

# I PLAN COMARCAL DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES

Comarca de La Ribagorza

2018-2020

RIBAGORZA

Plan de PREVENCIÓN DE ADICCIONES  
comarca de la ribagorza





## ÍNDICE DE CONTENIDO



- ⇒ ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PREVENCIÓN DE ADICCIONES?
- ⇒ ¿QUÉ ES UN PLAN DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES?
- ⇒ JUSTIFICACIÓN DEL PLAN
- ⇒ METODOLOGÍA
- ⇒ MARCO LEGAL DE LAS COMPETENCIAS
- ⇒ PRINCIPIOS RECTORES
- ⇒ DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN
- ⇒ OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
- ⇒ ÁMBITOS DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL DAÑO: OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN
- ⇒ PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DEL PLAN

## ► ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PREVENCIÓN DE ADICCIONES?

Con el fin de contextualizar y situar al lector ante el siguiente documento, perfilamos en este primer apartado una breve aproximación al enunciado “*prevención de adicciones*” que permita entender a qué se hará referencia con este término de aquí en adelante.

Bajo el epígrafe “**adicciones**” se esconde una compleja expresión que incluye tanto las **adicciones por consumo de sustancias** como **otras conductas adictivas**.

### CONSUMO CON SUSTANCIAS

Podemos aglutinarlas bajo el denominador común de **drogas**, incluyendo tanto drogas legales como ilegales.

### OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Hace referencia a conductas adictivas comportamentales relacionadas con las nuevas tecnologías (adicción a teléfonos móviles, videoconsolas y otras pantallas) y/o a la ludopatía (incluido juego *on-line*)

Tradicionalmente, por la necesidad y contexto histórico-social en que surgen, estos planes de prevención han estado dirigidos exclusivamente a desarrollar estrategias y acciones en materia de drogodependencias. En la actualidad, donde se están dando significativos cambios en los hábitos de la sociedad, además de las drogas, no se pueden dejar fuera de las políticas preventivas el resto de conductas adictivas. Aunque se cuenta con menos datos y mediciones de estos consumos, comienza a verse ya su impacto en las estructuras sociales y las primeras consecuencias para la salud del uso y abuso de las mismas. En la recién aprobada ***Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014***, se incluye el abordaje de los consumos *sin sustancia*. De hecho, para dar cuenta de la necesidad del fenómeno, la denominación de la propia estrategia ha mutado de *Estrategia Nacional sobre Drogas* al de *Estrategia Nacional sobre Adicciones*.

Además, en muchos casos, asociado a estas conductas adictivas aparece el consumo de sustancias, o viceversa, lo que hace aún más imprescindible abordar el diseño del *I Plan Comarcal de prevención* desde una perspectiva global que trabaje sobre todo tipo de adicciones. Por eso de aquí en adelante, siempre que la redacción y el contexto lo permitan, se hablará de adicciones y no exclusivamente de drogodependencias.

## ► ¿QUÉ ES UN PLAN DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES?



- ★ Es un instrumento impulsado desde la entidad local, que confiere estabilidad a las acciones y programas desarrollados
- ★ Ha de servirnos para establecer las necesidades a las que tratamos de dar respuesta, así como los principios generales y específicos de actuación que han de inspirar los programas destinados a afrontar el fenómeno de las drogodependencias (*y otras conductas adictivas*)
- ★ Debe favorecer la máxima participación de entidades y administraciones desde las fases iniciales de su elaboración, con el fin de partir de un análisis correcto de la situación, sobre el cual exista consenso
- ★ El propósito del Plan será el abordaje integral del fenómeno de las drogodependencias, tanto respecto a las drogas legales como a las ilegales (y de otras conductas adictivas)
- ★ Ha de ser un instrumento dinámico, que se modifique a medida que vaya cambiando la situación social que lo motiva
- ★ Los Planes sobre drogas (*y otras sustancias adictivas*) deben ser un instrumento aglutinador, capaz de dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes niveles de la Administración y a las aportaciones realizadas desde los diferentes servicios, rentabilizando los recursos y armonizando las iniciativas. Deben favorecer la coordinación de las actuaciones desde la complementariedad, redundando en una atención más eficaz al fenómeno de las drogodependencias (*y otras conductas adictivas*)
- ★ Desde su diseño, es fundamental pensar en la necesidad de realizar una evaluación continua, tanto del proceso como de los resultados del Plan.

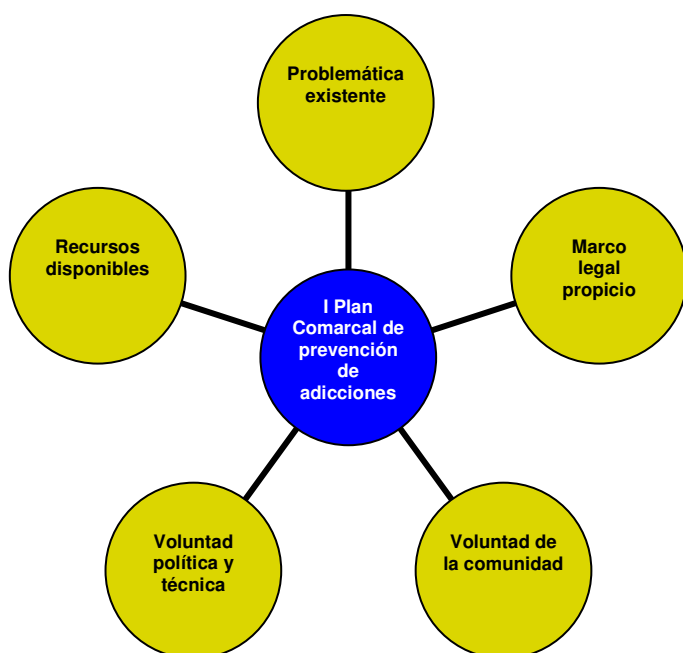
\*\*\*Puntos establecidos por la FEMP, Federación española de Municipios y provincias, en su *Manual para elaboración de planes municipales* (2001)

## ► JUSTIFICACIÓN DEL PLAN

El consumo de drogas legales e ilegales y el peligro de otras conductas adictivas es una realidad extendida que, al igual que en otros territorios, se da en la Comarca de La Ribagorza.

Esta problemática es uno de los **fenómenos sociales** que mayor grado de **complejidad** presenta al ser multidimensional y multicausal. Muchos y muy diferentes son los factores que inciden, así como amplia es la población que de un modo u otro ve perturbado su bienestar por las adicciones: a nivel personal, familiar, laboral, educativo o de la comunidad en conjunto. En consecuencia, muchas son también las entidades, servicios y organismos que tienen la responsabilidad y se ven implicados a la hora de intervenir, prevenir o atender estas adicciones.

**A nivel comarcal, existe el compromiso político, técnico y de buena parte de la sociedad de abordar el fenómeno** y de trabajar en la mejora de calidad de vida de sus habitantes. Los Servicios Sociales, así como las áreas de Juventud o Deportes de Comarca de la Ribagorza vienen trabajando la prevención en esta materia a lo largo del tiempo con diferentes acciones, programas y proyectos, tanto de forma directa como indirecta. También otras instituciones abordan este fenómeno en nuestro territorio, como la *Asociación de Familias contra las Drogas*, otras asociaciones comarcales, los centros educativos, los centros de salud o los cuerpos y fuerzas de seguridad.



Se pone de manifiesto la necesidad de **coordinar todas estas acciones**, y **trabajar de modo global y transversal para optimizar los recursos técnicos y económicos del territorio** ribagorzano. Disponer de un Plan Comarcal de prevención de adicciones en la Comarca de la Ribagorza se torna indispensable a día de hoy, por un lado para **materializar las competencias que le atribuyen las leyes** y por otro para **fortalecer el compromiso, la participación y la implicación de todos los agentes** comarcales.

## ► METODOLOGÍA

**Comarca de La Ribagorza**, como entidad local, y debido a las competencias transferidas en el territorio en esta materia, es la **responsable** última del **diseño, implementación y coordinación** del *I Plan Comarcal de prevención de adicciones de La Ribagorza*. Las **áreas de Juventud y de Servicios Sociales** comarcales son las **impulsoras de la implementación del Plan y co-gestoras** del mismo. La coordinación general del mismo recae en el Servicio de Juventud.

No obstante, este documento, y la “materialización” de los contenidos del *Plan*, son fruto del esfuerzo y del trabajo previo de todos y cada uno de los agentes comarcales, con representación de todos los ámbitos, rangos de edad, lugares de procedencia... Desde el primero momento se ha pretendido diseñar un **plan integral participativo**, con bases consensuadas y adecuándose a las características comunes de toda la comarca y las particularidades de sus municipios.

### ● FASE DE ESTUDIO, PLANIFICACIÓN Y DISEÑO

- Tras la designación de la comisión técnica, se han establecido **reuniones periódicas** entre las técnicas del Servicio de Juventud y de los Servicios Sociales para definir la estrategia a seguir y los puntos a tener en cuenta para la creación del borrador o *pre-plan*
- Se ha pedido **asesoramiento técnico** a los responsables en materia de adicciones de las instituciones autonómicas
- Se han identificado las **leyes autonómicas y nacionales** que dotarán de un marco legal al *Plan* y se han examinado **otros planes** comarcales, autonómicos y estatales de referencia
- Se ha recabado información sobre **datos estadísticos** relacionados tanto con aspectos sociodemográficos como de patrones de hábitos y consumos provenientes del **IAEST, INE, OBSERVATORIO IAJ, ESTUDES** (*Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, población de 14 a 18 años*) y **EDADES** (*Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, población de 15 a 64 residentes en hogares familiares*)

### ↳ DIAGNOSTICO DE LA REALIDAD

#### ❶ DATOS CUANTITATIVOS

- Los recogidos a través del IAEST, INE y ESTUDES 2014 y EDADES 2015
- Otros datos de interés recogidos en servicios comarcales

#### ❷ DATOS CUALITATIVOS

- Valorar lo que se ha hecho en intervenciones sobre drogas y otras adicciones en la comarca
- Valorar la situación general autonómica y estatal en materia de adicciones
- **Grupos de trabajo-mesas de participación**: se han establecido varias mesas de participación o reuniones sectoriales con los diferentes agentes implicados en prevención de adicciones

## ↳ JORNADA DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES

Como acción-actuación principal del proceso participativo, el 11 de enero de 2018 tuvo lugar la **I Jornada Comarcal de Prevención de Adicciones**, que sirvió para dar mayor visibilidad al *Plan* y sobre todo para recoger las aportaciones más significativas e incluirlas en este documento, aportaciones tanto de los profesionales-ponentes invitados, como de los grupos de trabajo que formaron los diferentes agentes comarcales.

## ● TRAS LA APROBACIÓN

### ↳ ADHESIÓN AL PLAN

Una vez aprobado el *I Plan de Prevención de Adicciones* en el Consejo Comarcal se pedirá la **adhesión a los diferentes organismos y agentes de la comarca**.

### ↳ MESA DE PREVENCIÓN

A partir de la aprobación del *Plan* en el Consejo Comarcal y la adhesión al mismo de los diferentes organismos y agentes comarcales, se designará un **grupo de trabajo permanente**, de aquí en adelante denominado **MESA DE PREVENCIÓN**. Se establecerán reuniones periódicas con los diferentes agentes que conformen la mesa, quienes serán los encargados de la programación, ejecución y evaluación de las acciones-líneas de actuación, proyectos y programas.

Una comisión de trabajo ideal, y sobre la que se están sentado las bases, sería la siguiente:

- ★ técnico de Juventud
- ★ técnico de Servicios Sociales
- ★ técnico de Deportes
- ★ técnico de Oficina del Consumidor
- ★ representante de la *Asociación Familias contra las Drogas*
- ★ representante del SALUD
- ★ representante(s) de asociaciones culturales y/o juveniles de la comarca
- ★ representante(s) del tejido asociativo de la comarca
- ★ representante(s) de los centros de enseñanza secundaria de la comarca
- ★ representante(s) de los centros de enseñanza de infantil y primaria de la comarca
- ★ representante(s) de los centros de enseñanzas profesionales de la comarca
- ★ representante(s) de las asociaciones de padres y madres de la comarca
- ★ representante(s) de asociaciones deportivas de la comarca
- ★ representante de la Guardia Civil
- ★ representante de la Policía Local (en aquellos municipios que cuenten con este cuerpo)
- ★ jóvenes de la comarca
- ★ padres y madres de la comarca con hijos/as en edad no escolar
- ★ otros agentes implicados

Dentro de la mesa también podrán establecerse diferentes grupos de trabajo diferenciados por ámbitos, para hacer más efectivo el trabajo a realizar.

Al mismo tiempo, el *Plan* se configura para poder coordinarse y **crear sinergias** con los agentes de **otras comarcas cercanas** así como para **interactuar con estrategias** y planes intersectoriales de los **diferentes departamentos del Gobierno de Aragón** (Salud, Juventud, Consumo, Igualdad, Violencia de Género, Seguridad vial...)

NOTA: Al tratarse del *I Plan*, en plena fase de implementación, y de carácter bianual 2018-2020, a medida que la mesa de prevención establezca una dinámica de trabajo y aumenten los compromisos de cada una de las partes, este documento podrá ser revisado y modificado, siempre en beneficio de toda la población

## ► MARCO LEGAL DE LAS COMPETENCIAS

El *I Plan Comarcal de prevención de adicciones de la Comarca de La Ribagorza* debe registrarse necesariamente por el marco normativo vigente.



### ► CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. *Capítulo III del Título I y Artículo 43*

### ► ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE ARAGÓN (Ley Orgánica 5/1996 de 30 de diciembre).

### ► LEY ORGÁNICA 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón.

En su *título II artículo 35 punto 1* establece las competencias que corresponden en exclusiva a la comunidad autónoma de Aragón, entre las que se encuentra la sanidad e higiene.

► **LEY 3/2001, DE 4 DE ABRIL, DE PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y REINSERCIÓN SOCIAL EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS** establece de forma específica las atribuciones otorgadas a los municipios en este campo, señalando en su *artículo 27* como competencias de las corporaciones locales:

1. La dirección de aquellos programas propios relacionados con las drogodependencias que se desarrollen en su ámbito territorial y la coordinación con otros programas.
2. La elaboración, aprobación y ejecución del plan municipal o comarcal, en su caso, sobre drogodependencias, elaborado de conformidad con los criterios establecidos por la presente Ley y por el *Plan Autonómico sobre drogas*.
3. El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones privadas que, sin ánimo de lucro, desarrollen actuaciones previstas en el plan municipal o comarcal sobre drogodependencias.
4. El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta Ley.
5. La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

### **Artículo 34. — Financiación.**

1. El Gobierno de Aragón incluirá cada año en los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón la dotación suficiente para el desarrollo de las acciones previstas en esta Ley.
2. Asimismo, aquellas corporaciones locales que desarrollen actividades en materia de drogodependencias incluirán en sus respectivos presupuestos la dotación que garantice la realización de dichas actividades.
3. Los ingresos que se produzcan por la imposición de sanciones tipificadas en esta Ley generarán créditos por la misma cuantía en las correspondientes dotaciones presupuestarias a las que se refieren los apartados anteriores de este artículo.

### **Artículo 35. — Condiciones de financiación.**

Las corporaciones locales que deseen obtener financiación de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Aragón para el desarrollo de actuaciones de su competencia en materia de drogas estarán obligadas a disponer de un plan municipal o comarcal, en su caso, sobre drogas convenientemente aprobado y a consolidar en sus respectivos presupuestos los créditos específicos destinados a tal finalidad

► **LA LEY 6/2002 DE 15 DE ABRIL DE SALUD DE ARAGÓN** que tiene por objeto regular las actuaciones que en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978, recoge en su *artículo 61* las funciones que les corresponden a las entidades locales en el marco del *Plan de Salud de Aragón*, entre las que se encuentra:

f) Desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos

► **LEY 7/1999 DE ADMINISTRACIÓN LOCAL DE ARAGÓN**, si bien no se refieren explícitamente a las drogodependencias, en su *artículo 42* establece, entre otras competencias de los municipios la de *“promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal”*

Así mismo recoge, entre otros ámbitos de la acción pública en los que los municipios podrán prestar servicios públicos y ejercer competencias, con el alcance que determinen las leyes del Estado y de la Comunidad Autónoma, los siguientes:

- ♦ La seguridad en lugares públicos, así como garantizar la tranquilidad y sosiego en el desarrollo de la convivencia ciudadana
- ♦ La participación en la gestión de la atención primaria de la salud
- ♦ La prestación de servicios sociales dirigidos, en general, a la promoción y reinserción sociales, y en especial, a la promoción de la mujer; la protección de la infancia, de la juventud, de la vejez y de quienes sufran minusvalías.
- ♦ La participación en la programación de la enseñanza y la cooperación con la Administración educativa en la creación, construcción y mantenimiento de los centros docentes públicos; la intervención en los órganos de gestión de los centros docentes y la participación en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria y la promoción de actividades educativas.

► **LEY 7/1999 DE ADMINISTRACIÓN LOCAL DE ARAGÓN LEY 6/2002 DE 15 DE ABRIL DE SALUD DE ARAGÓN**, que en su preámbulo recoge que esta ley tiene por objeto la regulación de las actuaciones que en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en su *artículo 43*.

#### **Artículo 2. — Principios rectores.**

Concepción integral de la salud incluyendo actuaciones hacia todos los factores determinantes de la misma en los campos de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación e integración social.

#### **Artículo 25. — Recursos.**

Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma, de las corporaciones locales y de cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias constituyen el Sistema de Salud de Aragón.

► **DECRETO 38/2006, DE 7 DE FEBRERO, DEL GOBIERNO DE ARAGÓN**, por el que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones y transferencias con cargo al Fondo Local de Aragón

► **LEY 5/2009 DE 30 DE JUNIO DE SERVICIOS SOCIALES DE ARAGÓN**, a pesar de no hacer una mención explícita a la intervención en prevención y atención de las drogodependencias, en su *artículo 36* dice que: *“Se consideran prestaciones de servicio del sistema público los servicios e intervenciones realizados por equipos de profesionales, cuya finalidad es atender situaciones de necesidad social mediante la prevención, la información, el diagnóstico, la valoración, la orientación, la atención doméstica y personal, el acompañamiento social, la mediación, la protección, la promoción, la atención y la inserción de personas, unidades de convivencia, grupos y comunidades”*

► **LEY 9/2014, DE 23 DE OCTUBRE, DE APOYO A LAS FAMILIAS DE ARAGÓN.**

**Artículo 16. — Medidas en materia de educación.**

6. Se fomentará la colaboración y coordinación de la familia y los centros educativos a través de las Escuelas de Familias, integradas por toda la comunidad educativa con participación de las asociaciones de padres y madres, como espacios de encuentro, debate y formación.

7. Se fomentarán la función orientadora y tutorial y la existencia de recursos especializados para facilitar la coordinación e implicación de los padres y madres en el desarrollo integral de sus hijos.

**Artículo 18. — Medidas en materia de servicios sociales.**

1. El Gobierno de Aragón adoptará las medidas oportunas para garantizar especialmente las necesidades familiares, a través del desarrollo de actuaciones sociales y sanitarias.

2. En materia de servicios sociales, la administración aragonesa diseñará medidas de apoyo encaminadas a facilitar una dinámica familiar positiva, la solución de problemas y la toma de decisiones, además de potenciar y desarrollar los recursos familiares. Este apoyo familiar integral comprenderá las siguientes actuaciones:

a) La prestación de un servicio de mediación familiar intra y extrajudicial, que tenga por objeto el desarrollo de un proceso voluntario y extrajudicial de gestión de conflictos familiares en el que una persona mediadora, de una manera neutral e imparcial, facilita la comunicación entre las partes afectadas para la consecución de acuerdos.

b) La prestación de un servicio de orientación familiar, considerado como un proceso de ayuda cuyo fin último es propiciar la dinámica familiar positiva, la solución de problemas y la toma de decisiones, además de potenciar y desarrollar los recursos familiares.

c) El servicio de puntos de encuentro familiar, como recurso neutral de intervención familiar, destinado, con carácter temporal, al cumplimiento de resoluciones judiciales o administrativas en las que se deba cumplir el régimen de visitas establecido entre el menor y los progenitores y otros familiares, en procesos de separaciones familiares en las que exista conflictividad que dificulte o impida el desarrollo de estas, con el objetivo principal de normalizar las relaciones familiares.

d) La adopción de medidas, en colaboración con otras instituciones y agentes sociales, para fomentar la parentalidad positiva entendida como el conjunto de capacidades que permiten a los padres y madres afrontar de modo flexible y adaptativo esta tarea vital.

e) La prestación de un servicio de intervención familiar comprensivo de un conjunto de atenciones profesionales dirigidas a favorecer la convivencia y la integración social, fomentando la adquisición de habilidades básicas y hábitos de conducta, tanto en lo relativo a las capacidades personales como las relacionales, en situaciones de crisis, riesgo o vulnerabilidad de cualquier miembro de la unidad familiar.

f) El establecimiento de una serie de programas de educación y de apoyo e intervención familiar, encuadrados dentro de la red territorial de servicios sociales, que centre su atención en la protección de los menores de edad, con el objeto de capacitar a las familias para que puedan ejercer adecuadamente su rol parental y preservar al menor en su familia.

## ► LEY 6/2015, DE 25 DE MARZO, DE JUVENTUD DE ARAGÓN.

### Artículo 14. — Competencias municipales.

Los municipios ejercerán competencias en materia de juventud en los términos establecidos en la legislación de régimen local, correspondiéndoles las siguientes funciones:

- a) Crear y gestionar las oficinas municipales de información joven y puntos de información joven dependientes del municipio dentro del sistema aragonés de información joven, de acuerdo con las necesidades de cada localidad.
- b) Instar la inscripción de las casas de juventud municipales en el censo de las casas de juventud de Aragón.
- c) Promover y autorizar, en la forma que tengan establecida, la constitución de los órganos locales de participación de la juventud con el fin de impulsar la participación libre y eficaz de la población joven en el desarrollo político, social, económico, cultural y educativo del municipio, así como la promoción del asociacionismo y la defensa de los intereses globales de la juventud en el mismo.
- d) Elaborar, en su caso, planes y programas de ámbito municipal en relación con la juventud.
- e) Cualquier otra competencia que pudiera serles transferida, delegada o encomendada por la Administración competente, que requerirá la aceptación del municipio correspondiente en los términos expresados por la legislación de régimen local.

### Artículo 37. — Juventud, salud y prevención.

- 1. Las políticas de juventud del Gobierno de Aragón promoverán la salud y la adopción de hábitos de vida saludable por la población joven, a través de programas, proyectos o campañas específicos dirigidos a ella.
- 2. Las Administraciones públicas competentes elaborarán programas y campañas específicas de formación y orientación de padres y madres y de otros agentes educadores en la adopción de hábitos saludables.

## ► LEY 5/2014, DE 26 DE JUNIO, DE SALUD PÚBLICA DE ARAGÓN.

### Artículo 4. — Funciones esenciales de salud pública.

Además de las actuaciones previstas en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, las funciones esenciales de salud pública en la Comunidad Autónoma de Aragón son las siguientes:

- a) La vigilancia y evaluación de la salud y del bienestar de la población, especialmente, la evaluación del impacto sobre la salud de las actuaciones, públicas y privadas, susceptibles de comprometerla, así como de los servicios y programas sanitarios.
- b) La identificación de los problemas de salud y de los riesgos para la salud en la comunidad.
- c) La preparación y planificación para las emergencias de salud pública, así como el control de las diversas amenazas para la salud de la población, incluyendo las alertas y emergencias de salud pública.
- d) La protección de la salud, contribuyendo al diseño, puesta en marcha y desarrollo de las distintas estrategias y políticas sanitarias y a la ordenación del sistema sanitario, ejerciendo el liderazgo estratégico en la salud poblacional y fomentando su protección y promoción en las políticas intersectoriales.
- e) La prevención de la enfermedad, contribuyendo a la investigación para encontrar nuevas maneras de intervenir en los problemas de salud pública.
- f) La promoción de la salud y el bienestar de la población, informando, educando, fomentando su participación y, en definitiva, fortaleciendo el grado de control de las personas y de la población sobre su propia salud.
- g) La garantía de una salud pública, así como el diseño e implementación de programas e intervenciones de salud, gestionando su aplicación eficiente, efectiva y de calidad, y persiguiendo la reducción de las desigualdades en salud.
- h) La garantía de un personal sanitario competente en materia de salud pública, contribuyendo a su formación para abordar los problemas de salud pública.
- i) La gobernanza, financiación y evaluación de la calidad para mejorar la salud pública.
- j) La realización de inspecciones y auditorías sanitarias.
- k) La comunicación en salud pública.
- l) La sanidad mortuoria.

#### **Artículo 18. — Colaboración entre Administraciones para el ejercicio de las competencias sobre salud pública.**

1. En aquellos casos en que los municipios no dispongan de medios y capacidad de gestión para ejercer las competencias que les corresponden en el ámbito de la salud pública, podrán delegarlas en la comarca de conformidad con lo establecido en la legislación de régimen local.
2. Para el eficaz cumplimiento de sus responsabilidades en materia de salud pública, y especialmente en situaciones de riesgo grave o inminente, las entidades locales podrán recabar el asesoramiento y la asistencia de la dirección general responsable en materia de salud pública, la cual pondrá a disposición de las mismas los medios personales y materiales de que disponga y que resulten necesarios. Los informes y recomendaciones verbales o escritos emitidos por la dirección general en materia de salud pública, en el ejercicio de dicha función de asesoramiento y asistencia, no tendrán carácter vinculante para las entidades locales solicitantes de la asistencia.
3. La Comunidad Autónoma de Aragón podrá delegar en municipios, comarcas y diputaciones provinciales el ejercicio de sus competencias en materia de salud pública, de conformidad con lo establecido en la legislación de régimen local.
4. La delegación de competencias municipales a la dirección general responsable en materia de salud pública procederá cuando el municipio no cuente con medios técnicos o económicos suficientes para gestionar sus competencias. Se realizará mediante la celebración de un convenio en el que se delimitarán las competencias que se deleguen en la dirección general competente en materia de salud pública y los compromisos mutuos de información en relación con la materia.

► **LEY 12/2001, DE 2 DE JULIO, DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN ARAGÓN**

► **LEY 2/2000, DE 2 DE JUNIO, DEL JUEGO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN**

También ha de contemplar como referencia las líneas estratégicas definidas por las diferentes administraciones en materia de adicciones:

► **ESTRATEGIA EUROPEA EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA DROGA 2013-2020**

► **ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016 DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Plan nacional sobre drogas. Plan de acción sobre drogas 2013-2016***

► **GOBIERNO DE ARAGÓN. *II Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016***

► **GOBIERNO DE ARAGÓN. INSTITUTO ARAGÓNES DE LA JUVENTUD. *Plan estratégico 2016-2019***



## ► PRINCIPIOS RECTORES

Para la elaboración del *I Plan Comarcal* y su posterior implementación es necesario responder a los siguientes principios básicos:

**UNIVERSALIDAD:** se ha de dar cobertura a toda la población, no sólo a colectivos concretos

**IGUALDAD:** el *Plan* y las acciones-líneas de actuación que contenga deben contribuir a la eliminación de las desigualdades sociales

**GLOBALIDAD:** se debe entender la problemática social de las adicciones como parte de un todo y abordarla en todas sus dimensiones

**INTEGRALIDAD:** se deben abordar de manera integral todas las drogas y conductas adictivas, legales e ilegales

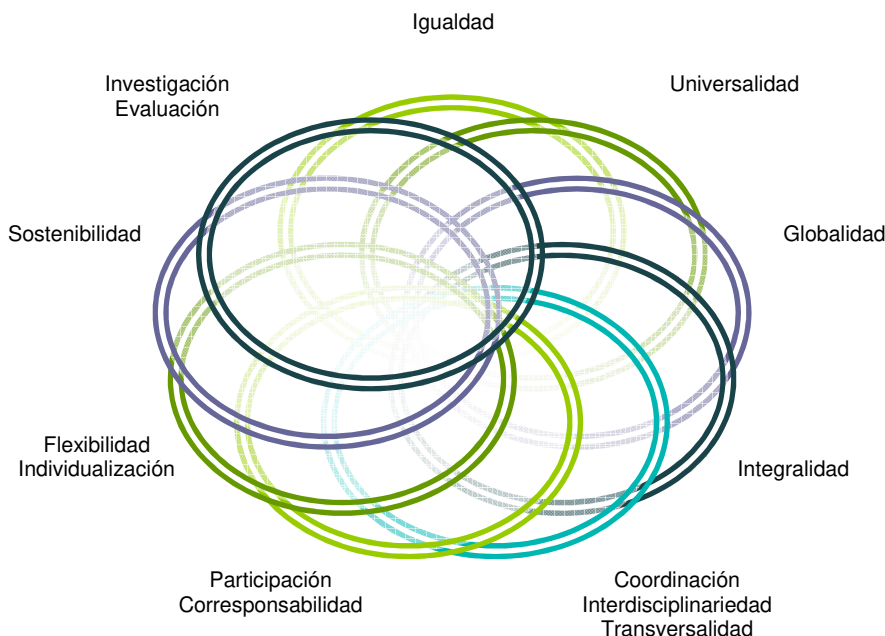
**COORDINACIÓN, INTERDISCIPLINARIEDAD Y TRASVERSALIDAD:** la complejidad del fenómeno hace preciso que los diferentes agentes implicados trabajen coordinados, aunando esfuerzos y compartiendo los recursos existentes. Requiere del compromiso e intervención de los diferentes agentes que conforman el territorio

**PARTICIPACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD:** implicación de toda la sociedad para desarrollar una respuesta integral. La responsabilidad de la prevención es de todos; va más allá de los servicios sanitarios o sociales, implicando a todos los estamentos con competencias en la materia

**FLEXIBILIDAD E INDIVIDUALIZACIÓN:** debe haber capacidad para adecuarse a la realidad cambiante en función del contexto social y los patrones de consumo para ser capaces de dar respuestas individualizadas, evitando modelos rígidos y/o estereotipados

**CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD:** luchar por objetivos realistas y medibles y buscar la eficacia y eficiencia en la gestión, además de trabajar en post de la calidad del servicio

**INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN:** que permitan verificar la adecuación de las acciones-actuaciones y el nivel de cumplimiento de objetivos y estimar así si es oportuna alguna modificación y/o mejora

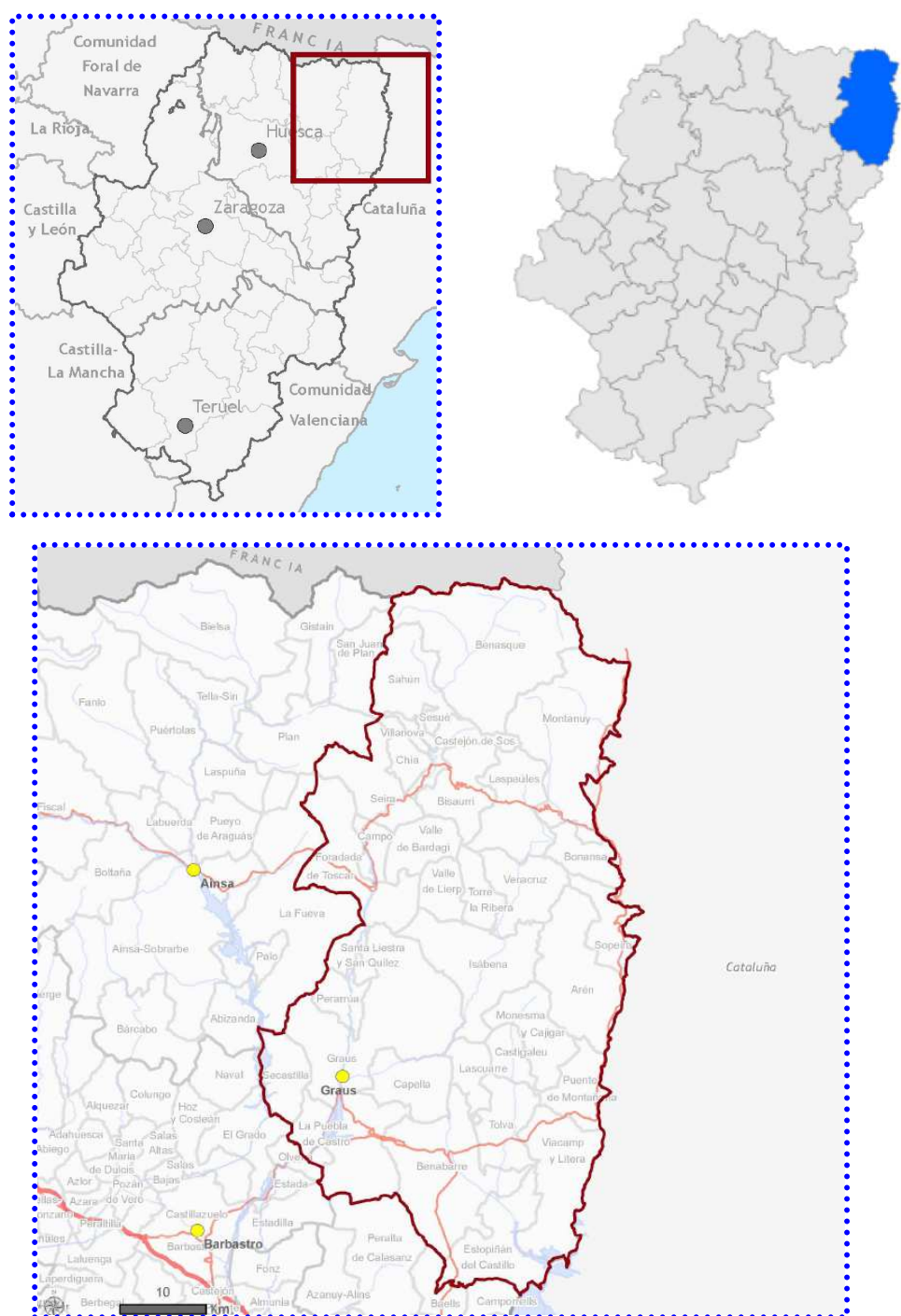


## ► DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

### ● LOCALIZACIÓN

La Ribagorza es la comarca situada más al este de Aragón y es la más extensa de las comarcas pirenaicas, ocupando una superficie de 2.460,33 km<sup>2</sup>.

La Ribagorza cuenta con los siguientes territorios limítrofes: al norte los Pirineos y Francia, al este tiene frontera con Cataluña, al sur con las comarcas de La Litera el Cinca Medio y el Somontano de Barbastro y al oeste con la comarca del Sobrarbe.

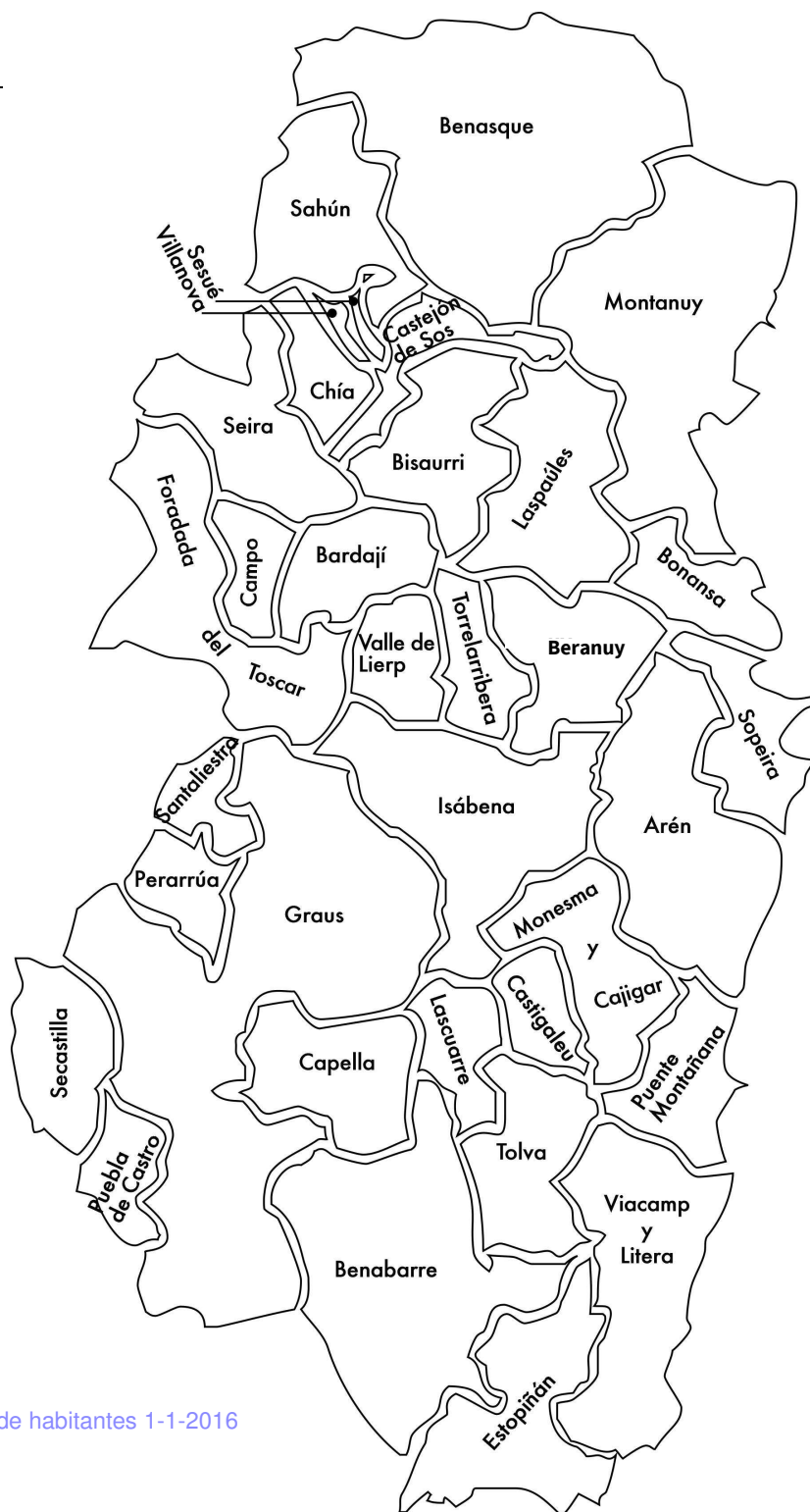


## ● DEMOGRAFÍA Y POBLACIÓN

La Comarca de La Ribagorza está conformada por 181 núcleos poblacionales que se agrupan en **34 municipios** (127 núcleos de población y 64 entidades de diseminado).

### ► RELACIÓN DE MUNICIPIOS DE LA COMARCA

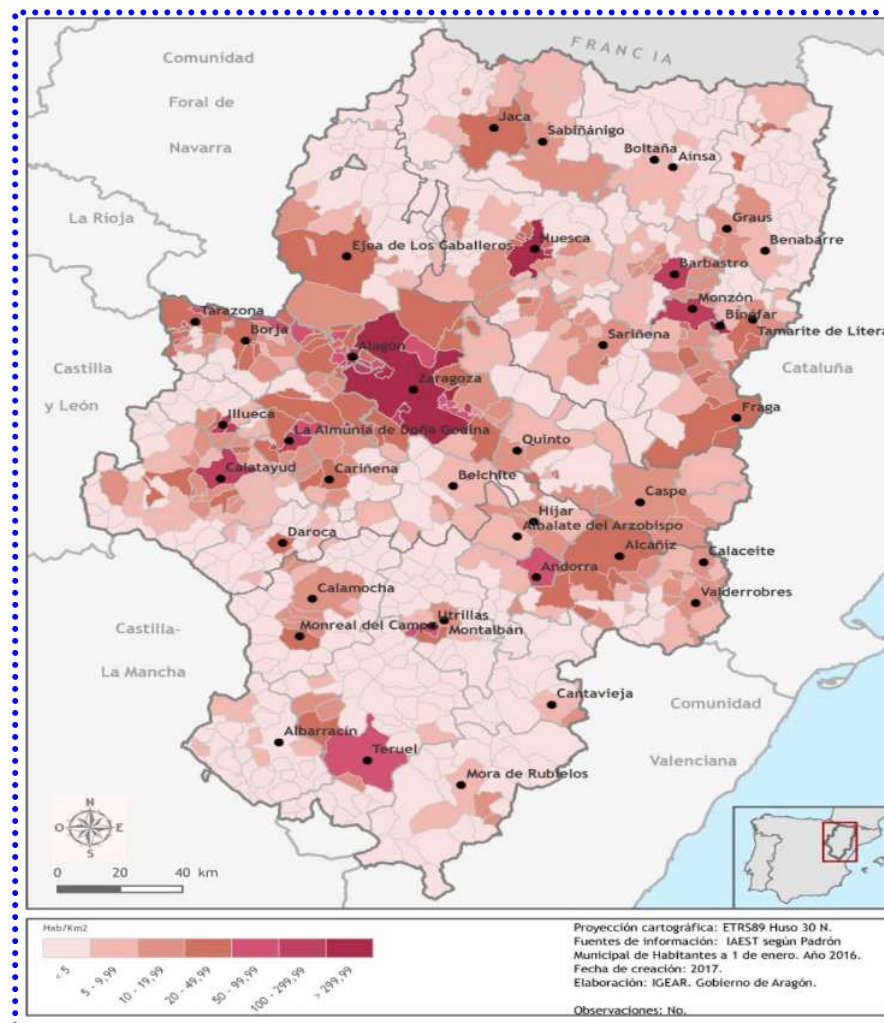
| Denominación              | Población |
|---------------------------|-----------|
| Arén                      | 321       |
| Benabarre                 | 1.111     |
| Benasque                  | 2.047     |
| Bisaurri                  | 185       |
| Bonansa                   | 80        |
| Campo                     | 365       |
| Capella                   | 364       |
| Castejón de Sos           | 740       |
| Castigaleu                | 89        |
| Chía                      | 85        |
| Estopiñán del Castillo    | 142       |
| Foradada del Toscar       | 183       |
| Graus                     | 3.329     |
| Isábena                   | 266       |
| Lascuarre                 | 136       |
| Laspaúles                 | 266       |
| Monesma y Cajigar         | 84        |
| Montanuy                  | 223       |
| Perarrúa                  | 113       |
| Puebla de Castro (La)     | 379       |
| Puente de Montañana       | 103       |
| Sahún                     | 303       |
| Santaliestra y San Quilez | 95        |
| Secastilla                | 146       |
| Seira                     | 145       |
| Sesué                     | 103       |
| Sopeira                   | 95        |
| Tolva                     | 134       |
| Torre la Ribera           | 103       |
| Valle de Bardají          | 34        |
| Valle de Lierp            | 52        |
| Beranuy                   | 88        |
| Viacamp y Litera          | 44        |
| Villanova                 | 162       |



📄 Fuente: IAEST según padrón municipal de habitantes 1-1-2016

## ► DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

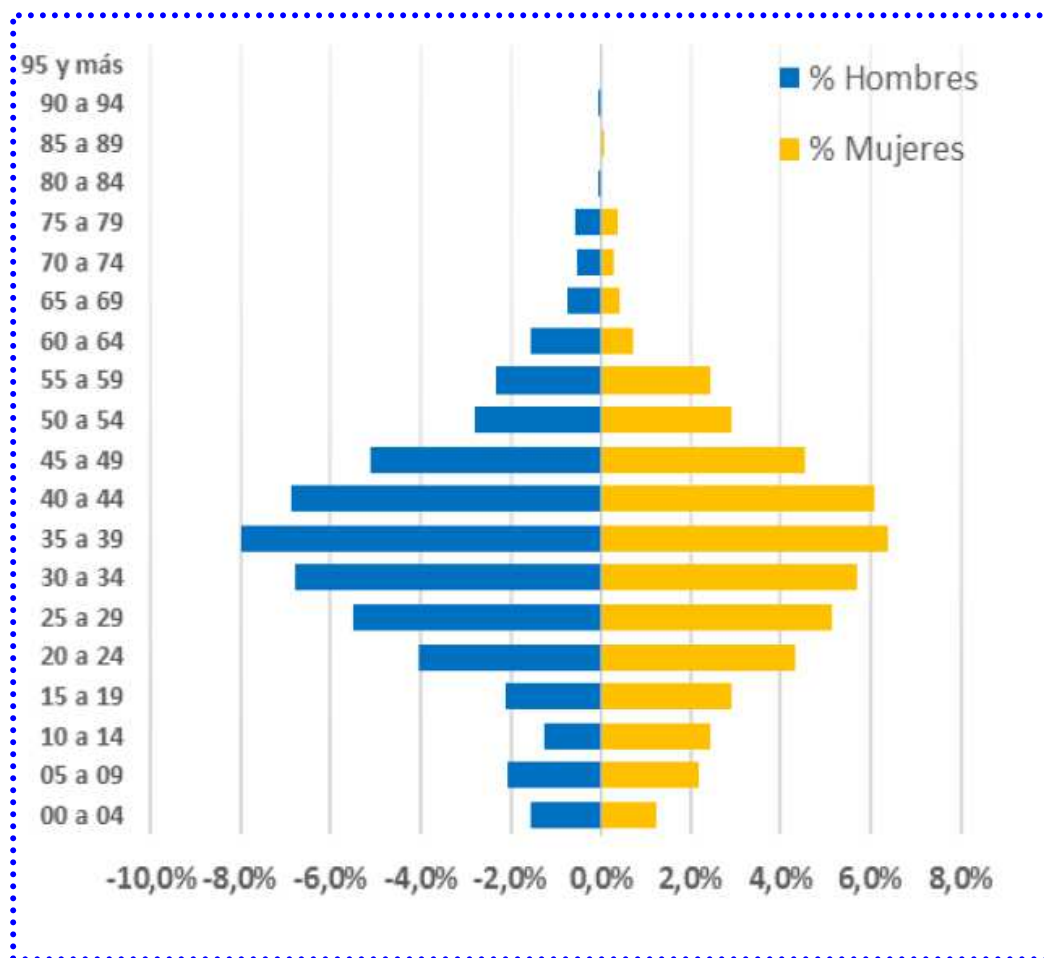
La población actual de la comarca de La Ribagorza ronda los 12.100 habitantes, de los cuales 11.070 viven en núcleos de población y 1.045 en diseminado. La densidad de población es de 4,9 km<sup>2</sup>, convirtiéndola en la quinta comarca menos poblada de todo Aragón, y en la segunda con menos población de Huesca.



El municipio con mayor número de habitantes es Graus, seguido de Benasque, Benabarre y Castejón de Sos.

La capital de la comarca es Graus, donde también se encuentra la sede central de La Comarca de La Ribagorza. Por otro lado, el Servicio de Juventud se encuentra ubicado en la sede comarcal de Benabarre, villa que ostenta la capitalidad cultural. Los servicios sociales de base cuentan con 4 UTS (*unidades de trabajo social*) con sede en Graus, Benabarre, Castejón de Sos y Lascuarre, y con permanencias estructuradas para dar cobertura a todo el territorio.

A continuación algunos indicadores demográficos básicos para conocer la realidad ribagorzana.



📁 Pirámide poblacional de La Ribagorza. Fuente: IAEST según padrón municipal 1-1-2016

|                                   | La Ribagorza | Aragón       |
|-----------------------------------|--------------|--------------|
| Edad media                        | 47,1         | 44,4         |
| Población de 0 a 19 años          | 15,4 %       | 18,5 %       |
| Población de 20 a 64 años         | 60,9 %       | 60,2 %       |
| Población de 65 años o más        | 23,7 %       | 21,3 %       |
| Población activa total            | 68,7         | 76,2         |
| Población extranjera              | 11,3 %       | 10,2%        |
| Tasas de feminidad / masculinidad | 90,5 / 109,5 | 102,1 / 97,9 |
| Índice de juventud                | 48,6         | 66,3         |
| Índice de envejecimiento          | 154,3        | 115,0        |
| Índice de sobre-envejecimiento    | 23,4         | 18,6         |
| Índice de potencialidad           | 61,2 %       | 67 %         |

📁 Fuente: IAEST según padrón municipal 1-1-2016

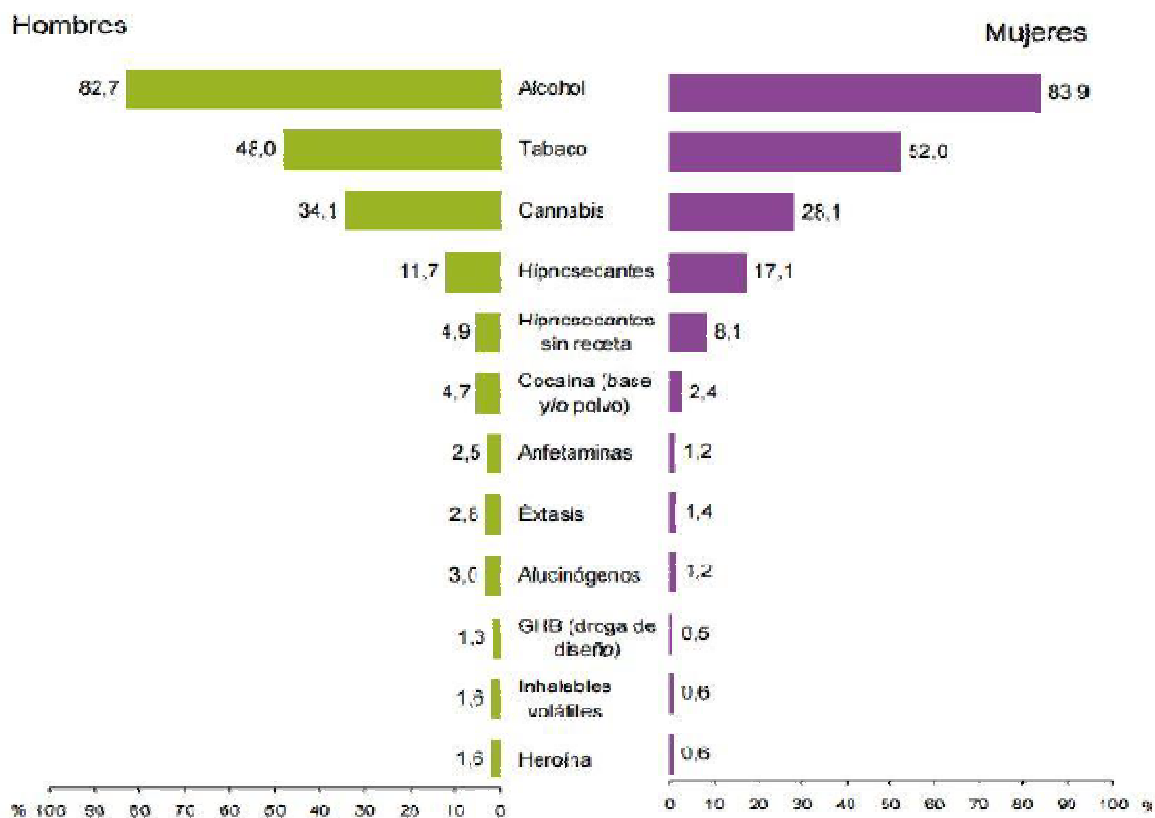
## ● SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ARAGÓN Y ESPAÑA

Como se ha citado anteriormente, las principales fuentes para la obtención de datos son los recogidos en las últimas encuestas ESTUDES (2014/2015) y EDADES (2015), que dependen del *Plan Nacional sobre drogas*. Las encuestas se realizan en todo el territorio estatal y sus resultados son representativos también a nivel estatal.

### ► ESTUDES 2014/2015

*Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de toda España.*

- Se observa un ligero descenso en el consumo de todo tipo de drogas respecto a ediciones anteriores de la encuesta, excepto en los hipnosedantes con y sin receta, que aumenta su consumo
- El alcohol, el tabaco y el cannabis son las principales sustancias consumidas por los jóvenes aragoneses y a nivel estatal.
- El consumo de las drogas ilegales está más extendido entre los hombres. El consumo de drogas de lícito comercio como tabaco, alcohol e hipnosedantes está más extendido entre las mujeres.
- El alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa. Persiste la consideración del tabaco como más peligroso que el cannabis. Para el consumo habitual, mayor riesgo percibido por mujeres que por hombres



## · Alcohol

El alcohol es la sustancia psicoactiva más extendida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. A nivel estatal, el 78,9% ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida, y aproximadamente 2 de cada 3 jóvenes (68,2%) admite haber tomado alcohol en los últimos 30 días. Con respecto a la última medición, estos porcentajes de consumo son más discretos que los registrados en 2012, encontrando que el descenso en la prevalencia proviene principalmente de los grupos de edad más jóvenes (de los estudiantes de 14 y 15 años). Asimismo, esta evolución del consumo coincide con una mayor percepción de riesgo asociada a la ingesta de alcohol.

|                                | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida          | 84,1 | 84,2 | 86   | 78   | 76,6 | 82   | 79,6 | 81,2 | 75,1 | 83,9 | 78,9 |
| Últimos 12 meses               | 82,7 | 82,4 | 83,8 | 77,3 | 75,6 | 81   | 74,9 | 72,9 | 73,6 | 81,9 | 76,8 |
| Últimos 30 días                | 75,1 | 66,7 | 68,1 | 60,2 | 56   | 65,6 | 58   | 58,5 | 63   | 74,0 | 68,2 |
| Borracheras últimos 30 días    | 16,1 | 15,3 | 16,5 | 21,7 | 20,2 | 28   | 25,6 | 29,1 | 35,6 | 30,8 | 22,2 |
| Binge drinking últimos 30 días |      |      |      |      |      |      |      | 41,4 | 36,7 | 41,8 | 32,2 |

Consumo de bebidas alcohólicas en escolares de 14 a 18 años en España. Fuente: ESTUDES 2014/2015

## · Tabaco

Hay mínimos históricos, se mantiene la tendencia decreciente. No obstante, cada año nuevos jóvenes de 14 a 18 se inician en el consumo de tabaco y el porcentaje de jóvenes fumadores sigue siendo elevado.

|                                | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida          | 60,6 | 64,4 | 63,4 | 61,8 | 59,8 | 60,4 | 46,1 | 44,6 | 39,8 | 43,8 | 38,4 |
| Últimos 12 meses               |      |      |      |      |      |      | 34   | 38,1 | 32,4 | 35,3 | 31,4 |
| Últimos 30 días                | 31,1 | 32,5 | 31,9 | 32,1 | 29,4 | 28,7 | 27,8 | 32,4 | 26,2 | 29,7 | 25,9 |
| Diariamente en últimos 30 días | 21,6 | 23,7 | 23,1 | 23   | 21   | 21,5 | 14,8 | 14,8 | 12,3 | 12,5 | 8,9  |

Consumo de tabaco en escolares de 14 a 18 años en España. Fuente: ESTUDES 2014/2015

## · Cannabis

La presencia de esta droga ilegal es significativa entre los jóvenes escolares de 14 a 18 años. En la encuesta se desglosa, según datos de los últimos 30 días al día de respuesta, que en el torno al 65,6% consumen principalmente marihuana, 9% principalmente hachís, 25,4 % de los dos tipos. El 86,5% mezclan el cannabis con tabaco.

El consumo problemático del cannabis aumenta con la edad (7,9% de 14 años, 18,2% de 18 años)

|                       | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida | 20,9 | 26,4 | 29,5 | 33,2 | 37,5 | 42,7 | 36,2 | 35,2 | 33   | 33,6 | 29,1 |
| Últimos 12 meses      | 18,2 | 23,4 | 25,7 | 28,8 | 32,8 | 36,6 | 29,8 | 30,5 | 26,4 | 26,6 | 25,4 |
| Últimos 30 días       | 12,4 | 15,7 | 17,2 | 20,8 | 22,5 | 25,1 | 20,1 | 20,1 | 17,2 | 16,1 | 18,6 |

Consumo de cannabis en escolares de 14 a 18 años en España. Fuente: ESTUDES 2014/2015

## · Otras sustancias

Consumos con prevalencia baja o muy baja que se mantienen estables en el caso de la cocaína y disminuyen en el caso de otras sustancias como alucinógenos, anfetaminas o heroína.

La edad media de inicio de consumo de las diferentes drogas, tanto legales como ilegales, sitúa a Aragón en la media estatal.

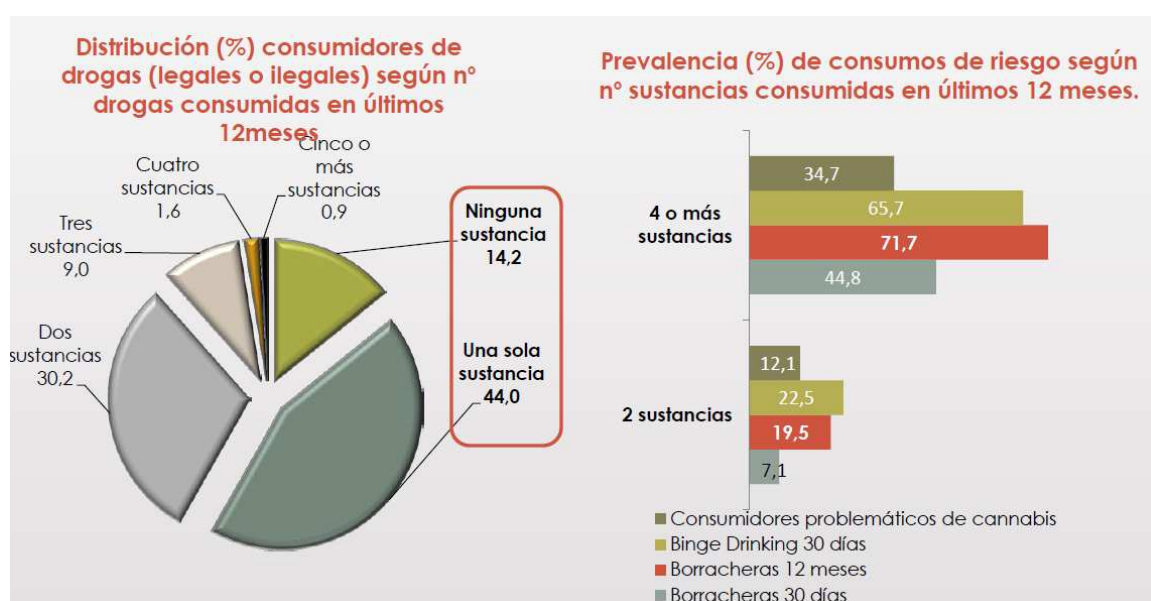
|               | Aragón | España |
|---------------|--------|--------|
| Alcohol       | 13,4   | 13,8   |
| Tabaco        | 13,5   | 13,9   |
| Tabaco diario | 14,3   | 14,5   |
| Cannabis      | 14,7   | 14,8   |

📁 Fuente: ESTUDES 2014/2015 sobre una muestra de 2.710 jóvenes en Aragón

## ► EDADES 2015

*Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España*, población de 15 a 64 residentes en hogares familiares.

- Las drogas consumidas por un mayor porcentaje de personas son las legales, alcohol (77,6%) y tabaco (40,2%). El cannabis es la droga ilegal más consumida (9%)
- Los hipnosedantes con receta son consumidos por el 12% de la población. El 2,3% los consume sin receta.
- El consumo de alcohol, tabaco y todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres. Los hipnosedantes están más extendidos entre las mujeres.
- El consumo de todas las drogas está más extendido entre los menores de 34 años, excepto los hipnosedantes
- El patrón de Policonsumo está muy extendido, sobre todo se concentra en hombres de 25 a 34 años. Incluye muy frecuentemente (90%) consumo de alcohol y cannabis (se asocia a consumos de riesgo)



📁 Fuente: EDADES 2015

## · Alcohol

Los porcentajes de consumo de alcohol se mantienen estables, si bien hay tendencia a la baja en el porcentaje de personas que consumen bebidas alcohólicas a diario. Teniendo en cuenta los últimos 30 días, el 70% de las personas consumidoras de alcohol se encuentran entre los 25 y 54 años, el 58% son hombres y las bebidas más consumidas son la cerveza (46,4%), el vino (29,1%) y los combinados fuertes (24,3 %) seguidos de lejos por bebidas como los licores fuertes (5,4%) o el vermú (4,2%)

|                                    | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida              | 90,6 | 87,3 | 89,0 | 88,6 | 93,7 | 88,0 | 94,2 | 90,9 | 93,1 | 93,5 |
| Últimos 12 meses                   | 78,5 | 75,2 | 78,1 | 76,6 | 76,7 | 72,9 | 78,7 | 76,6 | 78,3 | 77,6 |
| Últimos 30 días                    | 64,0 | 61,8 | 63,7 | 64,1 | 64,6 | 60,0 | 63,3 | 62,3 | 64,4 | 62,1 |
| Diariamente en los últimos 30 días | 12,7 | 13,7 | 15,7 | 14,1 | 14,9 | 10,2 | 11,0 | 10,2 | 9,8  | 9,3  |

## · Tabaco

Los consumos se mantienen estables en las últimas encuestas, aunque cada año hay miles de personas en España que empiezan a fumar, sobre todo antes de los 25 años y la gran mayoría entre los 15 y los 17 años

|                                    | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida              | 69,7 | 64,9 | 68,4 | 68,9 | 69,5 | 68,5 | 75,0 | 71,7 | 73,1 | 72,5 |
| Últimos 12 meses                   | 46,8 | 44,7 | 46,0 | 47,8 | 42,4 | 41,7 | 42,8 | 40,2 | 40,7 | 40,2 |
| Últimos 30 días                    | 42,9 | 40,1 | 41,4 | 42,9 | 38,4 | 38,8 | 39,4 | 37,6 | 38,3 | 38,5 |
| Diariamente en los últimos 30 días | 34,9 | 33,6 | 35,7 | 36,7 | 32,8 | 29,6 | 31,8 | 30,4 | 30,8 | 30,8 |

## · Cannabis

Tras una temporada de tendencia decreciente, de nuevo suben los consumos. El 74% de los consumidores habituales de cannabis son hombres. Por edad, el 60% de las personas consumidoras tienen entre 15 y 34 años.

El 1,8% de la población de 15 a 64 años hace un consumo problemático del cannabis.

|                                    | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida              | 22,9 | 19,6 | 23,8 | 29,0 | 28,6 | 27,3 | 32,1 | 27,4 | 30,4 | 31,5 |
| Últimos 12 meses                   | 7,7  | 7,0  | 9,2  | 11,3 | 11,2 | 10,1 | 10,6 | 9,6  | 9,2  | 9,5  |
| Últimos 30 días                    | 4,6  | 4,5  | 6,4  | 7,6  | 8,7  | 7,2  | 7,6  | 7,0  | 6,6  | 7,3  |
| Diariamente en los últimos 30 días | 0,7  | 0,8  | 1,5  | 1,5  | 2,0  | 1,7  | 2,0  | 1,7  | 1,9  | 2,1  |

## · Hipnosedantes

Se ha frenado la tendencia ascendente, pero ésta se mantiene en niveles altos. Del total, el 65% son mujeres. Por edad el 57% de los consumos se inician entre los 45 y 65 años. El 2'5% del total hace un consumo problemático de los hipnosedantes.

|                                    | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida              | 8,7  | 15,4 | 13,4 | 19,5 | 22,2 | 18,7 |
| Últimos 12 meses                   | 5,1  | 8,6  | 7,1  | 11,4 | 12,2 | 12,0 |
| Últimos 30 días                    | 3,7  | 5,9  | 5,2  | 8,3  | 8,9  | 8,1  |
| Diariamente en los últimos 30 días |      | 3,1  | 2,7  | 4,6  | 6,8  | 6,0  |

## · Cocaína

Tendencia ligeramente a la baja. Representan el 2% de consumos, donde el 78% de consumidores son hombres.

|                       | 1995 | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida | 3,4  | 3,4  | 3,1  | 4,8  | 5,9  | 7,0  | 8,0  | 10,2 | 8,8  | 10,2 | 8,9  |
| Últimos 12 meses      | 1,8  | 1,6  | 1,6  | 2,5  | 2,7  | 3,0  | 3,0  | 2,6  | 2,2  | 2,1  | 1,9  |
| Últimos 30 días       |      | 0,9  | 0,9  | 1,3  | 1,1  | 1,6  | 1,6  | 1,2  | 1,1  | 1,0  | 0,9  |

## · Heroína

|                       | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Alguna vez en la vida | 0,7  | 0,8  | 0,6  | 0,6  | 0,7  | 0,6  |
| Últimos 12 meses      | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  |
| Últimos 30 días       | 0,1  | 0    | 0,1  | 0,1  | 0,0  | 0,1  |

## · Otras sustancias

Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para los consumidores de ambos sexos

|              | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Éxtasis      | 0,9  | 0,8  | 1,8  | 1,4  | 1,2  | 1,2  | 0,8  | 0,7  | 0,7  | 0,6  |
| Anfetaminas  | 0,9  | 0,7  | 1,1  | 0,8  | 1,0  | 0,9  | 0,6  | 0,6  | 0,6  | 0,5  |
| Alucinógenos | 0,9  | 0,6  | 0,7  | 0,6  | 0,7  | 0,6  | 0,5  | 0,4  | 0,3  | 0,6  |
| Inhalables   | 0,2  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,0  | 0,1  | 0,1  | 0,1  |

Por otro lado, un 3,5% de la población de 15 a 64 años ha probado alguna de las denominadas NSP (*nuevas sustancias psicoactivas*)

**NOTA:** todos los datos arriba expuestos hacen referencia a los 2014 y 2015. Para tener un análisis de la realidad lo más exacto posible, los datos de este documento serán actualizados y analizados una vez que desde el *Plan Nacional sobre Drogas* se publiquen las nuevas encuestas ESTUDES y EDADES respectivamente.

## ► CONDUCCIÓN Y DROGAS

A nivel estatal, el 12% que conducen un turismo han consumido alcohol y/o alguna droga ilegal antes de conducir<sup>1</sup>. Las drogas más consumidas entre los conductores continúan siendo el cannabis (7,5%), seguida de la cocaína (4,7%). Un 4% de los conductores han consumido más de una sustancia antes de conducir.

<sup>1</sup> dato general del estudio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas elaborado por la DGT en 2015 (EDAP'15, DGT, 2016)

## ● SITUACIÓN DE OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN ARAGÓN Y ESPAÑA

El aspecto clave de las adicciones *sin sustancia* no es el tipo de conducta implicada, sino la forma de relación que se establece con ella. Lo esencial del trastorno es que la persona adicta pierde el control sobre la actividad elegida y continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas que le produce. Hasta la fecha no contamos con un registro y/o encuestas que cuantifiquen de un modo generalizado y oficial los hábitos y consumos de aquellas conductas que se consideran adictivas. No obstante, sí contamos con cada vez más datos y evidencias que van dando cuenta de la tendencia de los usos y abusos de Internet, nuevas tecnologías, juegos, videojuegos, apuestas, compras...

Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, ya apunta que una de cada cuatro personas sufre trastornos de la conducta relacionados con las adicciones *sin sustancia*.

En este documento sólo daremos unas pinceladas que ayuden a imaginar la situación y según aparezcan nuevos estudios, estos serán incorporados al *Plan* y tenidos en cuenta para la elaboración de acciones-líneas de actuación determinadas.

### ► LUDOPATÍA Y JUEGO ONLINE

En 2016 se publicó el *Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España*, coordinado por la *Dirección General de Ordenación del Juego* (DGOJ), realizado mediante cuestionario en base a la población residente en España mayor de 18 años con cuestionarios presenciales adicionales a población residente entre 15 y 17 años de edad. Se presentan los principales resultados, publicados a su vez en la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*:

El índice estatal de prevalencia del 0,9% para personas catalogadas como jugadores patológicos, del 1% en personas catalogadas como jugadores con problemas, y del 4,4% para jugadores con algún tipo de riesgo; valores que se reducen a 0,3 %, 0,6 %, y 2,6%, respectivamente, si se trabaja con los resultados vinculados al juego en el último año. Asimismo, un 76% de personas afirmaron haber participado en juegos de azar en el último año.

El 69,6% de los jugadores patológicos a nivel estatal son hombres. Los grupos de edad más afectados corresponden al de 25-34 años y al de 55-64. Se trata en su mayoría de personas con trabajo (aunque según se incrementa el nivel de patología aumenta el desempleo), con unos ingresos entre 601-1500 €.

La edad media de inicio en el juego (jugadores con problemas) está en los 19 años, con las máquinas de juego como instrumento de iniciación y principal fuente de problemas con el juego. Un alto porcentaje de personas reconoce haber jugado antes de los 18 años de edad (44,8% de las personas que presentan patología relacionada con el juego).

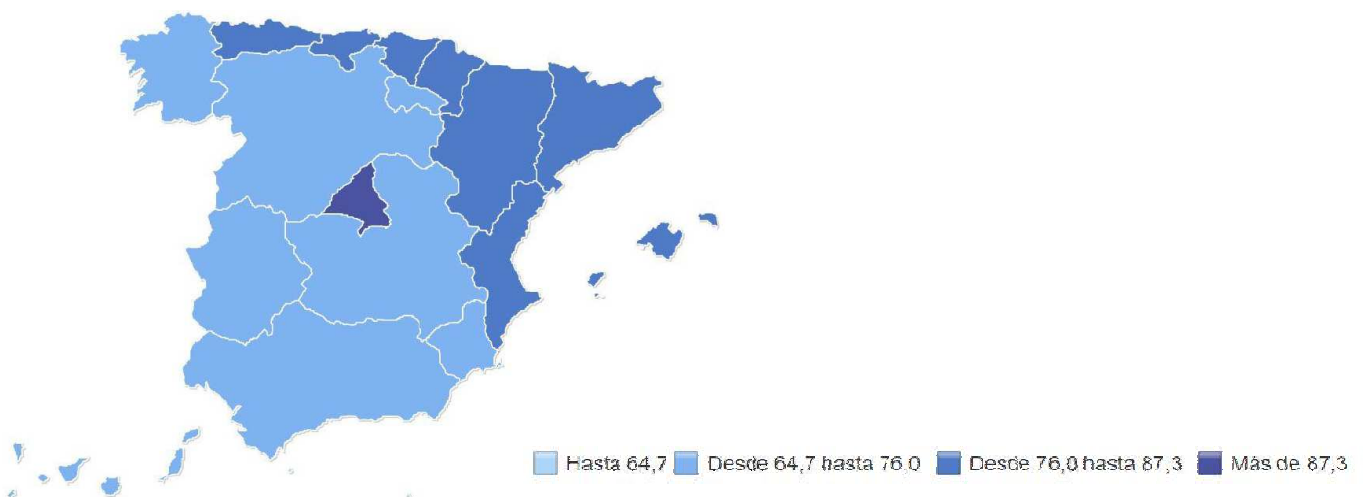
La forma presencial de participar en juegos de azar es la modalidad más empleada (juegos en casas/salas de apuestas, máquinas de juego/tragaperras, juegos en casinos, concursos, apuestas hípicas y juegos de cartas con apuesta económica), aunque se ha producido un repunte en los juegos de azar *online*. Además, a medida que se incrementa el nivel de patología hacia el juego, el gasto en juegos de azar *online* es mayor.

En este sentido, según los resultados del estudio *Análisis del perfil del jugador online (2015)* elaborado también por la DGOJ, se observa un aumento generalizado de los principales indicadores con respecto a 2014, con un crecimiento en todos los segmentos de juego *online*: el número total de jugadores activos, 985.333 personas (incremento del 19,6%); el número medio de jugadores activos mensuales 379.883 (aumento del 16,2%), la participación media 8.614€ (incremento del 10,9%, principalmente en las mujeres), el gasto medio por jugador, 293€ (incremento del 20,6%).

Los juegos *online* más demandados son las Apuestas Deportivas de Contrapartida, si bien se observa un aumento del número de jugadores respecto a 2014 en el segmento de Apuestas (34,4%), Bingo (37,6%) y Casino (80,4%), este último motivado en gran medida por la comercialización de las máquinas de azar. La mayoría de los jugadores *online* son hombres (83%), aunque se ha registrado un importante aumento de las mujeres (incremento del 53% con respecto a 2014). El 87% tiene entre 18 y 45 años. El perfil del jugador más representativo por volumen de participación en Apuestas, Casino y Póquer continúa siendo un hombre de edad comprendida entre 26 y 35 años mientras que en el Bingo, es una mujer entre 36 y 45 años. Los hombres juegan en promedio un 34% más que las mujeres (8.992€ los hombres y 6.734€ las mujeres) y gastan más del doble que ellas (322 € los hombres y 146 € las mujeres). La participación por jugador es creciente con la edad. Los jugadores entre 36 y 45 años son los que más gastan (500 €) y los que menos los de 18 a 25 años (99 €).

## ► NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)

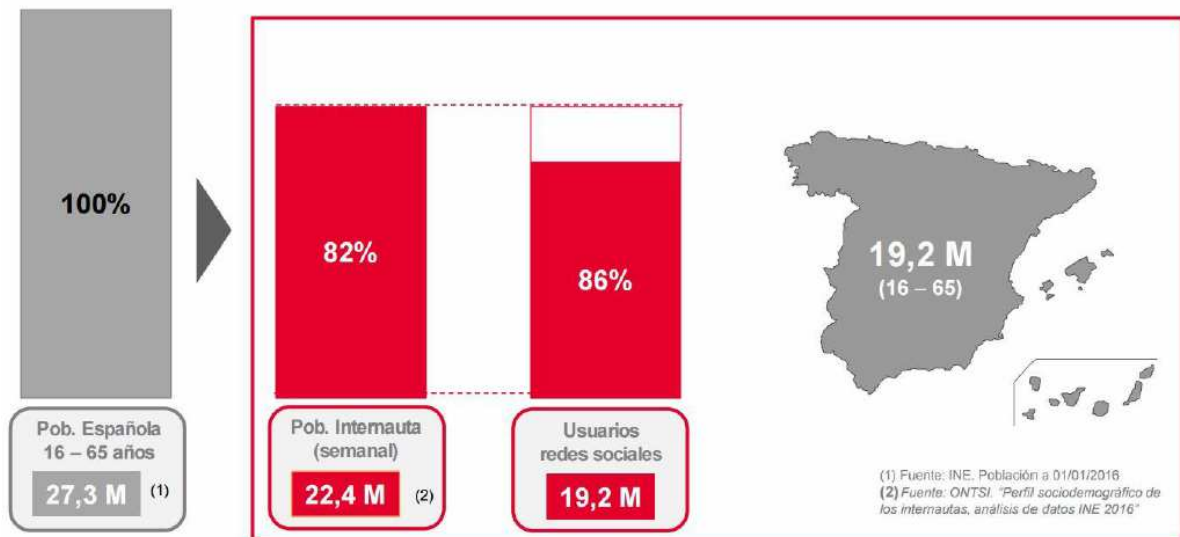
La población vive cada vez más “conectada” a datos e información en tiempo real. La innovación tecnológica es el entorno natural de cada vez más número de personas.



Penetración de la telefonía móvil pospago en España, medida como líneas/100 habitantes, año 2015. Fuente: IAEST a través de CNMC (Comisión nacional de los mercados y la competencia)

Según los datos de ESTUDES 2014/2015, el 18% de la población estudiantil de 14 a 18 años usa de un modo abusivo las nuevas tecnologías. Los datos también marcan que dentro de ese porcentaje de edad, el abusivo de las TIC va asociado a fracaso escolar y es más frecuente el consumo de sustancias.

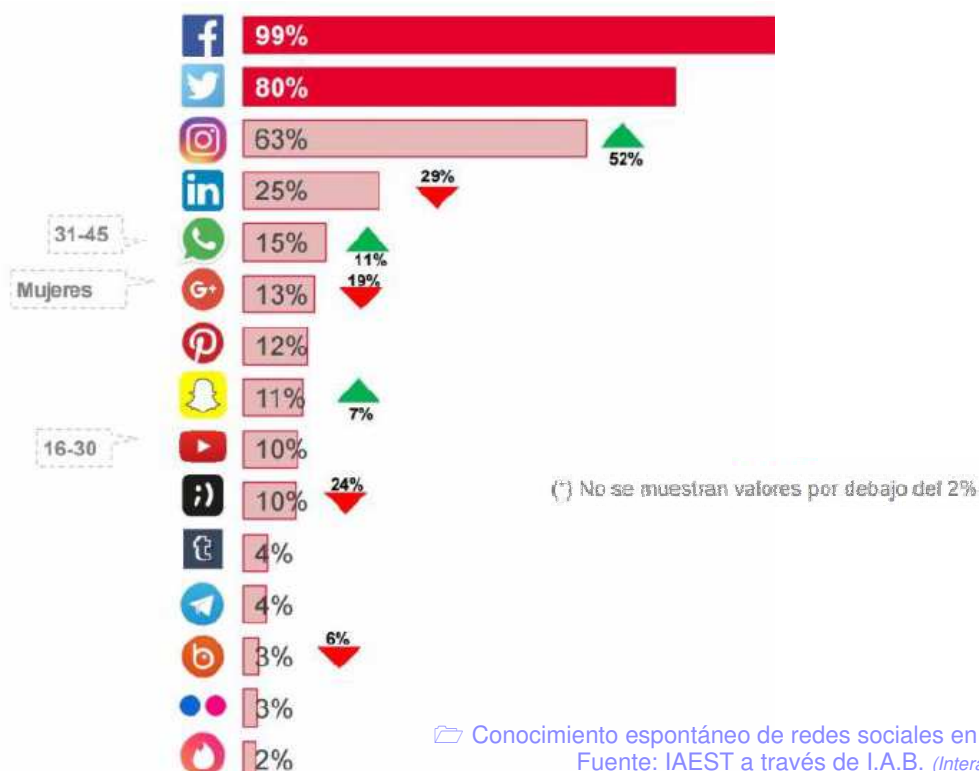
El 86% de los internautas de 16-65 años utilizan redes sociales, lo que representa más de 19.000.000 de usuarios/as a nivel estatal.



Penetración de las redes sociales en España, año 2017. Fuente: IAEST a través de I.A.B. (Interactive Advertising Bureau)

Facebook, Twitter e Instagram siguen siendo las primeras redes mencionadas en las encuestas por conocimiento espontáneo, muy por delante del resto de redes.

Instagram ha aumentado su notoriedad en los últimos tres años y su ascenso continua creciendo.



Conocimiento espontáneo de redes sociales en España, año 2017. Fuente: IAEST a través de I.A.B. (Interactive Advertising Bureau)

## ► OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Evitar la pérdida de calidad de vida y de bienestar de las personas que conviven en la Comarca de La Ribagorza
- Evitar o retrasar la edad de inicio de contacto con drogas legales e ilegales (y *otras conductas adictivas*) mediante acciones-líneas de actuación y programas de prevención dirigidos a todos los sectores de la población y a los diferentes ámbitos de intervención: educativo, familiar, comunitario, sanitario y de protección y control de la venta
- Conseguir la implicación y participación del mayor número de agentes sociales de la comarca
- Favorecer la coordinación y el trabajo en red entre las entidades públicas y de la iniciativa social que trabajan esta materia
- Consolidar acciones-líneas de actuación que ayuden a romper con el discurso social predominante de normalización del uso de drogas (y otras conductas adictivas)
- Mejorar la comprensión social del fenómeno de las drogas y otras conductas adictivas para reducir el interés social por las mismas



## ► ÁMBITOS DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL DAÑO: OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Cuando hablamos de prevención, hablamos tanto de **reducir los factores de riesgo** como de **aumentar los factores de protección**, este objetivo se consigue a través de diferentes estrategias. Aunque en todo momento se habla de llevar a cabo estrategias y/o acciones- líneas de actuación conjuntas y de trabajar de un modo transversal, coordinado y participativo, una temática tan amplia como las adicciones conviene ser **estructurada por ámbitos de actuación** para acotar su contenido y realizar un trabajo de mejor calidad en cada uno de ellos. En el *I Plan Comarcal de prevención de adicciones* se recogen los siguientes:

- ✧ ÁMBITO EDUCATIVO
- ✧ ÁMBITO FAMILIAR
- ✧ ÁMBITO COMUNITARIO
- ✧ ÁMBITO SANITARIO
- ✧ ÁMBITO DE PROTECCIÓN Y CONTROL DE LA VENTA

Igualmente, estas acciones- líneas de actuación se pueden clasificar en tres niveles en función de la población destinataria: prevención universal, para toda la población; prevención selectiva, dirigidas a grupos en situación de vulnerabilidad y prevención indicada, orientada a individuos con mayor riesgo.

Por supuesto, hay que recordar que este documento surge para **coordinar y multiplicar** los efectos positivos de la labor que ya se viene realizando desde años en nuestra comarca. Además de fijarnos nuevos objetivos y acciones-líneas de actuación, se pretende consolidar las que ya se realizan en nuestro territorio (aunque algunas de ellas hasta la fecha hayan sido a nivel municipal o zonal). Por tanto, un objetivo común a cualquiera de los ámbitos es no sólo implementar nuevas acciones- líneas de actuación, sino también **“expandir” las ya existentes y llegar al mayor número de lugares y personas** posible.

## ★ ÁMBITO EDUCATIVO



Las acciones-líneas de actuación en el ámbito educativo se llevan a cabo sobre todo en los centros educativos de primaria y de secundaria. Además, cualquier otro espacio dentro de la educación formal o informal es válido para la implementación de éstas, como son los centros de educación especial, formación profesional, educación infantil, educación para adultos y los espacios juveniles que existen en la comarca de La Ribagorza.

Aquí, se debe incluir a todo el alumnado, tanto a nivel preventivo universal, como selectivo e indicado. Igualmente, también hace referencia a los profesionales que trabajan en los centros, docentes y no docentes, y a las familias, pues todos ellos son encargados de la transmisión y fomento de estos valores.

### OBJETIVOS

- Coordinación entre todos los agentes susceptibles de intervenir en este ámbito
- Sensibilizar y concienciar a los profesionales, docentes y no docentes, de la importancia de integrar la *educación para la salud* y por tanto la prevención, de un modo continuo y transversal, en el proyecto educativo de cada centro
- Facilitar recursos a los profesionales, docentes y no docentes, y a las familias, en materia de prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas
- Implementar, mantener y/o fortalecer los recursos existentes a nivel local, comarcal, autonómico o estatal en materia de prevención en el ámbito educativo
- Impulsar la integración de los programas de la *Red de Escuelas Promotoras de Salud* en aquellos en aquellos centros de la comarca que aún no los tengan integrados en su proyecto curricular
- Implicar al alumnado a participar en las propuestas de acciones a realizar en materia de prevención
- Fomentar el desarrollo de iniciativas de ocio alternativo y saludable dentro y fuera del horario escolar

### ACCIONES-LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- ✓ Apoyo para la implementación, mantenimiento y/o fortalecimiento de los programas de prevención en los centros ribagorzanos de educación formal y no formal
- ✓ Colaboración con el Departamento de Salud Pública del Gobierno de Aragón
- ✓ Programación de actividades para el alumnado que potencien actitudes positivas y el autoestima, valores, habilidades sociales y otros recursos personales de protección
- ✓ Programación de charlas, cursos y material para el alumnado, sobre las ventajas y riesgos del uso de las nuevas tecnologías, redes sociales...
- ✓ Actividades formativas para profesionales, docentes y no docentes así como para las familias

- ✓ Programación de charlas, cursos y material para los profesionales, docentes y no docentes, para estar al día sobre el uso de las nuevas tecnologías, redes sociales, tendencias en los consumos de drogas legales e ilegales...
- ✓ Elaboración y actualización periódica de un directorio de recursos y servicios en materia de prevención
- ✓ Implantación y/o mantenimiento de los PIJ (*Puntos de Información Juvenil*) para la difusión de todo tipo de material relativo a la prevención y a la promoción de la salud

## ★ ÁMBITO FAMILIAR



En las familias reside la base de la educación y la adquisición de comportamientos, valores, roles, personalidad... de cada individuo. Aprendemos a descubrir y a desenvolvernos en el mundo a través de la estructura familiar y ésta se torna imprescindible en el proceso de aprendizaje, sobre todo en los primeros años de vida.

Las familias (padres, madres y/o tutores) “juegan” por tanto un papel principal en la prevención de adicciones: hábitos, comunicación, habilidades sociales, referencias...

### OBJETIVOS

- Sensibilizar y concienciar a las familias del papel fundamental que tienen en materia de educación y prevención de adicciones
- Implicar a las familias en las acciones que se lleven a cabo en todos los ámbitos
- Proporcionar a las familias habilidades comunicativas y diferentes recursos que les permitan abordar la temática de las drogas (y otras conductas adictivas)
- Apoyar a las familias que tienen dificultades para abordar una problemática concreta en torno a las adicciones
- Implicar a las propias familias a participar en las propuestas de acciones a realizar en materia de prevención
- Fomentar el desarrollo de iniciativas en familia de ocio alternativo y saludable

### ACCIONES-LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- ✓ Coordinación y programación con las diferentes AMYPAS de todos los centros educativos y con las asociaciones de carácter familiar
- ✓ Creación de *grupos de madres y padres*
- ✓ Programación de charlas, cursos y material para familias para estar al día sobre el uso de las nuevas tecnologías, redes sociales, tendencias en los consumos de drogas legales e ilegales...
- ✓ Impulsar acciones destinadas al público infantil y juvenil, o actividades en familia, para fomentar el uso y acceso de instalaciones y actividades que conlleve un ocio saludable

## ★ ÁMBITO COMUNITARIO



Se entiende como prevención comunitaria aquella que, partiendo de las necesidades de la comunidad y contando con ella mediante el fomento de la participación de colectivos y organizaciones sociales, se organiza a partir de equipos multidisciplinares para la elaboración y desarrollo de programas y acciones dirigidas a la comunidad, favoreciendo la creación de redes de intercambio de información y experiencias.

Los escenarios de la intervención comunitaria deben ser aquellos espacios de socialización donde las personas desarrollan su vida cotidiana, especialmente en lo referido a su ocio y tiempo libre. En este contexto es donde mejor pueden desarrollarse las actuaciones que permitan intervenir sobre las condiciones sociales y culturales que están presentes en los consumos de mayor riesgo y que pueden derivar en consumos problemáticos o adicciones. Es en este ámbito de lo local (municipal o comarcal), donde se desarrolla la prevención comunitaria poniendo en marcha actuaciones de promoción y educación de la salud <sup>2</sup>.

### OBJETIVOS

- Dar a conocer el *Plan* a toda la Comarca de La Ribagorza y a los municipios y comarcas limítrofes y/o con los que se comparten recursos y servicios
- Proporcionar a la población general y a los profesionales la información adecuada que promueva la conciencia social y facilite la comprensión del fenómeno de las adicciones y consumos problemáticos
- Impulsar el desarrollo de acciones de prevención de adicciones desde un enfoque de promoción de la salud
- Reconocer la importancia del deporte en materia de prevención de adicciones y dotar a las escuelas y/o clubes deportivos de los recursos necesarios para asesorar en esta materia
- Reconocer la importancia de las artes y la cultura en materia de prevención de adicciones
- Lograr el compromiso de todos los agentes comarcales que forman parte del ámbito comunitario
- Diseñar e implementar estrategias de comunicación en redes sociales
- Incluir la perspectiva de género en las actuaciones

### ACCIONES-LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- ✓ Desarrollo del contenido del *I Plan Comarcal de prevención de adicciones*
- ✓ Creación y mantenimiento de una Mesa de prevención de la Comarca de La Ribagorza
- ✓ Organización anual de una *Jornada de prevención de adicciones*
- ✓ Conocimiento y estudio de la/s realidad/es social/es de la comarca
- ✓ Creación de mecanismos de participación y evaluación de manera periódica de las acciones llevadas a cabo en materia de prevención

---

<sup>2</sup> Extraído del *II Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016*. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo

- ✓ Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación y las redes sociales para abarcar al mayor número de población, y en especial a los jóvenes
- ✓ Programación de charlas, cursos y material para monitores y responsables deportivos
- ✓ Programación de actividades en los espacios comunitarios más reconocidos por la población: bibliotecas, polideportivos, casa de cultura, escuelas de música, parques...
- ✓ Apoyo al asociacionismo y colaboración con el tejido asociativo existente
- ✓ Colaboración con los medios de información y comunicación para difundir las diferentes programaciones y/o informaciones en general en materia de prevención de adicciones
- ✓ Creación de un código de buenas prácticas para los responsables de los medios de comunicación comarcales
- ✓ Campaña de prevención de accidentes y seguridad vial para toda la población

## ★ ÁMBITO SANITARIO



Generalmente es a los centros de salud, u otros recursos sanitarios, donde acude la mayoría de la población a lo largo de las diferentes etapas o situaciones en su vida para cualquier consulta o atención que guarden relación con su salud. La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada en 1948 por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS).

Por tanto, el ámbito sanitario es otro de los pilares primordiales en la prevención de adicciones, entre otros, por el contacto directo que se establece entre los usuarios y los profesionales, quienes pueden detectar de primera mano, promover la salud e intervenir frente a los factores de riesgo de cada individuo o de un colectivo determinado.

### OBJETIVOS

- Sensibilizar y capacitar a la población a cuidar y mejorar su propia salud a través de programas de promoción de salud
- Difundir las campañas de prevención de adicciones promovidas por los Centros de Salud

### ACCIONES-LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- ✓ Campañas de fomento del autocuidado y educación para la salud para toda la población
- ✓ Apoyo a las diferentes campañas sin humo que se realicen
- ✓ Actividades específicas de los días mundiales relacionados con aspectos de promoción de la salud

## ★ ÁMBITO DE PROTECCIÓN Y CONTROL DE LA VENTA



Las acciones-actuaciones en este ámbito pueden diferir bastante unas de otras según se trate de drogas legales, ilegales o actividades que puedan incitar a adicciones comportamentales. Aunque las competencias en este ámbito corresponden especialmente a la Administración Central y a las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, a nivel comarcal se puede promover la coordinación entre entidades para informar y hacer llegar las normativas a todos los sectores y lograr también una mayor concienciación global, que la prevención no venga sólo “impuesta por ley”.

### OBJETIVOS

- Promover vías de comunicación y coordinación con los diferentes cuerpos y fuerzas de seguridad a nivel comarcal, provincial y autonómico
- Sensibilizar y concienciar a toda la comunidad, en especial a los responsables de los establecimientos donde está permitida la venta y/o consumo de alcohol y/o tabaco, de la importancia de cumplir las normativas vigentes, especialmente en relación con los menores
- Sensibilizar y concienciar a toda la comunidad, en especial a los responsables de los establecimientos donde se encuentran máquinas recreativas y/o se realizan apuestas con dinero, de la importancia de cumplir las normativas vigentes, especialmente en relación con los menores
- Concienciar a los ayuntamientos y/o comisiones de fiestas y festejos de los diferentes municipios de la necesidad de revisar el concepto actual de ocio y celebración de festividades
- Promover un trabajo coordinado con la Oficina Comarcal del Consumidor en lo que se refiere a prevención de adicciones (*y otras conductas adictivas*)

### ACCIONES-LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- ✓ Difusión a la población general de los aspectos normativos básicos sobre el consumo de drogas, las limitaciones de la venta y consumo de drogas legales y las consecuencias administrativas y penales en relación con los menores de edad
- ✓ Información a los responsables de los establecimientos donde está permitida la venta y/o consumo de alcohol y/o tabaco
- ✓ Información a los responsables de los establecimientos donde se encuentran máquinas recreativas y/o se realizan apuestas con dinero
- ✓ Creación de un código de buenas prácticas para los establecimientos que tienen permitida la venta de alcohol y/o tabaco, así como donde se encuentran máquinas recreativas y/o se realizan apuestas con dinero

## ► PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DEL PLAN

Dado el carácter participativo que acompaña desde sus inicios al *I Plan Comarcal de Prevención de Adicciones*, el proceso de evaluación no puede olvidar la opinión de todos los agentes implicados en el mismo, tanto directa como indirectamente.

A nivel técnico, las personas responsables del *Plan* realizarán evaluaciones continuas de todos los aspectos del *Plan*, tanto de su desarrollo como de los resultados.

Así mismo, además de la Mesa de Prevención que trabajará con **evaluación continua**, todos los profesionales implicados serán convocados periódicamente para mantener una evaluación grupal sobre el desarrollo del mismo, los procesos y los resultados, y recoger propuestas y sugerencias para ir adaptando los distintos aspectos en aras de ajustar las actividades y acciones a la realidad cambiante.

También podrán establecerse mecanismos para preguntar la opinión y sugerencias de la población en general.

Con todos los datos, se elaborará un informe anual de seguimiento del *I Plan de Prevención de Adicciones*.