al tiempo hay evidencias de un incremento notable del consumo entre la población adolescente.

- La **cronificación de la adicción y de situaciones de exclusión social**, junto con patologías infecciosas asociadas está muy presente en algunos colectivos de usuarios de opiáceos y/o cocaína. Es imprescindible incorporarles a una estrategia global de reducción de daños en la

que la prioridad en la mejora de las condiciones vitales y del contexto facilite el planteamiento de posteriores objetivos más exigentes.

-La presencia de situaciones de **patología dual** en un elevado número de personas que demandan atención por adicciones convierte en prioritaria un trabajo coordinado entre las redes sociosanitarias y con el contexto familiar y relacional.

- La perspectiva de género debe atravesar toda la intervención pero es necesario hacer un énfasis especial en los casos en que está presente la **violencia de género**. Una atención prioritaria debe centrarse en los casos de violencia provocada por la adicción de la pareja o en aquellos en los que una situación de violencia es la que provoca los consumos problemáticos en la mujer.

- Las **intervenciones precoces** con población en situación de vulnerabilidad, especialmente jóvenes en consumos iniciales pero con perfiles vulnerables, pueden ser una de las intervenciones más eficaces. Las actuaciones de prevención selectiva e indicada, y llevadas a cabo en microcontextos “sociales y recreativos”, constituyen uno de las mejores propuestas para una reducción global de los riesgos.

- El **contexto comunitario** es un espacio fundamental en un planteamiento de la intervención que considera los usos de drogas con una perspectiva multidimensional. En la prevención y en el tratamiento hay numerosas experiencias y buenas prácticas que lo avalan, aunque el trabajo de incorporación social, en los casos necesarios, sigue siendo el eslabón más débil.

- La **prevención ambiental o contextual**, en un sentido amplio, le da una dimensión social a la intervención en adicciones que potencia de manera importante la eficacia conjunta. Líneas de actuación como el control de la normativa y ordenanzas sobre el uso de drogas legales (Vía pública, Consumo), pero también el debate colectivo sobre la normalización de los consumos, sobre los daños (directos, a terceros) y los costes sociales deben formar parte de la intervención.

5.2.2 Aspectos transversales como ejes articuladores

- **Equidad y accesibilidad**. Perseguir la equidad debe estar, sin duda, entre los primeros objetivos de las políticas públicas en un contexto en el que las desigualdades sociales parecen en continuo aumento. En nuestro ámbito esta idea está íntimamente ligada con la accesibilidad desde las diferentes necesidades y la propia Ley 3/2001 insistía en ello en su Preámbulo. Esto será posible si partimos de una estrategia global de reducción de riesgos del uso de drogas y otras posibles adicciones que los contempla en una dinámica multifactorial y cuya relación es cambiante en el tiempo. Algunas intervenciones se centrarán en evitar o abandonar el consumo pero también otras en que no aumenten los riesgos y daños según qué patrones o en qué contextos se produzcan cuando no se haya abandonado su uso. La mejora de la situación individual y/o social pueden ser estrategias intermedias para objetivos más ambiciosos y, en todo caso, contribuir a disminuir las desigualdades sociales y de salud. El contacto con los grupos de población más vulnerable, o con poco contacto institucional, necesitarán propuestas específicas que potencien esa accesibilidad.

- **Perspectiva de Género en todos los momentos del proceso.** Numerosas investigaciones en el ámbito de las adicciones han demostrado que la población femenina presenta diferencias significativas en los consumos, en las motivaciones, en las variables de contexto en los factores de riesgo y de protección,... Pero también están presentes esos factores específicos en los condicionantes que determinan la decisión de hacer una demanda, la evolución de los tratamientos o los procesos de incorporación social. Todos ellos son elementos fundamentales que van más allá de adoptar un lenguaje no sexista o mencionar a la población femenina en los programas. Esta perspectiva de género tiene que estar presente en todo el proceso, desde el estudio de necesidades y la elaboración de respuestas hasta la adaptación de las intervenciones o el diseño de indicadores para la evaluación de los resultados. La presencia de la violencia de género en procesos relacionados con adicciones exige una atención específica para su detección precoz y su abordaje singular. Todo ello exigirá una revisión y, en su caso, reciclaje de las prácticas profesionales para proceder a su integración en todas las intervenciones.

- **Diversificación de acciones y coordinación como caras de la misma moneda.** La multiplicidad de situaciones en la relación con los usos de drogas, producto de la multidimensionalidad y de la relación cambiante entre los factores hace obligado plantearse asimismo una diversidad de actuaciones que dé respuestas en consonancia con ello. Desde la prevención universal hasta los programas de baja exigencia hay toda una batería de intervenciones que van a estar disponibles para ajustarlas a una perspectiva de atención integral que mejore la calidad, la cobertura y la diversificación de los programas. La interacción mutua de las intervenciones realizadas y su incidencia en la evolución de los resultados implica necesariamente una coordinación de referencia que dé cuenta de dichas sinergias y que facilite nuevas propuestas.

- **Utilización de recursos complementarios.** En la praxis de la mayor parte de las Estrategias sobre Adicciones, más allá de los servicios específicos, se ha contado fundamentalmente con el ámbito educativo para las intervenciones preventivas y con el ámbito sanitario en el área de tratamiento. La intersectorialidad es inherente a un fenómeno complejo y parece necesario plantear un lugar significativo para la participación de los servicios sociales comunitarios así como de las redes del tejido social. Su papel puede resultar crucial en la mejora de procesos relacionados con la detección precoz, la sensibilización, los procesos de incorporación social, la prevención comunitaria, la intervención en contextos familiares problemáticos, el análisis de la realidad para la asunción de una perspectiva de género, etc. Será necesario trabajar en el diseño y establecimiento de protocolos de coordinación y trabajo conjunto pero, sin duda, una relación fluida de los servicios especializados y comunitarios aumentará la eficiencia y la eficacia del conjunto del proceso desde el acceso inicial hasta las estrategias de incorporación social.

- **Importancia de la perspectiva local.** Hemos visto que los usos de drogas y los problemas asociados tienen en el contexto uno de los factores fundamentales. Y una perspectiva local, que tenga como referencia el municipio, cobra una importancia esencial en algunos momentos. De cara a la planificación, en un análisis de la realidad, no podemos menos que considerar el ámbito municipal como un entorno en el que se desarrollan procesos sociales, interacciones, dinámicas económicas, políticas,... comunes a su ciudadanía y que enmarcan sus necesidades, también en nuestra área. Las propias personas a las que se dirigen las actuaciones y programas forman parte de ese territorio en el que se llevan a cabo las intervenciones y parece pertinente que forme parte del plan de trabajo a desarrollar. Y, finalmente, los recursos que desde diferen-

tes niveles institucionales y sectores de intervención están presentes en ese espacio tienen la posibilidad de formar parte de una red colaborativa y de elaborar respuestas de proximidad que multipliquen su eficacia.

5.3 Cómo continuar

Después de revisar normativas, competencias, necesidades, respuestas y resultados, y nuevos desafíos, aparece como continuación lógica la elaboración de un Plan Municipal de Adicciones. Ese instrumento será relevante como vehículo de las políticas locales en este ámbito en la medida en que:

- **Defina los problemas que se quieren abordar desde una óptica en la que el análisis de los usos de drogas, sus riesgos, y los problemas asociados tenga en cuenta su carácter multidimensional, es decir, la importancia de los patrones de uso, pero también de las circunstancias individuales y del contexto en el que se producen, sin olvidar que su interacción es dinámica en el tiempo.**

- **Identifica criterios y prioridades de actuación y selecciona las respuestas adecuadas.** El cambio permanente en las necesidades, los diferentes enfoques teóricos en la aproximación al fenómeno, y por tanto, la necesidad de identificar las prioridades y las respuestas disponibles para ellas necesita combinar esa identificación con unas vías que permitan una revisión y adaptación permanente.

- **Aprovecha y ordena la diversidad de recursos disponibles en su territorio.** Asumir la interacción entre los factores presentes en las trayectorias de los usos de drogas implica, necesariamente, recurrir a respuestas diversas que nos aporten, en cada momento, las opciones más pertinentes y extraigan todas las sinergias posibles de la combinación de sus particularidades. Los recursos específicos necesitarán interactuar con otros sectores, al igual que la titularidad institucional no supondrá una barrera para el diseño de estrategias compartidas.

- **Coordina la intervención en el territorio local.** Más allá de que la propia Ley 3/2001 que constituye el marco legislativo autonómico en el ámbito de las adicciones así lo marca, se convierte en imprescindible para poder dotar de continuidad, coherencia, y posibilitar la elaboración de protocolos de colaboración en determinados objetivos y actuaciones que solamente pueden ser eficaces en la medida que sean compartidos.

- **Se construye con la participación de todos los actores implicados** (entre los que las instancias comunitarias tienen un lugar singular). Solo así será posible incorporar el bagaje de los distintos saberes, identificar las capacidades de cada uno de ellos y potenciar la identificación con una estrategia en la que se conviertan en herramientas complementarias de objetivos compartidos.

Finalmente, un Plan Municipal de Adicciones no pasará de una colección de buenas intenciones (construida con notable dedicación y esfuerzos aportados) si no tiene detrás un **respaldo político, lo más amplio posible**, que le dé soporte en tanto en cuanto quiere concitar implicaciones y complicidades institucionales, de profesionales, y de la ciudadanía. Esta fuerza política será imprescindible tanto para su diseño y aprobación, para su desarrollo, pero también para su adaptación permanente a las necesidades cambiantes y a los nuevos retos que se planteen.

6 BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Arza, J. (2013). *Estrategias para la atención sociosanitaria. El caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009)*. Tesis doctoral presentada en la Universidad Pública de Navarra. Inédita.

Arza, J. y Carrón, J. (2014) *La influencia de los sistemas o modelos de creencias en la evolución de las políticas sobre drogodependencias*. Rev. Infonova nº 25. pp. 63-70

Arza, J. y Carrón, J. (2016). *Competencia intercultural en el ámbito de las drogodependencias*. Rev. Cuadernos de Trabajo Social nº 29-1, pp. 109-118.

Ayuntamiento de Zaragoza (2007). *Plan de Drogodependencias y otras Adicciones del Ayuntamiento de Zaragoza 2007-2010*.

Ayuntamiento de Zaragoza (2016). *Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones. Memoria 2016*.

Ayuntamiento de Zaragoza (2017). *Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones. Memoria 2017*.

Carrón, J. y Sánchez, L. (1995). *Los Servicios Sociales Generales y la atención a drogodependientes*. GID. Madrid.

Carrón, J. (1997). "Evaluation of treatment in Spain" in *Evaluation of Treatment: an European Overview*. pp. 127-143. Cedis Editrice. Roma.

Carrón, J. (coord.) (2002). *El impulso de la participación local en drogodependencias*. Documentos Técnicos. GID. Madrid.

Comas, D. (2010). *Modelos de intervención en adicciones: la lógica de las políticas sobre drogas*. Revista Proyecto Hombre. Monográfico Nº. 72.

Comisión Europea (2012). "Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020". *Recomendación del Consejo (2012/C 402/01)*

Comisión Europea (2017). *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Health and social responses to drug problems: a european guide*.Luxembourg.

Comisión Europea (2018). *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2018. Tendencias y novedades*. Luxemburgo

Echeburúa, E. (2012). *Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes*. Rev.Española de Drogodependencias, 37(4), pp. 435-447.

Gobierno de Aragón (2001). *Ley de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de Drogodependencias (3/2001 de 04 de abril)*.

Gobierno de Aragón (2014). Dirección General de Salud Pública. Intoxicación Etílica Aguda. Atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios de Zaragoza durante las fiestas del Pilar. 2010-2014.

Gobierno de Aragón (2016). Dirección General de Salud Pública. Encuesta ESTUDES: Análisis de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Aragón. Estudiantes 14-18 años.

Gobierno de Aragón (2017). Dirección General de Salud Pública. Encuesta EDADES: Análisis de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Aragón. Población general 15-64 años.

Gobierno de Aragón (2017). Dirección General de Salud Pública. Evolución del indicador Admisión a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Aragón 2010-2017.

Gobierno de Aragón (2018). Dirección General de Salud Pública. III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024.

Gobierno de España (2015). Dirección General de Ordenación del Juego. Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España.

Gobierno de España (2015). Dirección General de Ordenación del Juego. Análisis del perfil del jugador online.

Gobierno de España (2016). Delegación del Gobierno para el PNSD. Encuesta ESTUDES: Análisis de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en España. Estudiantes 14-18 años.

Gobierno de España (2017). Delegación del Gobierno para el PNSD. Encuesta EDADES: Análisis de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en España. Población general 15-64 años.

Gobierno de España (2018). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.

Melero, J.C. (2019) Drogas, género y prevención. Visitado en 15-09-2019. Disponible en: <https://juancarlosmelero.wordpress.com/category/drogas/>

Nowlis, H. (1975). La verdad sobre la droga. UNESCO. París.

Organización Mundial de la Salud (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS.

Pascual, C. (2002). "Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas". En FAD. Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años. FAD. Madrid.

Ponte, C. (2008) "Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente". En Salud y Ciudadanía. Teoría y práctica de la innovación. C.P.R. de Gijón.

Rojas-Jara, C. et alt. (2018). Adicción a Internet y uso de redes sociales en adolescentes: una revisión. Rev. Española de Drogodependencias nº 43 (4) pp. 39-54

Sanchez, L. et alt (2018) Programa de prevención del uso problemático de internet y de las redes sociales "Clickeando". Plan Municipal de Drogodependencias. Ayuntamiento de Valencia.