



# Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018-2024



# Índice de contenidos

<b>1. Introducción y Marco Institucional</b>	4
<b>2. Alineamiento con otros planes y estrategias</b>	6
<b>3. Consideraciones normativas</b>	14
<b>4. Síntesis de situación actual</b>	16
4.1. Consumo de alcohol	17
4.2. Consumo de cánnabis	18
4.3. Consumo de hipnosedantes	19
4.4. Bebidas energéticas	20
4.5. Cocaína	20
4.6. Consumo de otras drogas ilícitas	21
4.7. Policonsumo	22
4.8. Disponibilidad percibida	22
4.9. Percepción de riesgos	23
4.10. Conclusiones generales sobre factores asociados al consumo de drogas entre los jóvenes riojanos	24
4.11. Síntesis de los datos principales sobre consumo y uso de drogas y adicciones	25
<b>5. Impacto del uso de sustancias psicoactivas en La Rioja</b>	25
<b>6. Adicciones sin sustancia</b>	30
6.1. Uso problemático de Internet	30
6.2. Trastornos por juego de azar	30
<b>7. Actuaciones desarrolladas en cumplimiento del Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones</b>	31
<b>8. Evaluación del Plan anterior</b>	31
<b>9. Principios rectores del Plan y ejes de acción</b>	32
<b>10. Líneas estratégicas del Plan</b>	34
<b>11. ¿Qué nos proponemos hacer?</b>	35
11.1. Objetivo General 1	35
11.2. Objetivo General 2	36
11.3. Objetivo General 3	36
11.4. Objetivo General 4	37
11.5. Objetivo General 5	38
11.6. Objetivo General 6	40
11.7. Objetivo General 7	41
11.8. Objetivo General 8	43
11.9. Objetivo General 9	45
11.10. Objetivo General 10	46
11.11. Objetivo General 11	47

# 1. Introducción y Marco Institucional

El Gobierno de La Rioja, para dar respuesta al problema del uso de drogas y adicciones, creó en 1985 la Comisión Regional de Coordinación para la prevención y asistencia en drogodependencias que elaboró un Plan Regional sobre Drogas, aprobado en marzo de 1986. La citada Comisión ha sido objeto de diferentes modificaciones hasta que, en el Decreto 43/1997 de 22 de Agosto (B.O.R de 26 de Agosto), se crea la Comisión Técnica de seguimiento del Plan Riojano de Drogodependencias a fin de consensuar y dotar de un carácter técnico a las acciones que se llevarán a cabo a través de la coordinación entre distintos órganos de instituciones y asociaciones. En ese momento, era prioritario dar respuesta al impacto social y sanitario provocado por la heroína.

Más tarde, se consensuó el Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones por la Comisión Técnica y de Seguimiento y finalmente fue aprobado en Consejo de Gobierno el 9 de Octubre de 1998. Dicho Plan, supuso una apuesta firme del Gobierno de La Rioja, junto a instituciones, entidades y asociaciones, por la acción coordinada en materia de drogodependencias. Se dio una especial relevancia a la prevención, con una especial presencia en el ámbito municipal. Y apareció por primera vez el concepto de “otras adicciones” en referencia a las adicciones sin sustancia.

Uno de los objetivos del Plan en el Área de prevención, dentro del denominado Subprograma Normativo, era la promulgación y desarrollo de una Ley Autonómica sobre drogas. Con fecha 23 de octubre de 2001 se publica en el BOR, la Ley 5/2001, de 17 de octubre sobre drogodependencias y otras adicciones. La promulgación de esta ley fue una oportunidad única para corresponsabilizar a instituciones, organismos y entidades en materia de drogodependencias y para lograr una mayor coherencia y efectividad en las políticas preventivas sobre drogas.

De este modo, los esfuerzos de instituciones públicas o privadas, asociaciones, organizaciones empresariales y sindicales tuvieron, desde ese momento, un referente normativo que puso énfasis en la atención a los afectados, especialmente los jóvenes.

El Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018-2024 que se presenta, tiene un amplio periodo de vigencia por dos razones: la primera, a fin de alinearlo con la Estrategia Nacional sobre drogas; la segunda, en base a una concepción dinámica del mismo que permita trabajar a largo plazo y evite su desfase en unos años. En este plan han primado la sencillez y la concreción. Se ha apoyado en los datos del Observatorio Riojano sobre Drogas y la Oficina de Información sobre Drogas, además de en documentos de referencia nacionales e internacionales, para fundamentar la elección de los objetivos propuestos.

Es un plan que se centra de modo intencionado en lo prioritario a fin de obtener impactos en temas centrales, focalizando en ellos todos los esfuerzos.

Se definen unos ejes transversales al Plan, como son: la participación activa de la sociedad civil en su elaboración, implantación y aportación de posibles medidas correctoras; la perspectiva de género; y el foco de atención en el alcohol y adicciones comportamentales como temas prioritarios. Se prestará especial atención a colectivos vulnerables como menores, inmigración y otros, considerando la diversidad cultural y social de éstos en las propuestas de actuación. Por último, se considerará el carácter transversal de los indicadores de resultados en salud como fin último de las acciones del plan, para mejorar la calidad de vida de las mujeres y los hombres a quienes se dirige.

Así mismo, se planificará la formación en adicciones, se reforzará la Oficina de Información sobre drogas y el Observatorio Riojano y se mejorarán los programas y acciones preventivas para el aseguramiento de la calidad y evaluación.

El tabaco está contemplado en un objetivo general del Plan y será objeto de una planificación específica, que permita abarcar toda su singularidad.

Los cuatro Planes de Acción previstos: Mujer, Participación de la Sociedad Civil, Tabaco y Alcohol, una vez elaborados y aprobados, incorporarán automáticamente las acciones e indicadores al Plan de prevención.

Desde la aprobación del segundo plan de drogas, el impulso a la prevención y la atención sanitaria de las adicciones ha sido continuo al disponer, además, de una normativa con rango de ley, se facilitó el avance en un trabajo compartido entre administraciones públicas, empresas y toda la sociedad.

El resultado es la consolidación de la prevención como herramienta básica de trabajo en adicciones para informar a la población sobre los riesgos, así como para modificar comportamientos perjudiciales, especialmente entre los jóvenes y otras poblaciones vulnerables.

Algunos retos pendientes son conseguir un mayor impacto en resultados en salud en las poblaciones afectadas, la participación de la sociedad civil, ahondar en la prevención en el medio laboral, así como en grupos de riesgo e impulsar una estrategia de acción en relación a las adicciones comportamentales y el alcohol, en aumento en los últimos años.

Se ha realizado un análisis de la situación respecto del uso de sustancias y los comportamientos adictivos estableciendo una serie de prioridades en la estructura del Plan que traza, por una parte, las áreas y ámbitos de actuación prioritarios y por otra, la forma en que se va a desarrollar nuestra tarea.

Para la estrategia de participación activa de la sociedad se establecen mecanismos de colaboración a través de estructuras de apoyo que se determinarán en el Plan de Acción de Participación de la Sociedad Civil.

A fin de hacer del plan una estructura dinámica se introducirán medidas correctoras que podrán modificar acciones e indicadores sustituyéndolos por otros o completarse con nuevos objetivos.

En cuanto a la transversalidad de la perspectiva de género en el nuevo Plan, consideramos que se debe actuar decididamente de manera diferenciada en mujeres y hombres en relación a los objetivos, programas de actuación, métodos y acciones, tanto en prevención como en asistencia, en relación con las adicciones. Hasta el momento, no se han diferenciado estrategias y métodos; simplemente se han desagregado los datos cuantitativos por sexo, sin profundizar en la incorporación efectiva de esta mirada. Para ello, se articulará dentro del plan un mecanismo específico que supervise y garantice la implantación de esta perspectiva en todas las fases del proyecto; elaboración, implantación y evaluación.

El Plan de Prevención de adicciones que ahora se presenta se centra principalmente en el alcohol y adicciones comportamentales. Hasta la fecha, la percepción del alcohol como sustancia de uso ha sido culturalmente aceptada. Sin embargo, las repercusiones sanitarias y sociales relacionadas no sólo con la morbilidad y mortalidad derivadas de su consumo, sino con otras cuestiones como seguridad vial, violencia de género o embarazos adolescentes, son múltiples. Este interés por centrar nuestros esfuerzos en el consumo de alcohol puede generar alarma en el sector empresarial relacionado, por lo que se prevé la creación de una comisión mixta público/privada como foro de colaboración e innovación que garantice el cumplimiento del plan en todos los sectores implicados. No pretende ser, sin embargo, una herramienta contra el sector del vino o las bebidas alcohólicas, sino una garantía de protección frente al alcohol de algunos colectivos como los menores, las mujeres, los profesionales de riesgo o los colectivos cultural o socialmente más vulnerables. Las adicciones comportamentales, especialmente derivadas del mal uso de las TIC (juegos de azar en internet, adicciones al sexo online, abuso de video juegos online, al uso del móvil y otras) y las clásicas de adicción a los juegos de azar (apuestas, bingos, máquinas tragaperras, loterías y otras), son el futuro previsible y ya una realidad de las adicciones. Hay un aumento imparable de demandas asistenciales por este tipo de problemas, y preocupa especialmente el ámbito de los menores y su desprotección hacia las apuestas en internet y video juegos online.

Desde la perspectiva de resultados en salud, las adicciones son responsables de las enfermedades no transmisibles (ENT) con resultado de muerte más importantes: cáncer y enfermedades cardiovasculares. Todo ello tiene que ver con el comportamiento individual y colectivo de gestión de la propia salud y está influido por múltiples variables ambientales y personales. Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer. Y el abuso de drogas es responsable de 12 millones de años de vida de calidad perdidos a causa de su consumo, en especial los opiáceos que aún siguen teniendo a nivel mundial el efecto directo más pernicioso sobre la salud.

Las intervenciones esenciales de gran impacto contra las ENT tienen que ver en gran medida con la promoción y prevención de la salud individual y colectiva. Es la salud pública donde se debe trabajar en la adopción de comportamientos saludables, y también llevarse a cabo en la atención primaria para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo. Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros.

Las intervenciones de gestión de las ENT y más concretamente en los hábitos de tabaco y alcohol, son esenciales para alcanzar la meta mundial consistente en lograr una reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por ENT del 25% para 2025, y la meta de los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS) consistente en reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030.

El consumo de drogas, así como las conductas susceptibles de convertirse en problemáticas, se dan en un contexto de interrelación entre el individuo, el entorno y la sustancia. Esta triada conforma factores de protección y riesgo para los consumos problemáticos y las adicciones conductuales. A su vez, estos comportamientos inciden sobre el individuo y su entorno: Consecuencias sobre la salud física y mental (accidentes, enfermedad y muerte -ya mencionados), consecuencias relacionales (dificultad para iniciar y cultivar relaciones personales significativas, soledad, violencia), consecuencias familiares (desvinculación y desatención familiar, divorcio,...), consecuencias escolares (bajo rendimiento y fracaso escolar), consecuencias laborales (absentismo, dificultades para llevar a cabo las responsabilidades laborales, precarización, desempleo), consecuencias psicológicas y sociales (precariedad financiera, delincuencia, marginalidad).

## 2. Alineamiento con otros planes y estrategias

El Plan de Prevención de adicciones 2018-2024, no es una herramienta de planificación aislada, sino que está en íntima relación y se inspira en otros documentos, y planes sectoriales y globales, tanto internacionales y europeos como estatales, y de la propia comunidad autónoma. De hecho hay numerosos planes sectoriales como los de mujer o juventud que contemplan medidas de prevención sobre adicciones.

En concreto, yendo de lo más amplio a lo menos, este plan se alinea con los siguientes documentos:

### 1.- Agenda 2030 sobre Objetivos para el Desarrollo Sostenible, de Naciones Unidas

En lo que afecta al Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, en la meta 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países, en lo que afecta a la equidad en la atención las adicciones respecto a otras patologías, tal y como está recogido en el documento de UNODC 2016 (Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito), que señala...” la actitud estigmatizadora hacia los consumidores de drogas, en que podría incurrir incluso el personal de los servicios de atención de la salud, puede obstaculizar la administración de tratamiento eficaz a

quienes más lo necesitan.” Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, en lo afecta a que las mujeres afectadas por la drogodependencia y el VIH son más vulnerables y sufren mayor estigmatización que los hombres. Son más propensas que estos a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia y abusos. Además, a menudo, también soportan una pesada carga de violencia y privaciones relacionadas con la drogodependencia de sus familiares, lo que dificulta el logro de la meta de desarrollo sostenible de eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Las mujeres delincuentes y las reclusas, especialmente las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas, se enfrentan a situaciones especialmente difíciles porque, en muchos casos, los sistemas de justicia penal aún no están en condiciones de atender las necesidades especiales de la mujer. (UNODC, 2016).

## **2.- Convención Marco de la OMS para el control de Tabaco**

Es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y está basado en el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. Representa un hito para la promoción de la salud pública y proporciona nuevas perspectivas jurídicas de cooperación internacional en materia de salud.

Supone un cambio de paradigma en el desarrollo de una estrategia que reglamente el abordaje de las sustancias adictivas; a diferencia de tratados previos sobre control de drogas, el CMCT OMS establece la importancia de la reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro.

Se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco. La propagación de esta epidemia se ve facilitada por una diversidad de factores complejos con efectos transfronterizos, incluidas la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa. Otros factores como la publicidad, la promoción y el patrocinio transnacionales del tabaco y el movimiento internacional del contrabando y falsificación de cigarrillos han contribuido también al incremento en el consumo de tabaco.

Las disposiciones fundamentales en relación con la reducción de la demanda están contenidas en los Artículos 6 al 14:

- ▼ Precio y medidas fiscales para reducir la demanda de tabaco
- ▼ Distintas medidas de los precios para reducir la demanda de tabaco:
  - ▼ Protección contra la exposición al humo de tabaco.
  - ▼ Reglamentación del contenido de los productos del tabaco.
  - ▼ Reglamentación de la información divulgada por los productos del tabaco.
  - ▼ Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.
  - ▼ Educación, comunicación, formación y sensibilización pública.
  - ▼ Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
  - ▼ Medidas de reducción de la demanda concernientes a la dependencia y cese del tabaco.

Las disposiciones fundamentales del CMCT OMS en lo que respecta a la reducción del suministro, están contenidas en los Artículos 15 al 17:

- ▼ Comercio ilícito de productos de tabaco.
- ▼ Ventas a y por menores.
- ▼ Prestación de apoyo para actividades alternativas económicamente viables.

Los Estados miembros que han firmado el Convenio, se comprometen a esforzarse de buena fe para ratificarlo, aceptarlo o aprobarlo y adoptan el compromiso político de no socavar los objetivos en él establecidos.

El convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005.

Las acciones que se van a desarrollar dentro del nuevo Plan de Acción del Tabaco están alineadas con las prioridades de acción señaladas por esta Convención, de acuerdo con las competencias en materia de tabaco a nivel autonómico. Teniendo en cuenta la estrategia MPOWER de OMS, que establece las recomendaciones para conseguir los objetivos de la Convención.

### **3.- Estrategia de la Unión Europea sobre drogas 2013-2020**

Que señala varios aspectos estratégicos recogidos en este Plan: literalmente 1. Mejorar la disponibilidad, el acceso y la cobertura de servicios efectivos y medidas diversificadas de reducción de la demanda de drogas, promover el uso e intercambio de mejores prácticas y desarrollar e implementar estándares de calidad en prevención (ambiental, universal, selectiva e indicada), detección e intervención temprana, reducción de riesgos y daños, tratamiento, rehabilitación, reintegración social y recuperación. 2. Mejorar la disponibilidad y efectividad de los programas de prevención (desde el impacto inicial hasta la sostenibilidad a largo plazo) y concienciación sobre el riesgo del uso de drogas ilícitas y otras sustancias psicoactivas y consecuencias relacionadas. Con este fin, las medidas de prevención deberían incluir la detección temprana y la intervención, la promoción de estilos de vida saludables y prevención dirigida (es decir, selectiva e indicada) también a familias y comunidades. 3. Ampliar y desarrollar medidas eficaces de reducción de la demanda para responder a desafíos tales como: uso de varias drogas incluyendo el uso combinado de sustancias lícitas y sustancias ilícitas, uso indebido de medicamentos controlados prescritos y el uso de nuevas sustancias psicoactivas.

Todas estas medidas están contempladas en el nuestro plan, en especial lo referido a la mejora de la calidad de las intervenciones, el reforzamiento de la reducción de daños, la importancia de la información sobre las sustancias potencialmente adictivas y la promoción de la salud mediante programas universales. Así como la atención al uso indebido de psicofármacos sin receta, especialmente en la mujer.

### **4.- Estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol 2006. Plan de Acción Europeo para la reducción del consumo nocivo de alcohol 2012-2020 de la OMS**

Si bien se está trabajando en la UE en una nueva estrategia sobre alcohol, la estrategia está vigente en sus objetivos y sigue siendo revisada en sus logros, con fecha última de 2013.

Las líneas de trabajo que propone son las referidas a protección de niños y jóvenes, y nonatos sobre los efectos dañinos del alcohol, mediante el control de la venta y del consumo, en embarazadas y en familias y la accesibilidad, en general, del alcohol. Hay que resaltar sobre todo la cooperación de los interesados en ello, tal y como se propone la participación en este plan. La edad de venta ya está en esta comunidad regulada por la ley 5/2001, sobre drogodependencias y otras adicciones, en los 18 años que es lo que se propone como medida principal.

Se enfatiza lo referido a la conducción y alcohol para reducir el número de lesionados y muertos en que está implicado el alcohol mediante reducción del nivel máximo de alcohol en sangre permitido para conducir. Esta cuestión es de ámbito estatal de competencia, aunque España ya dispuso de esta regulación.

La estrategia señala la prevención de los daños relacionados con el alcohol entre los adultos y reducción del impacto negativo en el lugar de trabajo, que son líneas de trabajo del plan, especialmente lo referido a medio laboral.

Y por último, lo referido a la información, educación y sensibilización sobre las consecuencias del consumo nocivo y peligroso de alcohol y sobre pautas de consumo adecuadas, es un objetivo central del plan medidas de prevención universal en el ámbito escolar, formación del personal sanitario para la trasmisión de mensajes adecuados e intervenir con el paciente, y la necesidad de realizar campañas que compitan con los mensajes que tienden a normalizar el consumo.

El Plan de Acción Europeo sobre Alcohol pone énfasis es: liderazgo y concienciación de las repercusiones del alcohol en la sociedad, mejorar la accesibilidad a los tratamientos, actuar en nivel comunitario y medio laboral, reducción del impacto del alcohol en la conducción, limitación de la disponibilidad del alcohol, limitación y control de la publicidad del alcohol especialmente la dirigida a menores, políticas impositivas, reducción de daños por alcohol, control sobre la adulteración de las bebidas alcohólicas, monitorización del impacto del consumo del alcohol. Todas las estrategias previstas en dicho Plan, de competencia autonómica, están alineadas con el Plan de prevención y con el futuro plan de acción sobre alcohol.

### 5.- Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024

El Plan Nacional sobre drogas a través de su estrategia nacional, continua coordinado las acciones de toda España en materia de adicciones, como es su cometido. Como no puede ser de otro modo, el plan de prevención de la comunidad autónoma se alinea totalmente con las metas establecidas. En concreto, el énfasis en la prevención y reducción del riesgo, tanto en drogas con sustancia como sin ella, el aumento de la sensibilización social, la promoción de la salud, y todo ello en los ámbitos comunitarios, familiar, educativo, laboral y desde el ámbito local.

En lo referido a la atención de las adicciones, la estrategia nacional hace referencia a los problemas de equidad y accesibilidad a los tratamientos, y la necesidad de considerar el problema pensando en colectivos como mujer e inmigración. En este Plan hemos recogido un objetivo específicamente referido mejorar la equidad de la atención de las adicciones, en especial a los opiáceos que arrastran un estigma asociado aun hoy en día. Y también lo referido a mejorar la accesibilidad a los tratamientos de mujer o colectivos especiales (migración, diversidad sexual y otros).

De igual modo nos alineamos en prestar atención a las adicciones sin sustancia, pero sobre todo a lo referido al juego de azar, incluidas las apuestas online en jóvenes especialmente.

Al igual que en la estrategia nacional, nos alineamos totalmente en el objetivo de la mejora de los sistemas de información e investigación, mediante la elaboración de planes anuales de investigación y estudios, así como la consolidación de la Red de Informantes del Observatorio riojano sobre drogas. De igual modo la formación es un objetivo de primero orden, tanto para colectivos de riesgo, como para agentes de prevención en diferentes medios como el sanitario, educativo y laboral.

Por último, señalar que también pondremos énfasis en el tema de la calidad y eficiencia de los programas de prevención especialmente.

### 6.- Plan de Salud de la Rioja 2015-2019

El plan de salud de la rioja es el documento de referencia en materia de salud pública de La Rioja. Como no puede ser de otro modo, este plan tiene como cometidos el cumplimiento de lo previsto en él en materia de alcohol, tabaco y otras drogas. En concreto los siguientes objetivos y acciones:

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN MATERIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

- Reducir un 5% el consumo de alcohol en la población.
- Reducir un 5% la prevalencia de borracheras y atracones de alcohol en la población de 14-18 años.
- Reducir un 5% la prevalencia de consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas.
- Incrementar la detección y derivación a los recursos apropiados a las personas dependientes del alcohol.

#### RECOMENDACIONES

- Elaborar, aprobar y poner en marcha la Estrategia de Alcohol y Menores de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la venta y el consumo de alcohol en menores de 18 años.
- Realizar actividades de sensibilización y de educación para la salud en el ámbito educativo, sanitario, comunitario y laboral.
- Desarrollo de actuaciones de prevención del consumo de alcohol en grupos vulnerables, principalmente en adolescentes, jóvenes, mujeres embarazadas y población social más desfavorecida.
- Detectar precozmente a los bebedores de riesgo y establecer sistemas de registro incluyendo la variable ex bebedor en el sistema sanitario.
- Informar en las consultas de Atención Primaria sobre el hábito del consumo de alcohol, sus consecuencias y procedimientos para la deshabitación (consejo breve y educación individual).
- Desarrollar actuaciones preventivas con hijos e hijas de familias con problemas de consumo de alcohol.
- Establecer un catálogo de recursos para la atención de personas dependientes del alcohol.
- Promover acuerdos y compromisos entre los diferentes ámbitos de actuación para potenciar estrategias de coordinación y cooperación.

#### INDICADORES

- Prevalencia del consumo de alcohol en población juvenil y adulta por edad y sexo. (ENSE, ESTUDES, EDADES...).
- Prevalencia de borracheras y atracones de alcohol en la población de 14-18 años. (ESTUDES).
- Porcentaje de bebedores de riesgo en la población de 16 y más años, por sexo (ENSE).
- Porcentaje de pacientes con problemas de alcohol derivados a otros recursos asistenciales (Unidades de Salud Mental y Asociaciones).

#### DROGAS

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir la prevalencia en el consumo de las distintas drogas ilegales entre la población de La Rioja, especialmente entre la población juvenil.
- Incrementar la detección y derivación a los recursos apropiados de las personas con problemas de adicción.

##### RECOMENDACIONES

- Elaborar, aprobar y poner en marcha el III Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.
- Realizar actividades de sensibilización y educación para la salud en torno al consumo de drogas.
- Desarrollar programas y actuaciones de prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo.
- Protocolizar la detección precoz, derivación y seguimiento de pacientes con consumo de drogas ilegales y otras conductas adictivas en Atención Primaria.

#### INDICADORES

- Prevalencia del consumo de las distintas drogas por edad y sexo. (EDADES, ESTUDES)
- Porcentaje de personas con problemas de adicción derivadas a los recursos apropiados.

Finalmente, después de diversas menciones a la prevención y el tratamiento de las adicciones al alcohol y el tabaco como causas y factores de riesgo de las diversas patologías, el Plan de Salud de La Rioja retoma con fuerza la “atención a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias ilegales”. Señala como objetivos, los siguientes:

##### OBJETIVO GENERAL

- Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastorno por abuso de alcohol y otras sustancias.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de alcohol y otras drogas, especialmente en ciertos colectivos.
- Instaurar procesos asistenciales para el abordaje de las adicciones

##### RECOMENDACIONES

- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento del alcoholismo, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la Atención Primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la patología dual, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la Atención Primaria, hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la adicción a drogas ilegales, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la Atención Primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.

- Establecer la utilización de herramientas de detección e intervención breve en los centros de salud.
- Incluir a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental con los recursos sociales y grupos de autoayuda, asociaciones de alcohólicos, asociaciones de ayuda a pacientes con problemas de drogadicción, comunidades terapéuticas de forma que se asegure la continuidad asistencial y de atención, de acuerdo con sus necesidades.

#### INDICADORES

- Existencia de protocolos orientados a la detección precoz, intervención temprana y asistencia integral en el abuso de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de dispositivos de atención a este colectivo.

Estos objetivos están en consonancia con los referidos en el plan de prevención de adicciones sobre la atención a los trastornos por sustancias psicotrópicas y adicciones comportamentales. En el Plan de Salud Mental queda reforzada esta línea de trabajo en adicciones del plan de salud.

Todas las recomendaciones contempladas aquí esta recogidas en las acciones previstas del plan de prevención de adicciones de La Rioja, por ello se va a trabajar en su cumplimiento. Aunque el periodo de vigencia del plan de salud es 2019 y el de adicciones continúa hasta el 2024, se realizara una evaluación en ese momento del estado de cumplimiento de los indicadores previstos.

#### 7.- III Plan de Salud Mental de La Rioja 2016-2020

La presentación de dicho documento menciona, en el punto 7 de sus conclusiones “Es preciso incluir las adicciones dentro del repertorio de prioridades de atención de las Unidades de Salud Mental, a la par que optimizar la atención a pacientes con trastornos adictivos a través del diseño y puesta en marcha de protocolos para el diagnóstico y tratamiento de la patología dual, la prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, así como de derivación para ingreso en centros de carácter residencial para el tratamiento de la deshabituación por consumo de alcohol y otras drogas. Del mismo modo, el tratamiento de menores con problemas de abuso y dependencia de drogas requerirá un abordaje específico”.

Entre los 17 objetivos generales del Plan figura “Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastorno por abuso de alcohol y otras conductas adictivas.” Y se proponen 7 líneas estratégicas, encontrándose referencias a las adicciones en la tercera línea, dedicada a la Asistencia a los Trastornos Mentales.

La Asistencia a los Trastornos relacionados con abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas ilegales, presenta un objetivo general: “Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con Trastorno por abuso de Alcohol y otras conductas adictivas” y dos objetivos específicos:

- Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de alcohol y conductas adictivas, especialmente en ciertos colectivos.
- Instaurar procesos asistenciales para el abordaje de las adicciones.

Con estos fines, define las siguientes recomendaciones:

- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento del alcoholismo, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la patología dual, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria, hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la adicción a drogas ilegales, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
- Establecer la utilización de herramientas de detección e intervención breve en los centros de salud.

- Incluir a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental con los recursos sociales y grupos de autoayuda, asociaciones de Alcohólicos, ARAD, Proyecto Hombre de forma que se asegure la continuidad asistencial y de atención, de acuerdo con sus necesidades.
- Derivar al trabajador/a social de salud a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas para incluir en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental.
- Establecer una batería de indicadores de rendimiento y satisfacción para usuarios y familiares.

Los indicadores correspondientes son los siguientes:

- Existencia de un plan asistencial integral para el tratamiento del alcoholismo, patología dual y conductas adictivas.
- Existencia de protocolos orientados a la detección precoz, intervención temprana y asistencia integral en el abuso de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de dispositivos de atención a este colectivo.
- Derivación a entidades colaboradoras ARAD, Proyecto Hombre.
- Informes de derivación bidireccional con colaboradores ARAD / Proyecto Hombre.
- Sesión conjunta con las entidades colaboradoras.

El plan de prevención de adicciones ha puesto énfasis en la prevención de las adicciones, de modo que salvo un objetivo referido a la atención de las adicciones, el resto son referidos a la prevención y otros objetivos de formación, calidad y sistemas de información. Sin embargo, se trabajó para que dentro del plan de salud mental actual tuviera un peso específico, como nunca hasta este momento, el tratamiento de las adicciones. Por ello, digamos que los objetivos previstos en él son asumidos por el plan de prevención de adicciones.

Solo haremos una consideración sobre la especificidad de los protocolos de atención a la patología dual que recoge el plan de salud mental como objetivo, y es que la atención dual, es algo intrínseco de los programas de tratamiento de las patologías de salud mental y la adicción porque, de hecho, ambos son parte de la salud mental. Por ello, no se hizo especial énfasis en el plan de prevención de adicciones a la protocolización de la patología dual.

Y por otro lado, en el plan de prevención de adicciones hemos querido poner énfasis en el problema de la equidad de la atención a los opiáceos especialmente, y los problemas de accesibilidad para mujer, inmigración y otros colectivos vulnerables, como mujeres que ejercen la prostitución y población transexual. Para ello se han introducido protocolizaciones específicas para reducir dichos problemas básicos de la atención a adicciones en la red pública.

Por último, hemos añadido una protocolización nueva referida a las adicciones sin sustancia, que constituyen un problema emergente de interés.

### **8.- Estrategia en materia de Infancia y Adolescencia del Gobierno de La Rioja 2018-2021**

En la nueva estrategia sectorial de infancia y adolescencia están contemplados objetivos operativos en materia de uso de sustancias potencialmente adictivas que se asumen desde este Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja. En concreto la citada estrategia señala:

Eje 1: Promover el desarrollo integral de los NNA (Niños, Niñas y Adolescentes)

Línea 1: Consolidar el acceso a los recursos de bienestar que garanticen el desarrollo integral de los NNA

Principales problemas identificados:

- 1) Existencia de pobreza infantil
- 2) Problemas de salud, principalmente relativos a obesidad infantil, trastornos, consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoadictivas.
- 3) Abandono temprano y fracaso escolar junto a la dificultad de acceso al mercado de trabajo
- 4) Ocio de riesgo o evasivo en adolescentes.

Propone el siguiente objetivo en materia de adicciones:

Reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas en los menores de 18 años.

Y las siguientes medidas para ello:

- Desarrollar programas de educación para la salud y prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas.
- Potenciar actividades de control, inspección y cumplimiento de la normativa vigente sobre tabaco, alcohol.
- Refuerzo de programas de ocio activo e intervención socioeducativa con menores

Los indicadores propuestos para ello son:

- Tasa de consumo en menores
- Cantidad total impuesta en sanciones en materia de tabaco (€)
- Denuncias por consumo o tenencia de drogas en la calle (número)
- Denuncias recibidas en materia de tabaco (número)
- Expedientes sancionadores abiertos en materia de tabaco (número)

#### **9.- Plan Integral de Inmigración de La Rioja**

En lo referido a migración, nos alineamos con los objetivos del plan de Inmigración, referidos a equidad en la atención y la accesibilidad a los programas de información y prevención, y a los recursos asistenciales del Sistema de salud de La Rioja. En este momento no está vigente el plan que finalizó en 2012, pero se asumen sus propuestas en la medida de que son válidas y alineadas en contenidos con el plan de prevención de adicciones: Objetivo 1 de salud: Garantizar la calidad y equidad de la atención sanitaria en la población inmigrante.

Meta vinculadas a la equidad y accesibilidad a los servicios sanitarios (se entiende que incluidos los de adicciones):

- Facilitar la formación de las y los profesionales sanitarios a través del programa docente de la Consejería.
- Mejorar la accesibilidad de la población inmigrante al sistema sanitario.
- Adaptar la información sanitaria a las diferentes lenguas y culturas de los países de origen.
- Garantizar en el Servicio Riojano de Salud, la intervención de mediación intercultural y de traducción, para atender las necesidades de los usuarios procedentes de otras culturas y con otros idiomas distintos al nuestro.
- Establecer protocolos de actuación en la población inmigrante, al objeto del diagnóstico precoz de las enfermedades importadas y mejorar la adherencia a los tratamientos.

#### **10.- IV Plan Integral de la Mujer 2011-2014. Diagnóstico de Género de la Comunidad Autónoma de La Rioja y nuevo Plan de Mujer de La Rioja**

El nuevo Plan de Prevención de adicciones va a contemplar la perspectiva de género como un eje fundamental del mismo. Por ello, es importante el alineamiento con los distintos planes o documentos elaborados en nuestra comunidad autónoma en relación con la Mujer.

En este caso, el IV Plan Integral de la Mujer 2011-2014 y el primer Diagnóstico de Género, realizado en la Comunidad Autónoma de La Rioja en 2017. Así mismo, se espera que en 2018 esté finalizado el nuevo Plan de Mujer de La Rioja.

Los objetivos del IV Plan Integral de la Mujer, que afectan al nuevo Plan de Prevención de Adicciones son:

- Potenciar la promoción de hábitos y estilos de vida saludables para actuar sobre los factores de riesgo de las patologías más frecuentes.
- Adecuar la respuesta del sistema sanitario adaptándola a las necesidades específicas de mujeres más desfavorecidas.
- Mejorar los Sistemas de información introduciendo la perspectiva de género y especificidades.
- Potenciar la investigación.

Las metas propuestas son:

- ▾ Potenciar los programas de prevención del consumo del tabaco.
- ▾ Favorecer el acceso de las mujeres reclusas a los programas de salud.
- ▾ Adaptación los recursos de salud dirigidos a mujeres inmigrantes.
- ▾ Potenciar la promoción de la salud y facilitar el acceso al sistema sanitario de las mujeres que ejercen la prostitución.
- ▾ Fomentar la realización de estudios de investigación epidemiológicos en servicios de salud en relación con la atención a la mujer.
- ▾ Establecer una línea prioritaria de investigación en relación con temas de la mujer en las convocatorias de ayudas que se realicen en el sector público de La Rioja.

### 3. Consideraciones normativas del Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018-2024

El plan que se presenta se mueve dentro de un conjunto de regulaciones europeas, estatales y autonómicas que delimitan el alcance de las acciones previstas en el Plan. Dichas regulaciones son de obligada observación por parte de la administraciones y entidades colaboradoras que van a trabajar en las acciones previstas.

Las más relevantes por su relación directa con Objetivos previstos en el Plan son:

#### **NORMATIVA EUROPEA**

1.- DIRECTIVA DEL CONSEJO de 3 de octubre de 1989 sobre la coordinación de determinadas disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva (89/552/CEE).

*En lo referido a la publicidad dirigida a menores en TV.*

2.- DIRECTIVA 92/83/CEE DEL CONSEJO de 19 de octubre de 1992 relativa a la armonización de las estructuras de los impuestos especiales sobre el alcohol y las bebidas alcohólicas.

*En lo referido a cargas impositivas sobre bebidas alcohólicas.*

3.- DIRECTIVA 2014/40/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 3 de abril de 2014 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE.

*En lo referido al tabaco presentación de advertencias sanitarias y empaquetado.*

#### **NORMATIVA ESTATAL**

1.- Real Decreto 1100/1978, de 21 de mayo, por el que se regula la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del estado.

*En lo referido a la publicidad de dichos productos.*

2.- Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el reglamento general de policía de espectáculos públicos y actividades recreativas.

*En lo referido al acceso de menores en establecimientos de restauración de venta de bebidas*

- 3.- Ley 34/1988, de 11 de noviembre de 1988, General de publicidad (BOE núm. 274, de 15-11-1988)  
*En lo referido a restricción de la venta y la publicidad de bebidas alcohólicas en medios y determinados lugares*
- 4.- Orden de 7 de noviembre de 1989, en la que se prohíbe la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas en los centros escolares públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia.  
*En lo referido a venta de alcohol en centros educativos.*
- 5.- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre seguridad ciudadana.  
*En lo referido a las limitaciones en la tenencia y el consumo de drogas ilegales.*
- 6.- Ley 22/1999, de 7 de junio, de modificación de la ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva 89/552/cee sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.  
*En lo referido a la trasposición de la directiva europea sobre la publicidad dirigida a menores en TV.*
- 7.- Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento general de circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por real decreto legislativo 339/1990, de 2 de marzo (BOE nº 306, de 23 de diciembre).  
*En lo referido a las limitaciones del consumo de alcohol y la conducción.*
- 8.- Ley 29/2009, de 30 de diciembre, por la que se modifica el régimen legal de la competencia desleal y de la publicidad para la mejora de la protección de los consumidores y usuarios.  
*En lo referido a restricciones en la publicidad de bebidas alcohólicas.*
- 9.- Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual.  
*En lo referido a restricciones en la publicidad de bebidas alcohólicas.*
- 10.- Ley 12/2012, de 26 de diciembre, de medidas urgentes de liberalización del comercio y de determinados servicios  
*En lo referido a la modificación de la Ley general de publicidad.*
- 11.- Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. (BOE 138).  
*En lo referido a la modificación de la ley general de publicidad en lo referido a bebidas alcohólicas.*
- 12.- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.  
*En lo referido a regulación de publicidad y patrocinio, venta y consumo, del tabaco y otras medidas sanitarias.*
- 13.- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.  
*En lo referido a modificaciones en cuanto a lugares de consumo de tabaco.*
- 14.- Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.  
*En lo referido a publicidad de productos con pretendidos efectos psicoactivos, aplicable a bebidas energéticas y otros.*
- 15.- Ley 24/2003, de 10 de julio, de la Viña y del Vino (BOE 165).  
*En lo referido a campañas de información, difusión y promoción del vino, financiadas con fondos públicos estatales.*

16.- Real Decreto-ley 17/2017, de 17 de noviembre, por el que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, para transponer la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014.

*En lo referido a trasposición de la directiva europea sobre empaquetado y advertencias sanitarias.*

**NORMATIVA AUTONÓMICA**

1.- Ley 5/2001, de 17 de octubre, de Drogodependencias y otras Adicciones.

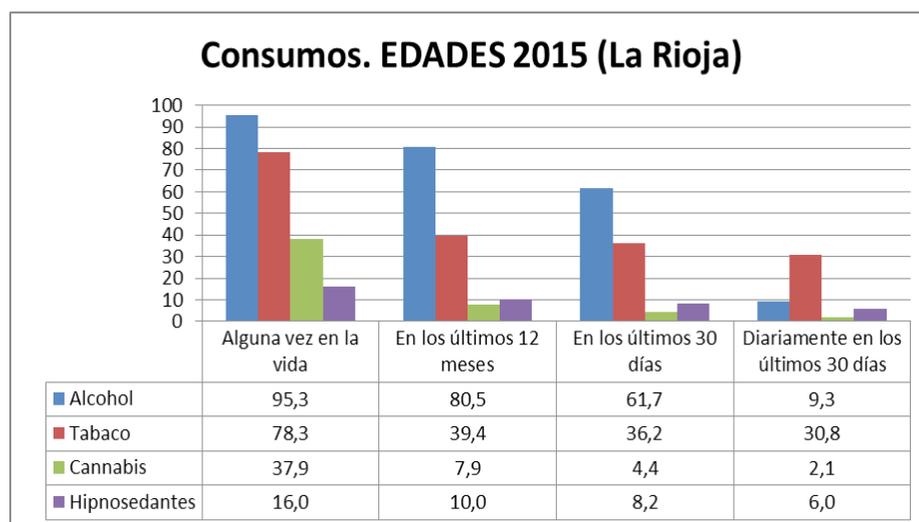
2.- Ley 4/2000, de 25 de octubre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas.

3.- Decreto 54/2006, de 15 de septiembre, por el que se establecen las medidas preventivas del tabaquismo y se regula la señalización referida a la venta y suministro de productos del tabaco, prohibición o no de fumar y sobre los perjuicios para la salud que se pueden derivar de su uso.

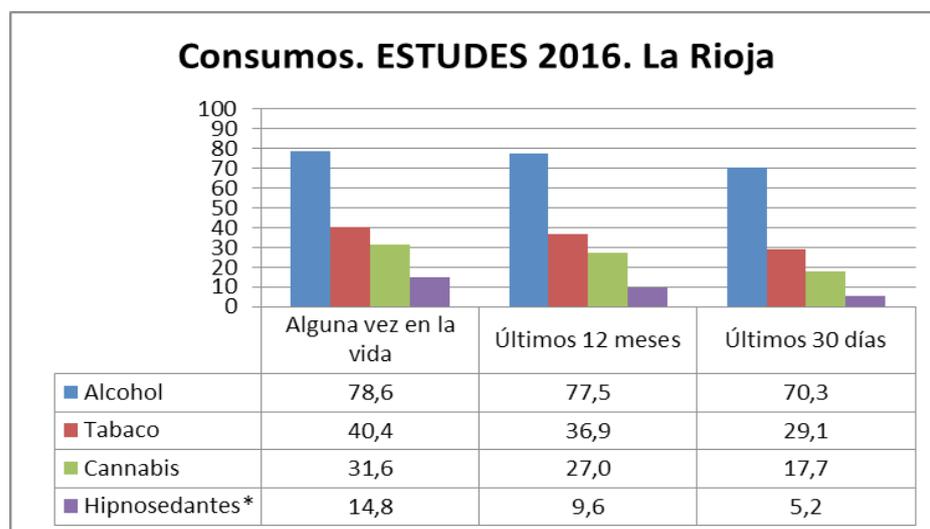
## 4. Síntesis de situación actual

El panorama general de los consumos de drogas en La Rioja está caracterizado por la presencia que tienen el alcohol, el tabaco, los derivados del cánnabis y los hipnosedantes entre la población de la Comunidad. Aproximadamente el 95%, 78%, 38% y 16% de la población de entre 15 y 64 años habría consumido alguna vez en su vida estas sustancias, respectivamente y el 62%, 36%, 4% y 8% lo hizo en al menos una ocasión en los últimos 30 días. Los consumos de otras drogas ilícitas, distintas al cánnabis, a pesar de su relevante impacto sanitario y social, tienen una presencia marcadamente minoritaria.

**Prevalencias de consumo de las principales drogas en población general (15-64 años). La Rioja, EDADES 2015 (%).**



Respecto a los más jóvenes, los datos de la encuesta **ESTUDES 2016 (La Rioja)** muestran cómo, a pesar de su edad, los escolares de 14 a 18 años declaran frecuencias de consumos cercanas a los adultos, o incluso los superan (consumo de alcohol en el último mes, y consumos de cánnabis en los últimos 12 meses y últimos 30 días).



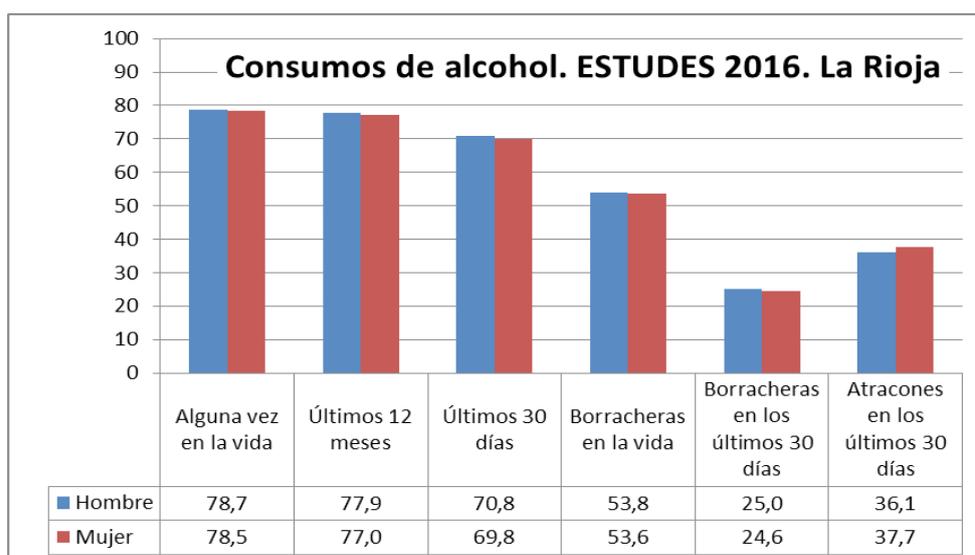
## Consumo de alcohol

El alcohol es la droga de mayor consumo entre la población riojana, considerando todos los plazos temporales excepto el consumo diario.

La encuesta en población general informa de un consumo de alcohol un 10 % superior en hombres con respecto a las mujeres. La importancia relativa del dato de consumo diario (18% frente a 5,5%) indicaría que los hombres beben a diario 3 veces más que las mujeres.

En La Rioja, aproximadamente 1/3 de los hombres y 1/2 de las mujeres de 15-34 años se ha emborrachado en el último año; 1/10 de ambos en el último mes.

Respecto a los escolares de 14 a 18 años, ESTUDES 2016 muestra una gran similitud de los datos en función del género. Los consumos de prueba están generalizados (cerca del 80% de los escolares ha probado el alcohol). En los últimos 30 días, 7 de cada 10 han tomado bebidas alcohólicas, 1 de cada 3 ha consumido en atracón y 1 de cada 4 se ha emborrachado. Esta diferencia entre la frecuencia de borracheras y de atracones evidencia bien una percepción distorsionada de la realidad y de los riesgos que conlleva, bien el desarrollo de una tolerancia a la sustancia.



España. Resultados de 25 indicadores en 8 categorías

Siendo ilegal la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, llama la atención que, según la misma encuesta, cerca de la mitad de los menores han consumido alcohol en bares y un tercio en discotecas.

Los porcentajes de adolescentes que beben y la frecuencia con la que lo hacen permanecen relativamente **estables** en los últimos 20 años.

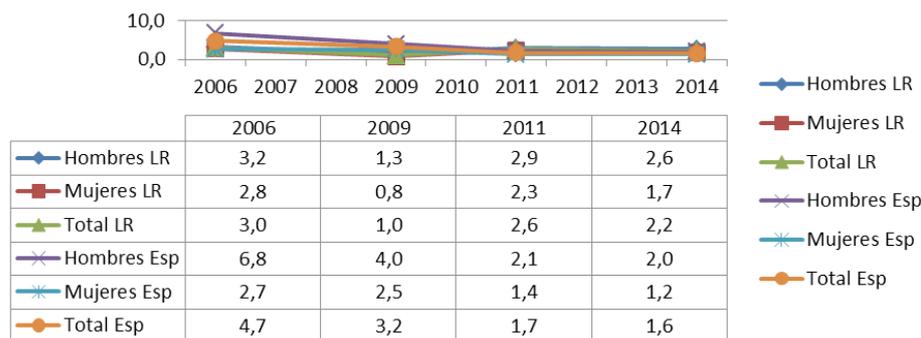
### Bebedores de riesgo

Se considera bebedor (en adultos) de riesgo a la persona cuyo su consumo medio diario de alcohol puro supera el equivalente a 40 g/día para el caso del hombre y 20 g/día para el caso de la mujer. El equivalente en gramos de alcohol se obtiene a partir de la cantidad y de la graduación media de cada tipo de bebida.

En La Rioja, la variabilidad de la curva impone cierta prudencia sobre su interpretación. Los datos a nivel **nacional** indican una bajada importante en 8 años, desde valores más altos que los riojanos (en hombres), hasta una situación actual de consumo ligeramente menor al riojano.

En todo caso, el **consumo problemático** es más frecuente en **varones** que en mujeres.

## Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol (INCLASNS)



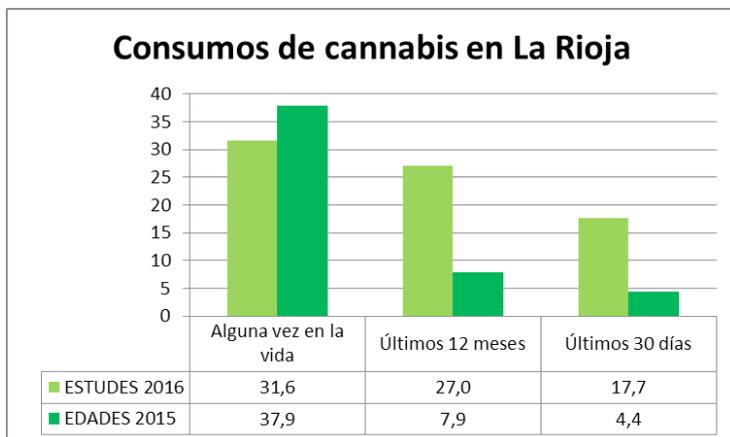
Fuente: Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud (ENS 2014)

## Consumo de cánnabis

A pesar de su carácter ilícito, los derivados del cánnabis (hachís y marihuana) tienen una importante presencia en la sociedad española y riojana. Su consumo es más frecuente entre jóvenes y desciende a medida que aumenta la edad de las personas encuestadas.

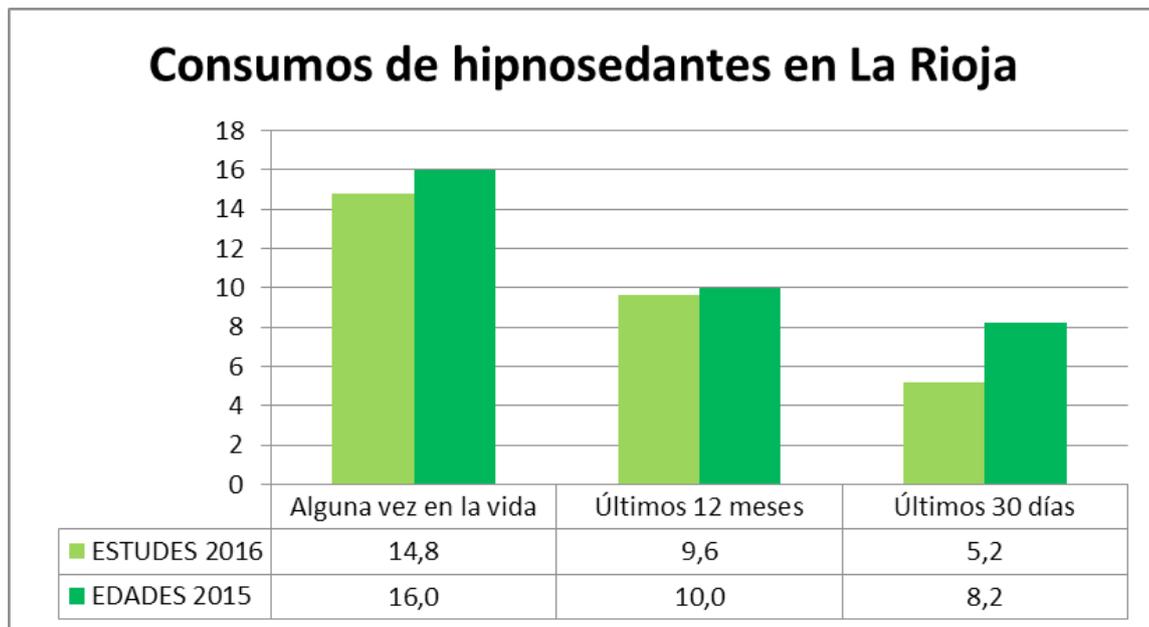
En cuanto al género, los **hombres** quintuplican los consumos de las mujeres en el último mes (7,5% frente al 1,3% - EDADES 2015), mientras que esa diferencia se reduce drásticamente entre los escolares (19,7% frente al 15,7% - ESTUDES 2016). El 89% de los consumidores lo mezclan con tabaco.

Después de un aumento de consumos que culminó a mediados de la década 2000-2010, la **tendencia** es relativamente **estable**.



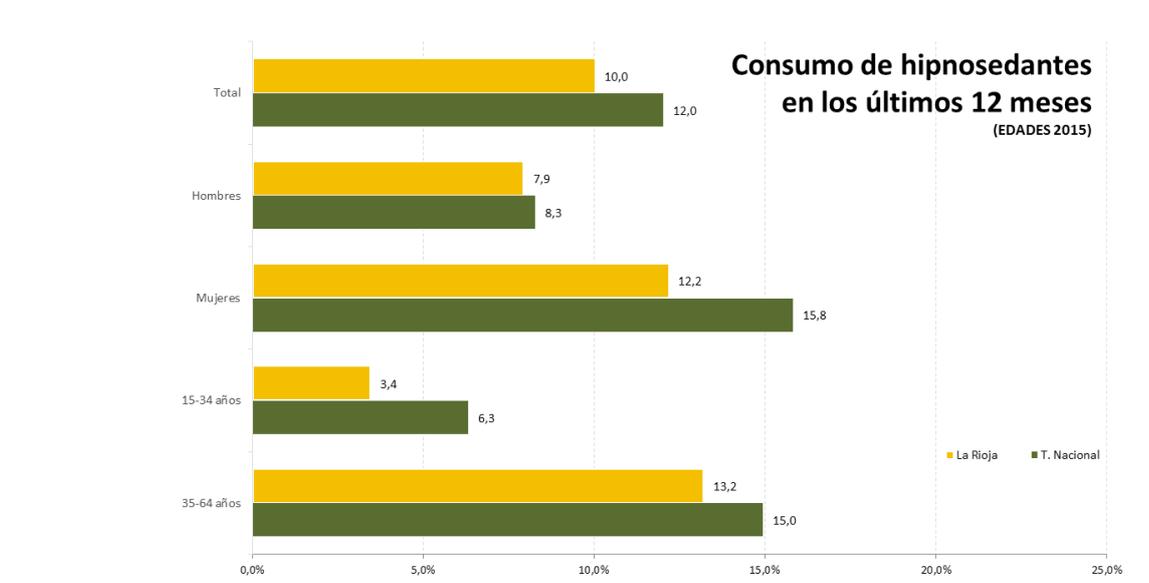
## Consumo de hipnosedantes

Durante la vigencia del anterior Plan de Adicciones, los hipnosedantes se han convertido en la tercera sustancia más consumida a diario, triplicando el consumo de cannabis (6% de la población riojana lo han consumido todos los días en el último mes, con o sin receta, según EDADES 2015).

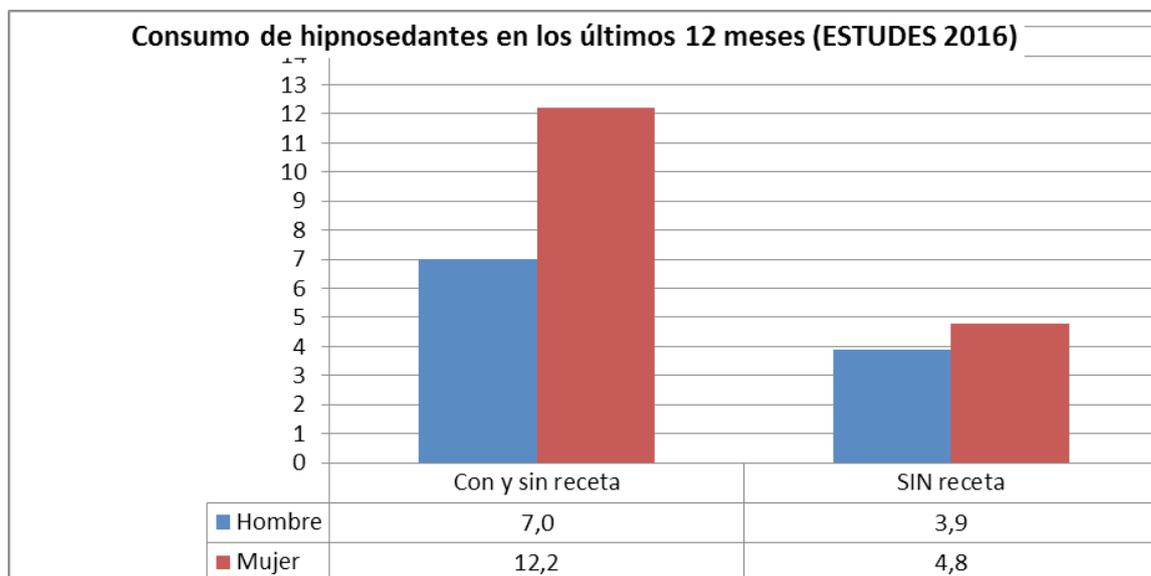


Este consumo se da en mayor medida entre **mujeres** (por ejemplo en un 12,2% frente a un 7,9% en hombres en los últimos 12 meses, en La Rioja) y en población de **mayor edad** (prácticamente una ratio de 1 a 4 entre los grupos de edad de 15-34 años y 35-64 años), aunque esta última afirmación debe ser matizada por la encuesta a población escolar.

### Consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses (EDADES 2015)



ESTUDES 2016, entrega prevalencias de consumos en los últimos 12 meses que no solamente confirman cifras muy superiores en mujeres (tanto en el consumo con receta como en el consumo sin prescripción médica), sino que sitúa a la población escolar de 14 a 18 años en cifras que superan el grupo de edad de 15 a 34 años de EDADES 2015.



El **uso problemático de hipnosedantes** (puntuación igual o superior a 2 según el DSM para un consumo en los últimos 12 meses) se observa en un 2,5% de la población general (de 15 a 64 años), y un 21% de las personas que los han consumido en los últimos 12 meses (EDADES 2015, España). Las encuestas EDADES no acceden a la **población mayor de 65 años**, población que es la principal consumidora de estos productos, y particularmente las mujeres.

## Bebidas energéticas

El 43,5% de la población escolar de 14 a 18 años ha consumido las llamadas “bebidas energéticas” en los últimos 30 días (ESTUDES 2016). Por género, los **chicos** las consumen en mayor frecuencia (53,9%) que las chicas (32,2%).

Desde los mismos 14 años, un 39,4% de las personas encuestadas las han consumido en los últimos 30 días, hecho que evidencia un inicio muy precoz, anterior a la etapa cubierta por la encuesta ESTUDES.

Se trata de un consumo bastante **normalizado y consolidado**.

La **mezcla de estas bebidas con alcohol** se dispara a los 15 años (24,2% de consumos en los últimos 30 días) y alcanza un 30,3% a los 18 años.

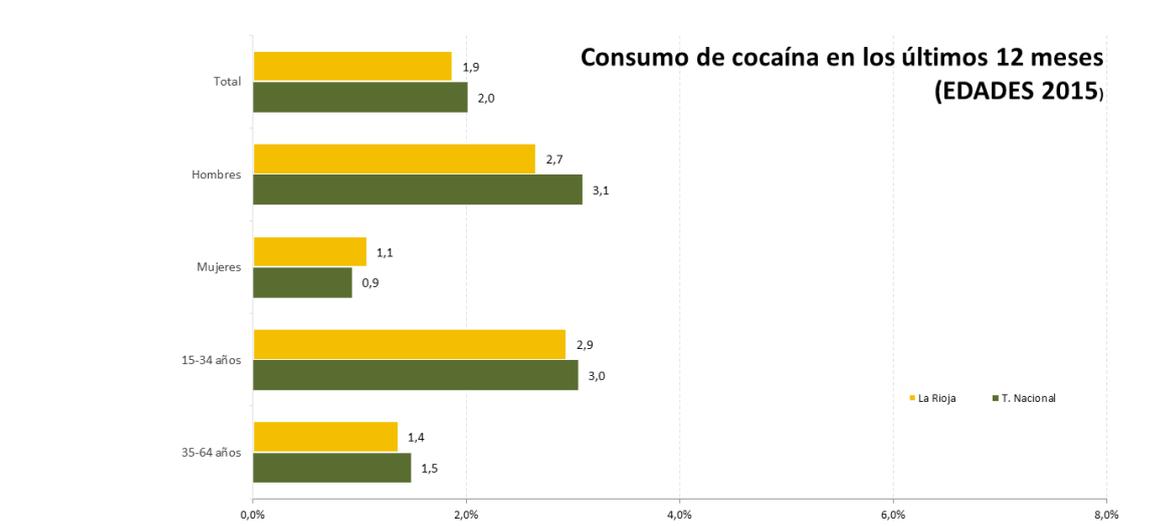
## Cocaína

El consumo de cocaína en el último año es mayor entre **hombres** y entre **jóvenes**.

Con un error muestral de 3,6% en EDADES 2015 para La Rioja, los datos -que en ningún caso alcanzan esta cifra- se deben considerar de manera orientativa y sin pretensión de representatividad. En todo caso, apuntan al patrón habitual de las sustancias ilegales: las consumen principalmente hombres, de edades relativamente jóvenes.

A nivel nacional, los consumos en el último mes y año muestran una tendencia a la baja, aunque en el 2015 aumentan el número de nuevos consumidores.

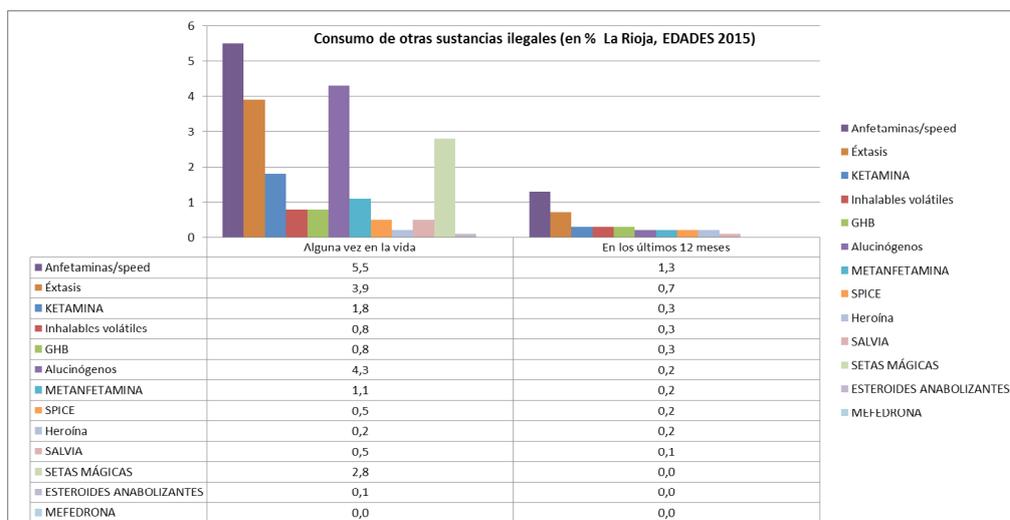
Los decomisos al alza y análisis de aguas residuales en diversos puntos de Europa apuntan a un posible aumento de este mercado, a pesar de que aún no aparece reflejado en las encuestas.



## Consumo de otras drogas ilícitas

Estos consumos presentan una prevalencia minoritaria “en los últimos 12 meses” (muy inferior al error muestral para La Rioja de EADDES 2015, que es del 3,6%), aunque su impacto en la salud de los consumidores y su repercusión en el sistema sanitario pueden ser elevados (Ver atención sanitaria en programas de metadona, por ejemplo).

Los consumidores de estas sustancias son mayoritariamente hombres y jóvenes (entre 15 y 34 años). Las tendencias son estables respecto a la **heroína**, y tienden a la baja en **anfetaminas**, **éxtasis** e **inhalables**. Las demás sustancias reseñadas en la tabla siguiente, han sido objeto de una pregunta en la misma encuesta. Alguna de estas denominadas “**nuevas sustancias**” ha sido probada alguna vez en la vida por un 5,6% de la población riojana de 15 a 64 años.



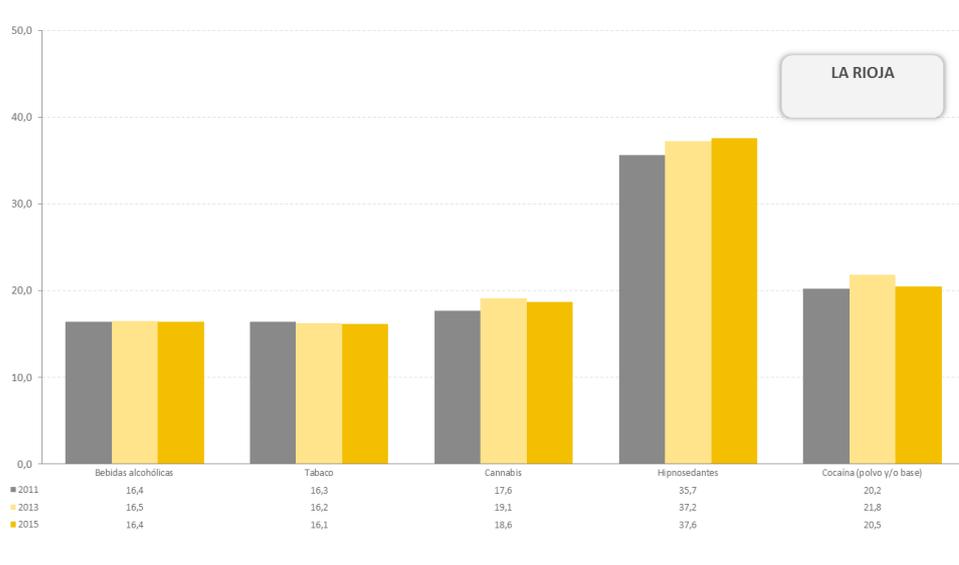
## Policonsumo

En el último año, las personas que han consumido alguna sustancia lo han hecho en su mayoría consumiendo una sola (46,2%) o dos sustancias simultáneamente (30,6%). El 8,2% de los encuestados ha referido haber consumido simultáneamente 3 sustancias, y el 1,8% 4 o más sustancias.

Desde una perspectiva de género, la proporción de mujeres abstemias (17,3%) es doble de la de hombres (9,3%), y que hay entre ellas una tendencia algo menor a simultanear los consumos de diferentes sustancias.

### Edades de inicio de los consumos

Las últimas encuestas en población general EDADES 2015 no muestran grandes evoluciones en la edad de inicio de consumo.



La etapa de la adolescencia es el momento paradigmático para las actuaciones de prevención de consumos, excepto respecto a los hipnosedantes, que tienen edades de inicio mucho más extendidas.

Respecto al **alcohol**, ESTUDES 2016 muestra estabilidad en la edad media de inicio de consumo, que permanece por debajo de los 14 años (13,8 años). La primera borrachera entre personas que consumen alcohol se sitúa de media a los 14,6 años. El consumo semanal se establece a los 15,1 años de media.

El **tabaco** tiene una edad media de inicio de consumo en 14,2 años. El consumo diario aparece menos de medio año después, a los 14,6 años.

El **cannabis** se empieza a consumir sobre los 14,8 años, sin tendencias reseñables en los últimos 20 años.

Los **hipnosedantes** prescritos por el médico son consumidos desde los 13,8 años de media, y 14,1 sin receta médica.

## Disponibilidad percibida

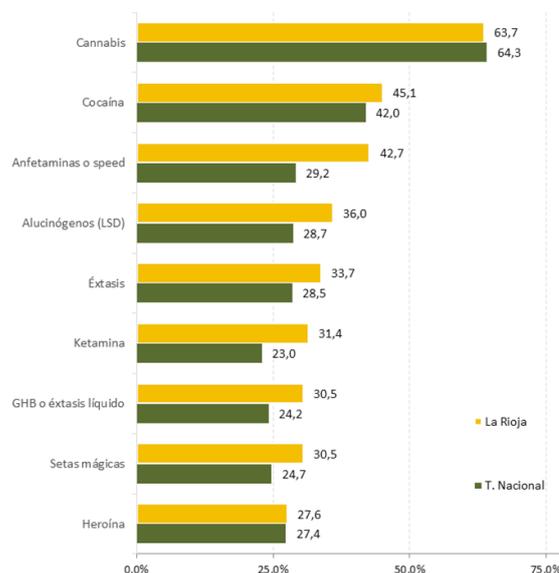
En **La Rioja** se da una percepción de mayor facilidad que en España para conseguir varias sustancias: anfetaminas/speed (diferencia del 13,5%), y en menor medida para alucinógenos, ketamina, GHB o setas. 3 de cada 10 riojanos consideran fácil conseguir las en 24 horas.

**Percepción de disponibilidad de drogas ilegales (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años (%) España-La Rioja, EDADES 2015.**

El alcohol y el tabaco son, con diferencia, las sustancias más accesibles para los estudiantes de 14 a 18 años de La Rioja, en concreto, más del 94% de ellos no aprecia ninguna dificultad para conseguirlas (ESTUDES 2016). Estas cifras ponen de manifiesto que las sustancias de comercio legal se perciben totalmente al alcance de los estudiantes que quieran adquirirlas, cuando no deberían ser accesibles para menores de 18 años.

El cannabis y los hipnosedantes también son percibidos como fácilmente disponibles, concretamente, el 76,7% de los jóvenes de 14 a 18 años riojanos consideran que no tendría grandes dificultades para conseguir cannabis (65,9% a nivel nacional), y el 48,5% opina lo mismo respecto de conseguir tranquilizantes, sedantes o somníferos.

Para el resto de las sustancias analizadas, la disponibilidad disminuye considerablemente, y varía entre el máximo observado del 35,6% para la cocaína en polvo, hasta el mínimo del 12,9% para el GHB.



## Percepción de riesgos

**Definición** de la percepción de riesgo: porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas.

La percepción de riesgo es **alta** (superior al 90%) cuando hablamos de:

- Fumar un paquete de tabaco diario
- Beber 5-6 cañas o copas a diario
- Consumir tranquilizantes, sedantes o somníferos a diario o casi a diario
- Consumir una vez al mes o menos alguna de las siguientes sustancias: heroína, GHB, alucinógenos, cocaína y éxtasis.

Más de la mitad de los encuestados considera que consumir 5-6 cañas o copas el fin de semana **no** puede producir bastantes o muchos problemas. Es la percepción de riesgos más baja de todos los ítems de EDADES 2015.

El **cannabis** es percibido de forma matizada: su consumo una vez a la semana o más tiene una percepción de riesgo relativamente alta (86,2%), mientras que baja hasta el 63,8% para un consumo de una vez al mes o menos.

No hay diferencias reseñables entre **La Rioja y España** (en todo caso, inferiores al 7%)

**Perspectiva de género:** no hay grandes diferencias (inferiores al 10%), excepto en la percepción de riesgo por un consumo esporádico de **cannabis**, donde son un 17,3% más las mujeres que opinan que este consumo puede producir bastantes o muchos problemas.

De la misma manera que los adultos, los **adolescentes** ven el **alcohol** como la sustancia menos peligrosa. Su percepción de riesgo disminuye desde los 14 a los 18, al igual que se generalizan los consumos.

Desde 2010 se considera el tabaco más peligroso que el cannabis. Sin embargo, el riesgo percibido en consumos habituales de cannabis es mayor entre las mujeres.

# Conclusiones generales sobre factores asociados al consumo de drogas entre los jóvenes riojanos

## 1. Contacto precoz con las drogas

El contacto de las y los adolescentes riojanos con las drogas se produce, en general, en edades tempranas, especialmente en el caso del tabaco y el alcohol, que les resultan más accesibles.

## 2. Bajo nivel de riesgo percibido y alto nivel de aceptación del consumo de drogas

En general existe un bajo nivel de riesgo asociado al consumo de las diferentes drogas por parte de los estudiantes y adultos. La banalización de los efectos derivados del consumo ocasional y habitual de gran parte de las drogas incrementa el riesgo de uso de estas sustancias. Alcohol y cannabis son las dos sustancias cuyos efectos perjudiciales son más infravalorados.

## 3. Elevada disponibilidad o accesibilidad de las drogas

Conseguir alcohol y tabaco no parece revestir ninguna dificultad para los adolescentes. En cuanto a las drogas ilegales, existe en La Rioja una percepción de mayor facilidad para conseguirlas que en el resto de España.

## 4. Uso de vías inadecuadas para obtener información sobre las drogas y sus efectos

Aunque la mayoría de adolescentes se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados a su consumo, las vías de información utilizadas no son siempre las más adecuadas (amistades, familia, medios de comunicación, redes sociales, etc.)

## 5. Consumo de drogas en el grupo de iguales

El consumo de diferentes drogas en el grupo de iguales facilita la accesibilidad a las sustancias y provoca que los miembros del grupo que no consumen drogas reciban mayores presiones por parte de los consumidores para que imiten esta conducta, como una forma de reforzar la integración grupal.

## 6. Actividades de ocio y tiempo libre

La práctica semanal de **deporte** resulta semejante entre el alumnado que ha consumido alcohol o no, escenario que se repite respecto al consumo de cannabis. Puede ayudar a prevenir conductas perjudiciales para la salud o fomentarlas igualmente. Más que el deporte en sí, importan probablemente la filosofía que se transmite y las condiciones ambientales previas o posteriores a los momentos de práctica deportiva propiamente dichos. Jugar a los **videojuegos**, **leer** libros como entretenimiento y tener **hobbies** se relaciona con consumos algo menores.

## 7. Consumo y entorno familiar

Los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas:

- ▾ Disfrutan en menor medida de una buena **relación** con los padres.
- ▾ Dicen percibir **afecto** de sus padres en menor proporción.
- ▾ Manifiestan una menor **percepción de control** por parte de los padres (en términos de normas y de conocimiento de las compañías de sus hijos o de los lugares que frecuentan) frente a los no consumidores.

Por otra parte, el consumo por parte de los progenitores, está relacionado con mayores consumos en los hijos.

## 8. Permisividad familiar frente al consumo de drogas

Al igual que en ediciones anteriores, ESTUDES 2016 evidencia que el alumnado que afirma haber consumido tabaco, cannabis, alcohol o haberse emborrachado, presenta menor porcentaje de control paterno (siempre o casi siempre) que aquellos que no han consumido, así como una mayor tolerancia paterna hacia los consumos. Podemos observar ese mismo comportamiento para el control sobre la compañía y sobre el lugar cuando el alumno sale por las noches.

Otro factor relacionado con los consumos reside en la calidad de la relación con los padres, y concretamente en la presencia o no de un fuerte conflicto o discusión.

La frecuencia de las salidas nocturnas, el retraso de la hora de vuelta a casa y la disponibilidad de dinero son variables del ámbito de la supervisión parental que se relacionan también con mayores consumos.

A la inversa, a menores consumos, se observa un mayor ajuste y rendimiento académico.

## 9. Insatisfacción personal

Factores de tipo personal, como la baja autoestima, el estrés o la insatisfacción personal, que incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes frente los consumos de drogas, tienen una destacada presencia entre los estudiantes de Enseñanzas Medias de La Rioja.

## Síntesis de los datos principales sobre consumo y uso de drogas y adicciones

El **alcohol** es una sustancia omnipresente y su consumo está normalizado en adultos y adolescentes. A la par, la percepción de riesgo para esta sustancia es muy baja, en clara contradicción con los costes sanitarios, sociales e individuales de su consumo.

3 de cada 10 personas **fuman** a diario, dato relativamente estable entre adultos, y en descenso entre adolescentes (menos de 1 de cada 10 alumno de entre 14 y 18 años declara fumar a diario). Al igual que en el caso del alcohol, la edad de inicio se sitúa en la adolescencia temprana (13,8 años para el alcohol y 14,2 años para el tabaco según ESTUDES 2016).

Los **hipnosedantes** han protagonizado un fuerte aumento de consumos en la última década, especialmente entre las mujeres, incremento que parece estar ralentizándose. Entre adolescentes, el consumo sin receta se ha equiparado al consumo con receta médica.

El consumo de **cannabis** sube ligeramente respecto la anterior encuesta EDADES, y la percepción de riesgo por consumirlo es relativamente baja. Los estudiantes (14 a 18 años) afirman consumirlo con mayor frecuencia que la población general (15 a 64 años) en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. La encuesta EDADES 2015 da cuenta de consumos de cannabis inferiores en La Rioja respecto a la media nacional.

La **cocaína** presenta una tendencia a la baja entre la población general (0,9% la han consumido en el último mes - EDADES 2015), aunque sin volver a las cifras anteriores al año 2000, y con una incorporación de nuevos consumidores en aumento. Se vuelve a observar como los jóvenes admiten un consumo más elevado que los adultos.

La **heroína** sigue siendo una sustancia de consumo minoritario (0,1% de las personas encuestadas refieren haberla consumida en el último mes o en el último año - EDADES 2015), pero la vía de la encuesta domiciliaria puede dejar de detectar una proporción importante de esta población. A nivel nacional, otros indicadores como el número de admisiones a tratamiento y el número de episodios de urgencias relacionados con heroína muestran una tendencia a la baja.

**Alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, inhalables volátiles:** se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos, con cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas para la mayoría de las sustancias.

Las **bebidas energéticas** son consumidas habitualmente por los adolescentes, incluso desde edades anteriores a la encuesta ESTUDES. La mitad de los varones de los chicos de 14 a 18 años las han consumido en el último mes, así como un tercio de las chicas (ESTUDES 2016 La Rioja). Su relación con el consumo posterior de estimulantes ha sido puesta en evidencia.

Desde la **perspectiva de género**, los consumos de alcohol y el tabaco entre mujeres y hombres jóvenes tienden a reducir sus diferencias históricas. Los hipnosedantes son consumidos en mayor medida por mujeres, mientras que las sustancias ilegales son mayormente consumidas por hombres. Los hombres demandan mayor atención sanitaria por el abuso de drogas. Esta incidencia se debe al mayor número de hombres que abusan de las sustancias, pero en alguna medida también al estigma social que pesa sobre las mujeres adictas: los adictos se consideran enfermos, mientras que las adictas son vistas como mujeres moralmente censurables por faltar a su deber de cuidadoras.

Respecto a **internet**, se constata una prevalencia de personas cuyo uso interfiere con su desempeño cotidiano, particularmente entre la juventud.

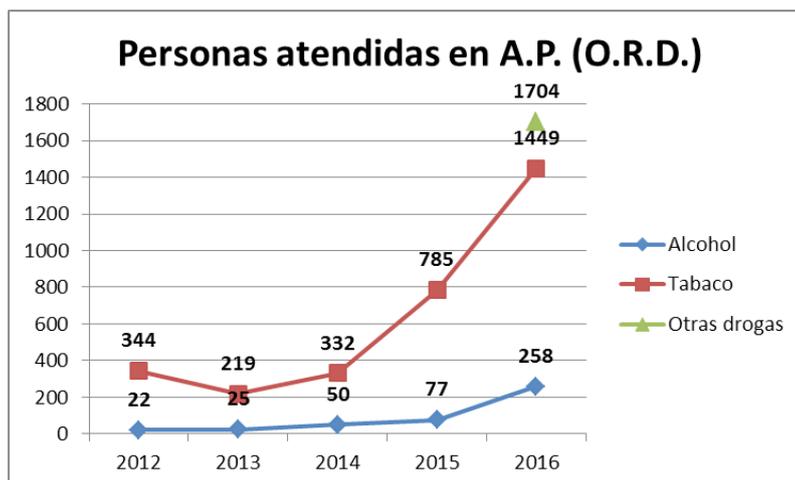
El **trastorno por juego** se presenta en todas las edades y entornos sociales. Se aprecia un crecimiento en las apuestas deportivas (particularmente adictivas), y la modalidad de juego online (sostenida por la población más joven). Es de destacar el bajo acceso a tratamiento por parte de las personas que lo sufren.

## 5. Impacto del uso de sustancias psicoactivas en La Rioja

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas tiene un impacto muy negativo sobre la salud, incrementando de forma notable la morbilidad y mortalidad de los consumidores. El abuso de drogas se asocia a numerosos episodios de ingresos hospitalarios, urgencias sanitarias y enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis tipo A, B y C, tuberculosis, etc.), configurándose como una de las primeras causas de muerte entre los grupos juveniles. Tiene también repercusiones muy negativas de carácter social, en ámbitos como el familiar (violencia de género, violencia intrafamiliar, rupturas familiares, etc.), escolar (fracaso escolar, absentismo, etc.), laboral (bajas laborales, accidentes, despidos, etc.) y jurídico-legal (agresiones, robos, homicidios, tráfico de drogas, etc.).

### Consultas generadas en Atención Primaria de Salud

Desde que se dispone de estos datos en el Observatorio Riojano sobre Drogas, constatamos una curva ascendente en el número de consultas generadas por consumo, uso o abuso de sustancias en Atención Primaria. Dada la importancia de las "otras drogas", sería interesante desglosar esta cifra por sustancias. El tabaco genera 5 veces más consultas que el alcohol.



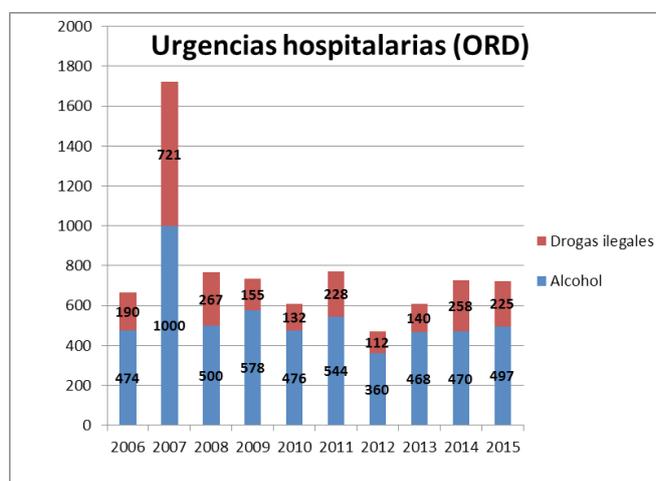
### Morbilidad y mortalidad hospitalaria

Según los últimos datos disponibles del Observatorio Riojano sobre Drogas, en el 2015 en la Comunidad se registraron 541 muertes por enfermedades atribuibles al consumo de **tabaco** (371 varones y 170 mujeres), así como 122 muertes por enfermedades atribuibles al consumo de **alcohol** (84 varones y 38 mujeres). Según el mismo Observatorio, en el 2012 se han contabilizado **13.980 altas hospitalarias** por patologías relacionadas con el consumo de tabaco en La Rioja.

En el 2012 se registraron **12.689 altas hospitalarias** por enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol. Entre 2011 y 2015, 12 personas (11 hombres y 1 mujer) fallecieron **por reacción aguda al consumo de drogas** (Observatorio Riojanos sobre drogas).

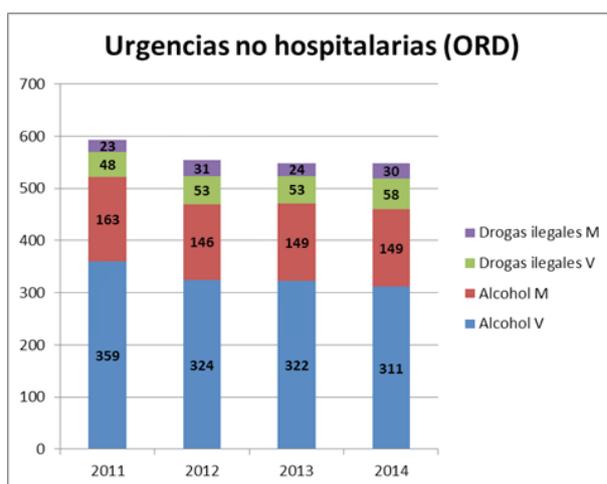
### Urgencias como causa principal es el consumo de drogas

Los datos sobre **urgencias hospitalarias** disponibles en el ORD (número de urgencias hospitalarias relacionadas directamente con el consumo no médico de las sustancias psicoactivas, motivadas por la búsqueda de efectos psíquicos o por la existencia de dependencia, en el año, en La Rioja).



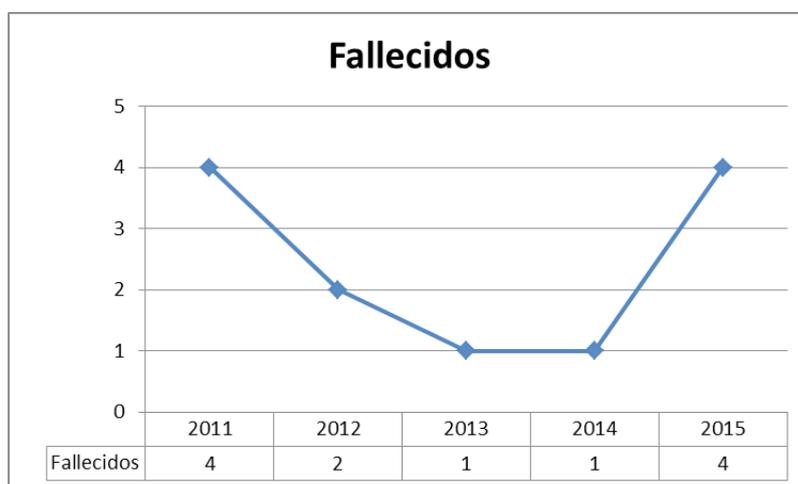
Se mantiene estable en el tiempo, las urgencias en alcohol o otras drogas. Si es verdad que ha habido dificultades en el registro para valora el numero absoluto, la tendencia si es valorable.

El número de intervenciones de **urgencias no hospitalarias** por parte del 061 relacionadas con la sustancia (alcohol u otras drogas ilegales), motivadas por la búsqueda de efectos psíquicos o por la existencia de dependencia (ORD), vuelve a apuntar al alcohol como el mayor responsable de atenciones generadas, cifra que va bajando paulatinamente en los últimos años. El **alcohol** genera 4 veces más atenciones de este tipo que las drogas ilegales, y los **hombres** generan el doble de atenciones que las mujeres.



#### Alcohol, otras drogas y conducción

**12 conductores con tasas positivas de alcohol han fallecido** en accidentes de tráfico en La Rioja **entre 2011 y 2015**.



En el mismo periodo, 3 **conductores fallecidos** dieron positivo por consumo de cannabis, y 8 **peatones** fallecieron en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de drogas (7 mujeres y 1 hombre) (Observatorio Riojano sobre Drogas).

El 3,1% de los estudiantes afirma haber **conducido un vehículo de motor** bajo los efectos del alcohol en el último año y un 2,8% haber sufrido un **accidente** en estas condiciones. El 17,2% ha viajado como **pasajero** en un vehículo conducido por una persona bajo dichos efectos. Estos datos vienen mejorando desde el 2006. ESTUDES (España. 2014)

En el caso del cannabis, un 2% ha conducido bajo sus efectos y un 9% ha ido como pasajero/a con alguien que lo ha consumido. En ambos casos, son mayoritariamente hombres.

En su **memoria del ejercicio 2015, la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de La Rioja** reseña los siguientes datos.

Respecto a la **vía administrativa**, las pruebas de alcoholemia practicadas por la Guardia Civil de Tráfico y de-

nunciadas por vía judicial ascienden a un total de 132 causas:

- ▼ 33 atestados por accidentes.
- ▼ 38 atestados por infracción a la Ley Tráfico.
- ▼ 61 atestados por controles preventivos.

Se han realizado en 2015 63.051 pruebas de alcoholemia. Han dado positivo un total de 653 (el 1,04% positivos). Este dato invierte la tendencia descendente de los últimos 14 años, desde el año 2000 con un 6,15 % de positivos entre las 16.287 pruebas realizadas, hasta el año 2014 con un 0,88% de positivos entre las 76.717 pruebas realizadas. Se concluye que debe seguirse trabajando en “tolerancia cero alcohol o drogas al volante”. En cuanto a las pruebas de “drogotest” para la detección de drogas en el año 2015. Según los datos aportados por la Guardia Civil de Tráfico, se han practicado un total de 468 pruebas, con 191 positivos (en el 2014, se habían practicado 210 pruebas, con 116 positivos).

Los positivos reflejan un notable poli-consumo, encabezado por el cannabis: cannabis: 138; anfetaminas: 90; metanfetamina: 30; cocaína: 19; opiáceos: 2.

En 2014 el desglose por sustancias mostraba un perfil muy diferente, con 68 positivos por cocaína, 60 por THC, 16 por metanfetamina y 4 por opiáceos.

La Policía Local de Logroño informa que ha realizado un total de 111 pruebas de drogas en el 2015, 109 por la vía administrativa y 5 por la vía penal.

El total de **causas incoadas en 2015 por Delitos contra la Seguridad Vial** ha sido de 577, cifra en aumento frente al dato de 2014 (512 causas) y de 2013 (474).

Los **delitos al art.379.2 por conducir bajo influencia de alcohol o con tasa superior a 0.60 MG/L o bajo influencia de las drogas** han sido de 353 en 2015. Este dato prolonga la tendencia descendente de los años anteriores (394 causas incoadas en 2014, 465 en 2013 y 2012, 578 en el 2011).

Respecto al **Delito de Negativa a las pruebas** del art.383, constan 5 causas, frente a 1 causa incoada del 2014 o a las 18 causas del 2013.

### Consumos, comportamientos de riesgo sexual, peleas, violencias de género, violencia intrafamiliar y rendimiento académico

El **45,8%** de los estudiantes que afirman haberse emborrachado en el último mes reconoce haber sido **incapaz de recordar lo sucedido** la noche anterior tras haber salido algún día del último año. ESTUDES 2014, España.

El **10,2%** del alumnado que se ha emborrachado en el último mes admite haber mantenido **relaciones sexuales de las que se ha arrepentido** al día siguiente, proporción **3,5** veces superior a la registrada entre los estudiantes que no se han emborrachado. Asimismo, reconocen haber tenido relaciones sexuales sin preservativo el **23,9%** del alumnado que se emborrachó en el último mes (frente al **7,8%** registrado entre aquellos que no se emborracharon).

El **34,2%** de los estudiantes que han participado en una **pelea** en los últimos 12 meses reconoce un consumo de alcohol en las dos horas anteriores al incidente (**14,1%** para el cannabis).

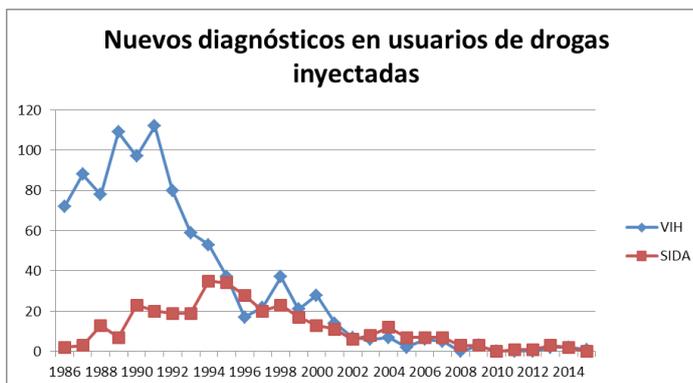
En general, aquellos que consumen sustancias psicoactivas muestran **peores resultados en el ámbito escolar** (en términos de notas, repetición de curso, expulsiones del centro o dificultad de concentración en el colegio). ESTUDES (España. 2014)

En su memoria 2016, la Fiscalía de La Rioja relacionó la **violencia de género** con el abuso de drogas en un 49,3% de y con el alcoholismo en un 50,7% alcoholismo en los expedientes abiertos.

Asimismo, en la mitad (50,8%) de los casos de violencia intrafamiliar se ha detectado abuso de drogas.

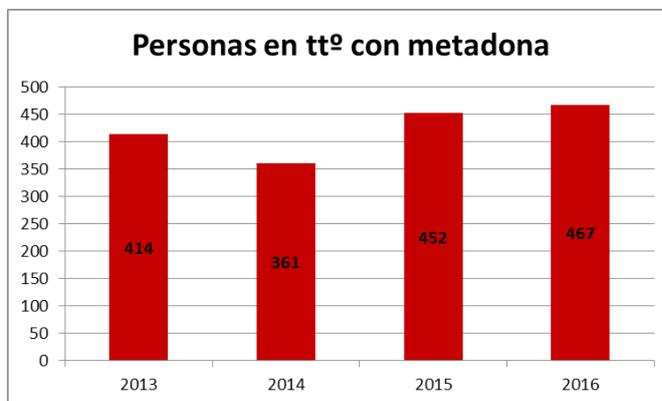
### VIH/SIDA en usuarios de drogas por vía inyectada

Desde el 2010 hasta el 2015 se han diagnosticado 5 nuevos casos de VIH y 7 de SIDA en usuarios de drogas por vía inyectada (Observatorio Riojano sobre Drogas). Estos datos contrastan con los valores alcanzados 25 años atrás.



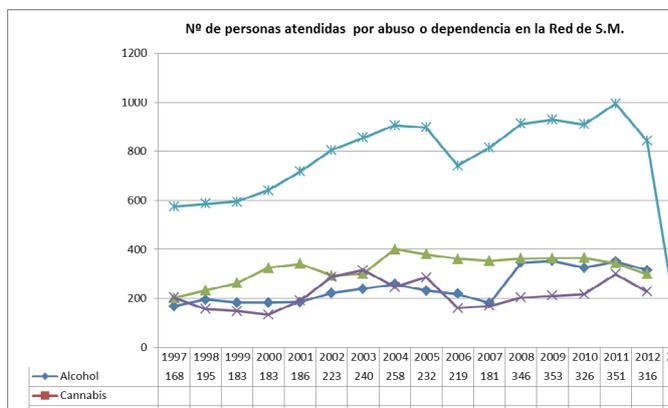
### Impacto del consumo de alcohol y drogas en consultas del Sistema de Salud mental

El registro de personas en **tratamiento de mantenimiento con metadona** en La Rioja refleja cerca de 500 pacientes en el 2016 (Observatorio Riojano sobre Drogas).



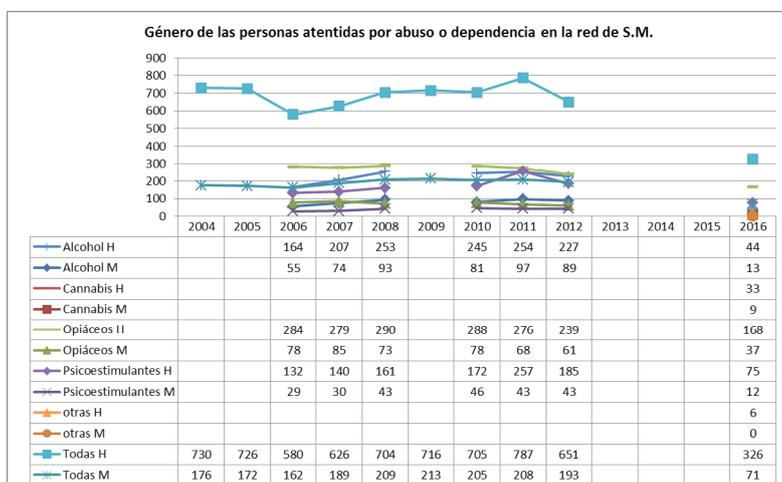
Otro indicador, el número de personas que **inician** tratamiento con metadona, se sitúa en 119 en el 2015 y 46 en el 2016. Una mayor perspectiva temporal ayudará a interpretar la gran variación de esta cifra, pero se puede hablar de una tendencia estabilizada en los últimos años.

Según los datos del ORD, el número de **personas atendidas en la Red de Salud Mental** por abuso o dependencia a las drogas presenta unas curvas dominadas por las atenciones relativas a opiáceos y alcohol. Sin embargo, se constata bastante variabilidad, y un corte importante en la notificación de estos datos después del año 2012. Pero se puede valorar el peso de los trastornos por alcohol y drogas en Salud Mental.



Los varones son 3,6 veces más presentes que las mujeres en las consultas de salud mental debido a sus consumos (ORD). Desglosando por sustancia, la ratio media es la siguiente:

- Para el alcohol: 2,8 hombres por 1 mujer
- Para el cannabis: 3,7 hombres por 1 mujer
- Para los opiáceos: 3,8 hombres por 1 mujer
- Para los psicoestimulantes: 4,6 hombres por 1 mujer
- Para otras adicciones: 6 hombres, ninguna mujer



## 6. Adicciones sin sustancia

### 6.1. Uso problemático de Internet

Según los datos riojanos de ESTUDES 2016, el uso de internet como alternativa de ocio está totalmente generalizado entre los alumnos de 14 a 18 años con independencia del género o de la edad de los estudiantes, de forma diaria 6 de cada 10 escucha o descarga música, ve o descarga vídeos musicales, películas, series, etc., 5 de cada 6 utiliza redes y más de un 91% utiliza WhatsApp, Email, MSN.

El tiempo medio dedicado a escuchar o descargar música, ver películas, series, etc., en un 31,4% de los casos es alrededor de 1 hora al día. El uso de redes sociales, para el 34,0% de los jóvenes ocupa 4 horas al día o más. Y utilizar mensajería como Whatsapp, email o MSN para algo menos de la mitad de ellos (41,9%) también supone emplear 4 horas o más al día. Se entiende que estos usos pueden ser simultáneos.

La importancia creciente y oculta sobre la adicción al sexo por internet esta puesta en evidencia en cada vez más estudios a nivel estatal (ver referencias en Objetivo 5), y merece una consideración dentro del plan. Hay usuarios de internet que tienen un perfil de riesgo o un uso patológico de este comportamiento adictivo. Entre jóvenes de 18 y 25 años, el 9% está en posición de riesgo y el 0,3% sufre la patología. Si se desdoblamos estas cifras por sexos, los hombres son más usuarios que las mujeres. El uso de riesgo en la mujer apenas alcanzan el 2%, en los hombres el porcentaje sube hasta el 20%.

En menores de 13 a 17 años, por el acceso fácil a internet, se apunta a un uso de riesgo de hasta un 10% con repercusiones en salud mental y sexual significativas. Se señala la necesidad de programas de sensibilización y aumento de la percepción del riesgo. Especialmente lo referido a los riesgos de contraer el VIH y otras ETS, embarazos no deseados, y otros.

### 6.2. Trastornos por juego de azar

Según EDADES 2015, un 41% de los riojanos han jugado dinero fuera de internet en los últimos 12 meses. El 2,6% declara jugar 2 o más veces a la semana. El 1,5%, 4 o más veces a la semana. Los datos referentes al juego en internet entregan cifras insignificantes.

Según ESTUDES 2016, el juego fuera de internet tiene frecuencias algo más elevadas que el juego en internet, pero en ambos casos las frecuencias son pequeñas comparadas con el resto de actividades de ocio. El 2% de los estudiantes han jugado dinero en internet y menos del 5% fuera de internet. Este tipo de juegos es más popular entre los varones y podría decirse que aumenta a medida que se incrementa la edad.

De media, cuando han realizado esta actividad le han dedicado media hora al día o menos, en concreto, lo afirma un 11,2% de los que jugaron dinero fuera de internet y un 4,1% de los que lo hicieron dentro de internet.

Resumiendo, una pequeña proporción de adultos declaran jugar dinero fuera de internet en una frecuencia alta, hecho del que no se tiene constancia a través de internet. Los escolares, a pesar de ser menores de edad, también juegan, incluso con frecuencias superiores a las de los adultos. Resulta llamativa la existencia de un pequeño grupo de adolescentes que sí declara jugar con frecuencia a través de internet, hecho que no se ha observado en la población general. Según los mismos encuestados, pudieron entrar en las páginas de juego porque no se les pidió identificarse (3,5%), porque usaron la identidad de un adulto real (2%) o ficticio (0,8%). Un 1% declara haber gastado más de 300€ al mes en juegos de dinero en internet.

En su memoria de actividades del 2016, la **Asociación Riojana de Jugadores de Azar** en Rehabilitación indica haber atendido a 36 personas: 34 hombres y 2 mujeres; de las que 14 personas tenían entre 20 y 29 años, la década de edades más representada, con una tendencia a la baja en los últimos años.

Por tipo de juego, las máquinas tragaperras seguían siendo las más problemáticas (20 personas atendidas), aunque las apuestas deportivas aumentaron fuertemente (19 personas atendidas).

El juego online fue motivo de atención en 9 personas.

Respecto a otras conductas adictivas, 22 personas eran fumadoras, 3 consumían alcohol, 3 cannabis, 3 speed/

cocaína, y 10 no consumían drogas.  
Las ocupaciones mayoritarias eran: operarios (22) y estudiantes (4).

El entorno familiar de los usuarios ha recibido atención en prácticamente todos los casos, con el fin de restablecer su estabilidad emocional, y de conseguir su ayuda en la intervención.

La asociación denuncia el carácter particularmente adictivo de las **apuestas deportivas**, muy por encima de otros juegos. Atienden a jóvenes con un nivel de adicción importante, que han accedido con facilidad a “mini créditos” usurpando la identidad de sus progenitores.

## 7. Actuaciones desarrolladas en cumplimiento del Plan Riojano de drogodependencias y otras adicciones

En documento separado, Anexo 1, se pueden encontrar las actuaciones más relevantes realizadas durante la vigencia del plan anterior sobre drogas. Aporta una perspectiva de logros conseguidos y donde se ha puesto realmente énfasis en estos años, que nos ha permitido avanzar mucho en la prevención de las adicciones.

Destacan las actuaciones en el ámbito local a través de los convenios y la orden de subvención para programas de prevención, las acciones en el medio escolar, laboral y familiar, en los años de vigencia del Plan anterior.

## 8. Evaluación del Plan anterior

La evaluación de las actividades realizadas desde cualquier ámbito, forma parte de las bases de elaboración de cualquier Plan. Por ello, evaluamos el Plan anterior, con la finalidad de extraer conclusiones objetivas que nos orienten en la mejora del futuro plan, tanto por lo que se ha logrado como por sus carencias. Tal y como ha sido formulado dicho Plan sólo es posible hacer una valoración de las acciones propuestas por no estar especificados indicadores en muchos casos, ni un seguimiento sistematizado. En la medida de lo posible se han realizado valoraciones de porcentaje de cumplimiento de objetivos. Por ello, los resultados en general son bastante limitados, al no haberse establecido las responsabilidades de acción de otras administraciones o departamentos de la administración.

Destacan los altos cumplimiento de objetivos en prevención comunitaria, escolar, sobre grupos de riesgo y en el ámbito municipal. El medio laboral ha tenido una acción más limitada, aunque se cumplieron objetivos de base muy importantes, si bien faltó cubrir otras acciones. Destacar los logros en vigilancia con el Observatorio riojano sobre drogas.

Con fines de agilidad del Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018-2024, el documento de la evaluación se ha incorporado en un Anexo 2.

## 9. Principios rectores del Plan y ejes de actuación

### A. ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN TODAS LAS POLÍTICAS

Las adicciones son un problema de Salud Pública vinculado al autocuidado de la salud individual y colectiva. Como cuestión de salud pública, las actuaciones en el ámbito de las adicciones están alineadas con las contenidas en el Plan de Salud de La Rioja 2015-2019, así como con el III Plan de Salud Mental de La Rioja 2016-2010.

Así mismo, asumen en todas las políticas el paradigma de Salud, basado en la acción intersectorial en todos los niveles de la Administración para generar políticas efectivas y sostenibles que contribuyan al logro de un máximo nivel de salud y bienestar de la población.

Desde ese punto de vista, el Plan de Prevención de Adicciones tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud entre los que destacan los factores ambientales que influyen en la toma de decisiones sobre el uso de drogas y adicciones.

Por ello, plantea actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, poniendo énfasis en las acciones individuales y colectivas, muy especialmente, en actuaciones orientadas a crear entornos saludables e influir en factores estructurales de orden social, económico y político.

### B. INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD PÚBLICA

El Plan de Prevención de las Adicciones contempla la perspectiva de género en todo su proceso de elaboración y acción.

Integrar la perspectiva de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. El objetivo fundamental es lograr la equidad de género.

La incorporación de la perspectiva de género en las adicciones desde la salud pública implica abordar la influencia de los factores biológicos, sociales y culturales en los recursos sanitarios para mejorar la eficiencia, cobertura y equidad en los programas.

Así, la adopción de esta perspectiva en el ámbito de las adicciones, implica por ejemplo, el análisis de los datos que apuntan a un aumento de conductas de riesgo por parte de las jóvenes en el consumo de alcohol, tendiendo a equipararse al de los chicos.

Sería necesario por tanto, reforzar los factores de protección en las mujeres para recobrar el empoderamiento en el autocuidado de la salud.

Partiendo de los principios de equidad y accesibilidad en relación a la prevención y los recursos de atención, se deben tener en cuenta en primer lugar las diferencias fisiológicas y psicológicas entre hombres y mujeres y el análisis de los consumos de ambos en relación a las diferentes sustancias, así como las motivaciones que les mueven a consumir. En el caso de las chicas, los motivos del acercamiento a los consumos masculinos.

Indagar en las causas del elevado índice de consumo de hipnosedantes entre la población femenina en todas las edades.

Y contemplar la puesta en marcha de programas sensibles al género para que las mujeres superen los posibles obstáculos de acceso a los tratamientos.

Para ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adicciones teniendo en cuenta las diferentes condiciones y necesidades de mujeres y hombres.

## C. VISIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES

Dado su carácter transversal, el fenómeno de las adicciones debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar e integral. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la prevención y asistencia a las personas con problemas de adicciones, en igualdad de condiciones respecto al resto del sistema sanitario.

Así mismo, la promoción de la salud y la prevención de las adicciones para colectivos vulnerables constituye un área de actuación prioritaria.

El Plan de Prevención de Adicciones, como instrumento estratégico de planificación, marca las prioridades en materia de adicciones, establece los ámbitos de actuación y facilita la puesta en marcha de mecanismos que faciliten la participación social y la coordinación de acciones.

Se definen unos ejes transversales al Plan: la participación activa de la sociedad en la implantación y las medidas correctoras a integrar; la perspectiva de género con carácter transversal y la consideración de la diversidad en sus propuestas.

Todo ello, a través de indicadores de resultados en salud como fin último de las acciones del plan, para mejorar la calidad de vida de las mujeres y hombres a quienes se dirige.

## D. COLABORACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

La estrategia de participación y colaboración social es uno de los pilares de acción del Plan.

Se pretende que la sociedad esté representada a través de las ONGs, Empresas, Sector Privado, Instituciones y Administraciones, para contribuir a la construcción de una política de salud pública en materia de adicciones consensuada para afrontar los retos que se planteen.

En este sentido, la administración local cumple un papel fundamental debido a su cercanía al ciudadano, impulsando y promoviendo la participación de la sociedad civil y empresas de su entorno, favoreciendo un efecto de “bola de nieve” que facilite el cumplimiento de los objetivos de este plan.”

Este documento trata de establecer un plan vivo y dinámico en el que se puedan introducir mejoras, tanto en objetivos como en acciones, a medida que se vayan evaluando las estrategias previstas en el mismo.

## E. ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y NUEVAS PROBLEMÁTICAS

El presente Plan aborda también distintas problemáticas y comportamientos generados por el fenómeno de las adicciones.

Se trata de comportamientos que pueden generar patrones adictivos similares a los generados por las sustancias. Hablamos del juego patológico, con especial atención a las apuestas online entre el público joven. Así mismo, de comportamientos adictivos respecto a nuevas realidades sociales como las nuevas tecnologías, cuyo uso indebido o abusivo comporta un riesgo individual y social.

## F. ATENCIÓN ESPECIAL A LA DIVERSIDAD Y LA VULNERABILIDAD

El plan trata de ser equilibrado mediante el planteamiento de objetivos que atiendan la diversidad y vulnerabilidad social de determinados colectivos, tanto en la prevención como en la atención a las adicciones.

La vulnerabilidad viene determinada por contextos, creencias y estructuras de las relaciones sociales que configuran colectivos con mayor riesgo de exclusión en el acceso a la salud pública y la prevención.

Por otra parte, la edad, el género, el nivel educativo, la disponibilidad económica o las las situaciones que propician un estrés continuado, condicionan una mayor desprotección ante el consumo de productos legales como el tabaco, el alcohol, los juegos de azar o de otras drogas ilegales.

Por todo ello, el Plan de prevención de Adicciones prioriza la protección de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos.

## G. DERECHOS HUMANOS, UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD

El Informe Mundial sobre las Drogas 2016 puso un especial énfasis en la importancia de situar la política de drogas en sintonía con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las iniciativas de desarrollo global más generales. El informe destaca la necesidad de reducir las desigualdades, garantizar la salud y conseguir la igualdad de género. El informe subraya que, para que las políticas de drogas apoyen el cumplimiento de los ODS, deben estar en plena consonancia con los derechos humanos internacionales, basarse en pruebas empíricas e incorporar la perspectiva de género, poniendo un especial acento en el derecho a la salud de las personas, en especial, a las más vulnerables.

Por todo ello, la aplicación de los ODS en salud pública referido a las adicciones, implica garantizar a todos los usuarios del sistema de salud de La Rioja la accesibilidad a la prevención y el tratamiento a todos los niveles, por lo que el Plan se cimenta en los principios de universalidad y equidad.

El principio de universalidad implica el acceso universal a los recursos de prevención y promoción de la salud, protección y asistencia.

El principio de equidad busca que todas las personas tengan las mismas oportunidades para enfrentar el fenómeno de las adicciones, independientemente de sus condiciones personales o sociales.

Se inspira para ello en el concepto de universalismo proporcional; las actuaciones en materia de adicciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a las necesidades y los recursos disponibles.

# 10. Líneas estratégicas del Plan

**1.** Promover entornos sociales, normativas y comunicación social, protectores contra el uso y abuso de alcohol y otras drogas y productos adictivos, mediante acciones dirigidas a minimizar o eliminar los factores de riesgos ambientales y del individuo que favorecen la aparición y el mantenimiento de dichos comportamientos.

**2.** Reforzar la centralidad del valor salud en relación al uso y consumo de drogas y otros productos potencialmente adictivos, mediante el empoderamiento individual y comunitario; entendido como el proceso por el cual individuos, comunidades y organizaciones adquieren capacidades para la defensa de su propia salud y contra las amenazas hacia su calidad de vida.

3. Situar la estrategia basada en la participación y colaboración entre todos los agentes implicados (sociedad civil, empresas y administraciones en todos sus niveles) en el centro de la gestión de la prevención de las adicciones.
4. Fortalecer la estrategia de prevención universal como herramienta básica de aumento de la percepción social de los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y productos adictivos.
5. Reforzar la prevención selectiva e indicada en grupos de riesgo para la minimización de daños por el uso de drogas y otras adicciones.
6. Considerar el alcohol como sustancia prioritaria de las actuaciones para incidir en todos los sectores sociales y ámbitos de actuación, sobre su impacto social y sanitario.
7. Mantener una acción constante contra el tabaco mediante la prevención, acciones de protección contra la exposición al humo del tabaco, y facilitar el acceso a los tratamientos.
8. Mejorar la atención sanitaria de las adicciones garantizando la accesibilidad y equidad respecto de otras patologías de salud mental.
9. Potenciar la formación de todos los colectivos y ámbitos de actuación de interés en las adicciones, en especial en el medio laboral, sanitario y educativo.
10. Priorizar la mejora del sistema de indicadores del Observatorio Riojano sobre Drogas, mediante la dinamización de la red de informantes del sistema, la introducción de nuevos indicadores así como investigación y estudios cualitativos y cuantitativos con muestras y estudios tanto en la rioja alta, como centro y rioja baja, que analicen las características y diferencias propias del territorio.
11. Incorporar la perspectiva de género, la transculturalidad y la diversidad en los objetivos y acciones formativas e investigadoras, así como en las acciones preventivas y asistenciales.
12. Introducir criterios de calidad y eficiencia en la realización de programas y actividades objeto del Plan. Trasladar de manera efectiva la evidencia disponible a la práctica y trabajar por resultados en salud haciendo de los afectados y su calidad de vida el eje del plan.

## 11. ¿Qué nos proponemos hacer?

### OBJETIVO GENERAL 1

**Revisar y actualizar la normativa autonómica vigente reguladora de alcohol, juegos de azar y otros productos adictivos.**

#### **JUSTIFICACIÓN**

La normativa regional sobre drogas, en concreto la ley de drogodependencias y otras adicciones es de 2001, está aún pendiente de desarrollar en aspectos de coordinación, y participación de la misma, así como lo referido a la constitución del Observatorio riojano sobre drogas y sus funciones.

#### **ACCIONES**

Realizar una revisión de la normativa en materia de drogas y otras adicciones, y generar una propuesta de desarrollo de la misma.

#### **INDICADORES DE PROCESO**

Constituir un grupo de revisión de la normativa vigente, y redacción de la nueva propuesta de desarrollo de la Ley de drogas para final del 2018.

Aprobación de los desarrollos reglamentarios oportunos de la Ley de drogas, para el primer semestre de 2019.

## OBJETIVO GENERAL 2

**Impulsar una estrategia de coordinación, colaboración y participación de la sociedad civil, empresas y administraciones estatal, autonómica y local, a lo largo de las distintas fases de elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Prevención de las Adicciones.**

### **JUSTIFICACIÓN**

La implementación de los Planes de drogodependencias y otras adicciones anteriores han adolecido de un funcionamiento coordinado y participado de la sociedad civil y las empresas, lo que ha generado dificultades de implementación de las medidas preventivas, además de funcionar con un Plan inconexo con las necesidades sociales. A esto se une la falta de desarrollo reglamentario de los órganos de participación de los órganos previstos en la Ley de drogodependencias y otras adicciones de 2001.

Desde otra perspectiva, la Oficina de Información sobre drogas actúa como referente para la información sobre adicciones en La Rioja, pero necesita apoyarse desde ella esta estrategia de participación y colaboración, de modo que adquiera una dinámica proactiva y de empoderamiento de la sociedad civil, empresas y profesionales y otros colectivos de interés en la prevención.

### **ACCIONES**

Elaboración de una estrategia de participación de la sociedad civil y las empresas en materia de prevención de adicciones, en colaboración con la administración local.

Ampliar los cometidos de la Oficina de Información sobre drogas para que sea operativa en la dinamización de la participación de la sociedad civil, empresas y profesionales.

### **INDICADORES DE PROCESO**

Existencia en el plazo de un año y medio del documento de la Estrategia de participación en materia de prevención de las adicciones.

Nuevos cometidos de la Oficina de Información sobre drogas.

Incremento de un 100% de las acciones de participación y colaboración según registros de la OID (Oficina de Información sobre Drogas)

Elevada satisfacción con la iniciativa de los agentes implicados en la participación y colaboración.

## OBJETIVO GENERAL 3

**Aplicar la perspectiva de género de manera transversal en todas las acciones y fases del Plan de Prevención de Adicciones.**

### **JUSTIFICACIÓN**

La ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, establece en su artículo 20, que los poderes públicos deberán incluir la perspectiva de género en todos sus planes y proyectos, al objeto de hacer efectiva la igualdad entre mujeres y hombres. Aplicar la perspectiva de género en el plan de prevención de adicciones de La Rioja requiere analizar cómo afectan estas, de manera diferenciada a mujeres y hombres, a fin de atender estas diferencias y darles respuestas específicas.

La Rioja se encuentra clasificada dentro de las políticas de TIPO I, que son aquellas que no incluyen la perspectiva de género en sus planes de drogas, por lo que en este nuevo Plan de Prevención de Adicciones, su inclusión es prioritaria.

Según las últimas encuestas de consumo, las sustancias y vías de consumo arrojan datos diferentes para mujeres y hombres, atribuibles a cuestión de género. Hombres y mujeres somos educados de manera diferente a través de los procesos de socialización que tienen como principal instrumento los mensajes de género. Estos nos atraviesan e influyen en nuestras ideas, sentimientos, acciones y actitudes, manifestándose de forma diferencial en mujeres y hombres.

La disponibilidad de datos desagregados por sexos en relación al consumo y abuso de drogas en España es cada vez mayor. Sin embargo, este es sólo un primer paso dentro de la incorporación de la perspectiva de género. No sólo interesa saber que los hombres consumen más drogas o que las mujeres consumen más hipnosedantes, sino por qué ocurre y qué papel juegan los condicionantes de género en estas diferencias. También es diferente el uso que hacen de la red de recursos asistenciales ambos sexos.

Por un lado, las cifras de personas en tratamiento, muestran una cierta desigualdad entre sexos en el acceso a los recursos de asistencia a las adicciones. Este hecho puede obedecer a un menor número de mujeres adictas, pero también a una inadecuada adaptación de estos recursos a las necesidades y especificidades de las mujeres. Por otro lado, las mujeres que acceden a estos, lo hacen en peor situación que los hombres, según la opinión mayoritaria del personal técnico al frente de ellos.

Así, nos encontramos con barreras para las mujeres a la hora de acceder a los mismos o utilizarlos; bien porque no están adaptados a sus necesidades, bien porque conlleva una mayor penalización social. La mujer adicta genera un mayor rechazo y aislamiento social, lo que dificulta el reconocimiento de su adicción y su tratamiento.

### **ACCIONES**

Diseñar y poner en marcha una planificación estratégica que aplique la perspectiva de género a todos los niveles (marco teórico, objetivos, actuaciones, participación, evaluación...) del Plan.

Constituir un grupo de trabajo para la elaboración, seguimiento y evaluación de ésta.

### **INDICADORES DE PROCESO**

Constitución del Grupo de trabajo para la elaboración del Proyecto de aplicación de la perspectiva de Género, su seguimiento y evaluación, para el octubre de 2018.

Elaboración para finales de 2018 del documento que articule la aplicación de este Proyecto en el nuevo Plan de Prevención de adicciones.

Incrementar para el 2021 en un 70% las acciones que contemplen la aplicación de la perspectiva de género, respecto a la línea base de la OID.

Para 2021, mejora significativa en la ratio de primeras consultas que se realicen en Atención Primaria o a través de Entidades y ONGs, en mujeres por problemas con el alcohol, respecto a los hombres, corregida por la prevalencia de consumo por sexos. Ídem en urgencias no médicas del 061 y en consultas por alcohol cuya demanda se refiere a una mujer, a través de la Oficina de Información sobre Drogas.

### **INDICADORES DE RESULTADO**

Mejora de los indicadores para final del Plan en 2024:

- En consumo de hipnosedantes en últimos 30 días en mujeres de 14-18 años a un 3% (línea base 6,2%). Fuente: ESTUDES 2014
- En consumo de alcohol en mujeres de 14-18 años últimos 12 meses, reducción en 3% (línea base 78,2%) Fuente: ESTUDES 2014
- En prevalencia de borracheras últimos 12 meses, reducción en 3% (línea base 43,7%) Fuente: ESTUDES 2014

## **OBJETIVO GENERAL 4**

**Actualizar e implementar un nuevo Plan de acción sobre Tabaco que aglutine objetivos y actuaciones para prevenir y reducir el consumo de esta sustancia, con enfoque en la vigilancia, reducción del consumo y protección contra la exposición al humo de tabaco.**

### **JUSTIFICACIÓN**

El consumo diario de tabaco en La Rioja alcanza el 30,0% de la población general (EDADES 2015), con un 33,0% en hombres y un 28,9% en mujeres. En los jóvenes continúa siendo elevado, situándose en un 9,7% de consumidores diarios (ESTUDES 2016). Con una especial incidencia en mujeres jóvenes (27,7% de los chicos y 30,6% de las chicas han fumado en los últimos 30 días). Por ello es necesario seguir trabajando en reducir esos números. Aun sabiendo que en estos últimos años hacia atrás se ha reducido muy significativamente el número de fumadores sobre todo por el impacto de las campañas de prevención y las medidas de control de consumo, venta y publicidad.

Por otro lado son preocupantes los datos referidos a la exposición involuntaria al humo del tabaco sobre todo en hogares y vehículos particulares, tal y como se pone de manifiesto en las encuestas ESTUDES 2016. En referencia a los hábitos de consumo de tabaco del entorno familiar del estudiante, casi la mitad del alumnado (46,9%) convive con alguna persona que fuma a diario (ESTUDES 2016). Por otra parte, el 40,8% de los estudiantes riojanos afirman haber visto fumar tabaco a profesores dentro del recinto educativo, y el 69,8% a otros alumnos en el mismo recinto.

Según los datos riojanos de la Encuesta Nacional Salud 2012, que es la última disponible, un 16% de la población estaría expuesta en alguna medida al humo de tabaco en su hogar (un 6,78% de entre 0-4 años, y un 13,79% de entre 5-14 años)

En el lugar de trabajo, la exposición al humo de tabaco en áreas cerradas y en algún momento de la jornada, afecta al 1,1% de la población riojana, desigualmente repartida entre hombres (2,0%) y mujeres (0,0%). En los transportes públicos, el 0,3% de la población se ha encontrado expuesta (0,5% de los hombres y 0,2% de las mujeres).

Se necesita llevar la prevención a edades más tempranas con el fin de moldear actitudes hacia el tabaco de modo más eficaz, y reducir más las prevalencias de consumo en unos años.

Es importante aumentar la accesibilidad a los tratamientos para dejar de fumar a toda la población; y la protección de grupos vulnerables como menores, embarazadas, y otros colectivos de riesgo, tanto para facilitar el abandono como hacia la exposición a la publicidad.

### **ACCIONES**

Elaborar el Plan de Acción específico para el tabaco para el último trimestre de 2018.

Impulsar los programas de prevención universal en el medio escolar, desde etapas educativas tempranas.

Establecer medidas para la protección de la población –especialmente menores- contra el aire contaminado por el humo del tabaco, en hogares y vehículos particulares.

Mejorar el cumplimiento de la normativa en materia de tabaco.

### **INDICADORES DE PROCESO**

Existencia del Plan de ACCIÓN de TABACO para el último trimestre de 2018.

Incremento de programas de prevención universal en etapas educativas tempranas.

Elaboración de campañas anuales sobre la protección de contra el aire contaminado por el humo del tabaco.

### **INDICADORES DE RESULTADO**

Retrasar la edad de inicio de al menos 1 año en la población de 14 a 18 años.

Reducir al prevalencia de consumo de tabaco en un 5%.

Disminuir en un 50% el porcentaje de menores expuestos al humo de tabaco en el hogar (ENSE 2012)

## OBJETIVO GENERAL 5

**Aumentar la percepción del riesgo del consumo de bebidas alcohólicas y la utilización de juegos de azar y las adicciones comportamentales en general, entre los menores, la población general, y en el medio laboral en particular.**

### **JUSTIFICACIÓN**

La evaluación del plan de drogas anterior así como los datos referidos a la percepción de riesgos por el consumo de alcohol en las encuestas por consumo de drogas escolar 2016 (ESTUDES 2016) y domiciliaria 2015 (EDADES 2015), indican una muy baja percepción de los riesgos de consumir alcohol y una tendencia a lo largo del tiempo estancada. Tanto en jóvenes como población general. Por otro lado, los jóvenes que han bebido alcohol o que se han emborrachado, perciben una mayor tolerancia de sus padres hacia la ingesta de alcohol, frente a los estudiantes que no lo han hecho (ESTUDES 2016).

Es necesario rebajar la edad de intervención en prevención universal para tener un mayor impacto, ya que la maleabilidad de los comportamientos y actitudes tiene mucho más impacto en las familias y los menores. Los programas que se implementan necesitan mejorar los resultados en los indicadores anteriores, y por ello deben mejorar los resultados esperados según la evidencia científica, y por ello deben aplicarse aquellos que tenga mayor relación coste beneficio.

En el Medio laboral persiste un déficit de formación en la materia que hace que 9 de cada 10 empleados no hayan recibido formación o información sobre los riesgos de consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral (datos encuesta domiciliaria sobre drogas 2013, Plan Nacional sobre drogas).

Desde la perspectiva de género, los consumos de alcohol entre mujeres y hombres jóvenes tienden a reducir sus diferencias históricas (ESTUDES 2016, EDADES 2015). Es imperativa una acción específica sobre el alcohol en mujer, cuyo estigma social en mediana edad hacia adelante, con 3,5 veces menos consumo referido a diario, y 1.3 veces menos de consumo en el último mes, refleja una infra estimación de la situación real porque las dificultades de accesibilidad a los tratamientos y la tendencia a la ocultación es mucho mayor que en el hombre.

Respecto a los juegos de azar los datos para La Rioja, un 1.4% de los jóvenes hasta 18 años refieren jugar de modo intenso (hasta seis veces a la semana) y un 1,5% del resto de población hasta los 65 años también tiene un uso intensivo. Es muy significativa la aparición del juego de apuestas online en jóvenes que merece especial atención.

Advertir también sobre la importancia creciente y oculta sobre la adicción al sexo por internet. Hay usuarios de internet que tiene un perfil de riesgo o un uso patológico de este comportamiento adictivo. Entre jóvenes de 18 y 25 años, el 9% está en posición de riesgo y el 0,3% sufre la patología . Si se desdoblan estas cifras por sexos, los hombres son más usuarios que las mujeres. El uso de riesgo en la mujer apenas alcanzan el 2%, en los hombres el porcentaje sube hasta el 20%.

En menores de 13 a 17años, por el acceso fácil a internet, se apunta a un uso de riesgo de hasta un 10% con repercusiones en salud mental y sexual significativas . Se señala la necesidad de programas de sensibilización y aumento de la precepción del riesgo.

### **ACCIONES**

Priorizar los programas de prevención universal sobre alcohol y juegos de azar en población escolar, adelantando las edades de intervención de 9 a 12 años, así como los referidos a campañas de población general en medios

Diseñar un programa de prevención universal en el medio escolar y familiar sobre los riesgos del sexo por internet, con especial referencia a riesgos de VIH, embarazos no deseados y otras consecuencias indeseadas.

Poner en marcha un sistema para implementar solo programas de prevención que evalúen y monitoricen la calidad en la implementación y evidencia contrastada de su eficacia.

Realizar campañas informativas/formativas en el medio laboral sobre el impacto del alcohol, otras drogas y los juegos de azar.

Introducir en los proyectos de intervención, estrategias colaborativas con los colectivos implicados (comunidad escolar, familias, sindicatos empresarios, administración), tanto en el diseño, seguimiento y evaluación de los programas y acciones.

Introducir la perspectiva de género en las acciones sobre consumo de alcohol y juegos de azar, mediante estrategia diferenciadas de información/prevenición.

### **INDICADORES DE PROCESO**

Incrementar en un 40% los programas y acciones sobre el alcohol y juego en medio escolar, comunitario y laboral para 2022.

Un 50% de los programas y acciones de prevención universal sobre el alcohol y juego en medio escolar contemplarán como grupo diana edades entre 9 y 12 años.

Para final de 2020 se habrá diseñado e implando una acción preventiva sobre el sexo por internet y los riesgos del mismo para la salud mental y sexual.

Un 100% de los programas implementados en cualquier ámbito tendrá para 2020, una formulación de la evaluación de la implementación y de la evidencia que apoya su aplicación.

El 70% de los programas y acciones de prevención universal sobre alcohol y juegos de azar tendrá escrita una estrategia de género y de colaboración y participación de los colectivos implicados desde el diseño, seguimiento y evaluación, para 2021.

Aumento para 2021 en un 70% del porcentaje de trabajadores que dicen haber recibido información por parte de su empresa sobre los riesgos de consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral.

En un 70%, existencia de datos, documentos de Seguimiento y evaluaciones diferenciadas sobre hombre mujer en los proyectos y acciones, para 2022.

#### **INDICADORES DE RESULTADO**

Aumento de la percepción de riesgo en un 20% por consumo de alcohol entre los jóvenes y en la población general según los indicadores del Observatorio Riojano sobre drogas, para 2024. Asimismo en el medio laboral.

Retraso de la Edad de inicio en el consumo de alcohol en un año según datos Observatorio Riojano sobre drogas, para 2024.

## OBJETIVO GENERAL 6

**Incrementar las acciones de prevención selectiva e indicada relativas a la reducción de daños para la protección de grupo más alta vulnerabilidad, con especial referencia a la perspectiva de género.**

#### **JUSTIFICACIÓN**

Tal y como se pone de manifiesto en los datos del Observatorio Riojano sobre Drogas, las actuaciones sobre la población escolar son mayormente universales, de modo que no se interviene en colectivos de riesgo. Grado medio y formación profesional básica (FPB) constituyen un público particularmente vulnerable para consumos problemáticos. La cobertura en estos grupos es deficitaria.

Por otro lado, colectivos como migrantes, gitanos y poblaciones en riesgo de exclusión como transexuales, mujeres que ejercen la prostitución, población penitenciaria y menores con problemas judiciales, son población de alto riesgo de dependencias y abuso de drogas, que sobre los que no se ha intervenido apenas mediante programas selectivos e indicados. Las familias que sufren el problema alcohólico, contribuyen a que los hijos sufran el impacto de ello en forma de maltrato y de negligencia en el cuidado con las implicaciones en el desarrollo posterior del menor.

Tal y como se refleja en la Encuesta sobre consumo de sustancia psicoactivas en el medio laboral 2013-14 del Plan Nacional sobre drogas, otro gran sector de acción que está en alto riesgo de abuso o dependencia de alcohol, otras drogas y juego patológico, son aquellos que trabajan en lugares donde la disponibilidad de acceso a esos productos potencialmente adictivos es muy alta (hostelería y restauración, distribución y manejo de psicofármacos, lugares de juego). Del mismo modo todos los trabajadores en estrés ambiental y psicosocial más propenso en empleos como la construcción y otros como profesionales de educación y sanitarios.

Las situaciones de riesgo y de vulnerabilidad son mayores en la mujer, y es preciso intervenir de modo diferenciado e intenso.

#### **ACCIONES**

Poner en marcha nuevas acciones y programas de prevención selectiva e indicada en colectivos en riesgo en el ámbito educativo, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.

Poner en marcha acciones y programas de prevención selectiva e indicada para población inmigrante, gitana, mujeres que ejercen la prostitución, transexuales, etc...en colaboración con ONGs y administración local y autonómica, con una estrategia colaborativa y participada.

Diseño e implantación de intervenciones en el medio laboral para sectores de riesgo: agricultura, construcción, producción de bebidas alcohólicas, hostelería y restauración, profesionales de transporte y profesionales sanitarios y de educación.

Implementar en colaboración con las instituciones responsables de población penitenciaria y menores con problemas judiciales, y ONG colaboradoras, de programas de prevención selectiva e indicada para estos colectivos, considerando los condicionantes muy diferentes para mujeres y hombres en estos colectivos.

Diseñar una estrategia coordinada entre salud y servicios sociales para la detección de familias con problemas de alcohol con hijos, captación, e intervención para la disminución de daños del alcohol en este entorno.

Evaluar todas las acciones estableciendo niveles de base de consumos y medición de riesgos asociados y con diferenciación por género.

#### **INDICADORES DE PROCESO**

Número de acciones y programas selectivos e indicados implementados en relación al global de acciones y programas, hasta fin de periodo de vigencia del Plan.

Medio laboral: % de empleados de los sectores elegidos que declara haber recibido información sobre alcohol, juego y otras drogas. Incremento de al menos 50% de informados en general sobre el tema para 2022. [Línea base: 6,6% de informados en sector construcción; 4,6% en sector agricultura y ganadería; en hostelería 3,9%; en transporte 8,1%; administración pública 22,6%. Fuente: Encuesta sobre consumo de sustancia psicoactivas en el medio laboral 2013-14 del Plan Nacional sobre drogas.]

Medio laboral: Numero de derivaciones desde la empresa o los servicios de prevención a tratamiento específico por abuso dependencia de alcohol, juego y otras drogas, a lo largo de la vigencia del plan.

Población penitenciaria y menores con problemas judiciales: número de internos en proceso de cumplimiento de penas que son atendidos por problemas por alcohol o drogas; o que inician tratamiento, a lo largo de la vigencia del Plan.

Familias de riesgo: número de familias detectadas e intervenidas.

#### **INDICADORES DE RESULTADO**

Indicador del Plan de Salud de La Rioja: prevalencia de consumo de distintas drogas por edad y sexo. Disminución de prevalencia en población juvenil.

Aumento de la percepción de riesgo de consumo de drogas y alcohol en grupos vulnerables.

Reducir las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, causadas por el alcohol.  
Disminuir el número de muertes relacionadas con el alcohol.

Incrementar las acciones de prevención sobre las familias de riesgo por problemas con el alcohol en progenitores, o tutores legales.

## OBJETIVO GENERAL 7

**Priorizar el alcohol y las adicciones comportamentales como objeto del plan, para incrementar la percepción del riesgo del consumo y abuso del alcohol, y del riesgo de las adicciones comportamentales por parte de menores, jóvenes y la población general.**

#### **JUSTIFICACIÓN**

Los datos del Observatorio Riojano sobre drogas indican que existe una intervención sistematizada en acciones de prevención en todos los ámbitos de actuación: escolar, familiar, laboral y comunitario, con coberturas suficientes de población diana. Si bien es necesario mejorar la calidad de los programas y usar metodologías de mayor fuerza de resultados según la evidencia. La evaluación del Plan vigente de drogas indica buenos niveles de acciones en prevención en el medio escolar, municipal y laboral algo más deficitario. En todos ello el alcohol es sustancia importante de trabajo.

Todo ello se ha mostrado insuficiente para situar el alcohol en el lugar que le corresponde de las sustancias de alta peligrosidad por su impacto social (violencia de género, embarazos no deseados, accidentes de tráfico, peleas, entre otros) y sanitario (salud mental, patologías relacionadas con el abuso).

Existe claramente en los indicadores del ORD una muy baja percepción del riesgo del consumo del alcohol en jóvenes (ESTUDES 2016). La población general percibe arriesgado un consumo grande de alcohol a diario pero no un consumo abusivo en fin de semana (EDADES 2015). Incluso en el medio laboral se sabe que un 5% de los trabajadores está en riesgo de problemas con el alcohol (Encuesta sobre consumo de sustancia psicoactivas en el medio laboral 2013-14 del Plan Nacional sobre drogas).

Hay una clara minimización de los riesgos para la salud y el entorno del bebedor del consumo de alcohol.

### **ACCIONES**

Elaborar para final de 2019 una Plan de Acción específico sobre alcohol dentro del Plan de prevención de adicciones de la Rioja, que profundice en acciones preventivas y asistenciales, teniendo en cuenta los ejes transversales de género y participación de la sociedad civil.

Diseñar un programa de intervención sobre adicciones comportamentales para incrementar la percepción del riesgo de las mismas, con especial referencia al medio escolar, familiar y medio laboral.

Constituir para final de 2019 una Comisión de seguimiento y control interdepartamental con salud pública, agricultura y sectores empresariales específicos que trabajan en este sector para asegurar el cumplimiento del Plan y del Plan de Acción sobre alcohol en particular; con el fin de impulsar el cumplimiento de la ley, y minimizar los perjuicios económicos y empresariales vinculados a la producción, promoción y márketing, venta alcohol, si los hubiere.

Elaborar propuestas de medidas sobre mujer y alcohol por parte del Grupo de trabajo para el seguimiento y evaluación de las acciones e indicadores de perspectiva de género, previsto en el Plan, con el fin de ser incluidos en el Plan de Acción sobre Alcohol, antes del último trimestre 2019.

Aprobación para final de 2019 de un protocolo acciones de prevención, de detección, derivación y tratamiento de consumo abusivo de alcohol en el medio laboral, con la participación de los agentes implicados.

### **INDICADORES DE PROCESO**

Incrementar en un 40% los programas y acciones sobre el alcohol con perspectiva de género en medio escolar, comunitario y laboral.

El 70% de los programas y acciones de prevención universal sobre alcohol y juegos de azar tiene por escrito una estrategia de colaboración y participación de los colectivos implicados desde el diseño, seguimiento y evaluación.

Para final de 2019 habrá implantado un programa de prevención universal para las adicciones comportamentales.

Aumento para 2021 en un 70% del porcentaje de trabajadores que dicen haber recibido información por parte de su empresa sobre los riesgos de consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral.

En un 70%, existencia de documentos de Seguimiento y evaluaciones diferenciadas sobre hombre mujer en los proyectos y acciones sobre la línea base del ORD, para 2022.

Para el último trimestre de 2019 se habrá constituido la Comisión Interdepartamental de Seguimiento y Control del Plan de Acción sobre Alcohol del Plan de prevención de adicciones de la Rioja, y los grupos de trabajo en materia de alcohol.

### **INDICADORES DE RESULTADO**

Aumento de la percepción de riesgo en un 20% por consumo de alcohol entre los jóvenes y en población general según los indicadores del Observatorio Riojano sobre drogas. Asimismo en el medio laboral.

Retraso de la Edad de inicio en el consumo de alcohol en un año según datos Observatorio Riojano sobre drogas, para 2024.

Reducir las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, causadas por el alcohol según datos Observatorio riojano sobre drogas.

Disminuir el número de muertes relacionadas con el alcohol según registro del Observatorio riojano sobre drogas.

Indicadores del Plan de Salud de La Rioja en materia de Alcohol:

- ▾ Reducir un 5% el consumo de alcohol en la población
- ▾ Reducir un 5% la prevalencia de borracheras y consumo en atracón en la población de 14 a 18 años
- ▾ Reducir un 5% la prevalencia de consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas
- ▾ Incrementar la detección y derivación a los recursos apropiados dependientes del alcohol

## OBJETIVO GENERAL 8

**Mejorar la accesibilidad y equidad en la atención a las y los pacientes con patologías por uso y abuso de drogas, alcohol y adicción a los juegos de azar.**

### **JUSTIFICACIÓN**

La cuestión de la equidad y la accesibilidad está recogida en la Estrategia europea sobre drogas 2013-2020 como una de sus diez prioridades de actuación. Incluye las cuestiones esenciales como la equidad en la atención, la accesibilidad y aumentar la diversificación de opciones terapéuticas eficaces. Por su parte la estrategia Nacional sobre drogas 2017-2024 hace referencia en sus objetivos a los problemas de equidad y accesibilidad de la atención, y establece genéricamente la necesidad de mejorar los tratamientos y seguimientos dentro del sistema de salud. Especialmente los problemas de equidad de la atención respecto a otras patologías; la accesibilidad a los servicios por parte de la mujer y otros colectivos en riesgo de exclusión (inmigrantes y población de mujeres que ejercen la prostitución y colectivos diversos sexualmente) y la diversificación de los tratamientos.

Por su lado, el III Plan de Salud Mental 2016-2020 establece en su punto 3.4 sobre las atención a los trastornos relacionados con el abuso de alcohol y sustancias adictivas, el objetivo de establecer un modelo integral para el tratamiento de las personas con este tipo de problemas, y como acción señala la elaboración de procesos asistenciales para el abordaje de las adicciones.

La evaluación del plan de drogas vigente, los datos de las ONG, el sistema de información de salud mental, hasta donde hay datos, así como los documentos internacionales sobre drogas (UNODC, Estrategia Europea), aconsejan tomar medidas para integrar la atención de los tratamientos crónicos con sustitutivos opiáceos en AP de salud y salud mental, y mejorar así la equidad respecto al tratamiento de otras patologías.

El consejo breve en AP por parte de los profesionales, es una intervención costo efectiva en pacientes screening positivo de problemas con el alcohol (AUDIT entre 8 y 15 puntos tanto en hombres como mujeres; 280gr de alcohol por semana en hombres y 140gr en mujeres). Es decir en bebedores de riesgo, no en dependencias alcohólicas.

Desde la perspectiva de mujer, ya se indicó en OBJETIVO GENERAL 3 las dificultades añadidas de la mujer con problemas de adicción para los accesos a los dispositivos y programas de tratamiento. Del mismo modo, no hay programas específicos registrados en el Observatorio Riojano sobre drogas, sobre accesibilidad de grupos de riesgo.

La adicción a los juegos de azar, si bien es objeto de la atención de las ONG y la red de salud mental, no hay un protocolo específico para su tratamiento, y tampoco desde la Atención Primaria de Salud, incluyendo perspectiva de género en los mismos.

### **ACCIONES**

Integrar el programa con sustitutivos opiáceos en la AP y salud mental, abarcando todo el proceso de atención: evaluación, diagnóstico, prescripción, control y seguimiento, con apoyo de atención especializada, conforme a las competencias de cada nivel de atención.

Ampliar la prescripción de tratamientos para la dependencia a opiáceos y otras drogas de probada eficacia dentro del sistema de salud de la Rioja.

Elaborar un protocolo de atención de las adicciones (Alcohol y otras drogas, adicción a juegos de azar) dentro de las unidades de Salud mental. Con especial referencia al género, transculturalidad (inmigración), población penitenciaria, otras poblaciones vulnerables.

Elaborar un protocolo de atención de las adicciones (Alcohol y otras drogas, adicción a juegos de azar) dentro de la AP de salud. Con especial referencia al género, transculturalidad (inmigración), población penitenciaria, otras poblaciones vulnerables.

Pactar con el SERIS un nivel de cumplimiento, seguimiento y control de la intervención mínima sobre alcohol y otras drogas, y adicción a juegos de azar, por parte de los profesionales de AP. Y del mismo modo de los protocolos de atención de las adicciones en Salud Mental

### **INDICADORES DE PROCESO**

Para el 2020, el 90% de los pacientes en programa de sustitutivos opiáceos atendidos por ONG y otras entidades colaboradoras, habrá sido integrado en AP y/o la red de salud mental para diagnóstico, tratamiento o seguimiento según proceda, en igualdad de condiciones que otras patologías.

Para el 2022 se habrán incluido al menos dos alternativas terapéuticas farmacológicas para el tratamiento de dependencia a opiáceos, cocaína y otras adicciones.

Para final de 2019 deberá estar redactado y en funcionamiento un protocolo para la atención integral de las adicciones (incluida las adicciones sin sustancias), y para la atención del problema alcohólico en salud mental y en Atención Primaria de Salud. Con una consideración especial al género, transculturalidad (inmigración), y otros grupos vulnerables (mujeres que ejercen la prostitución, población transexual, población penitenciaria)

Estará consignado en todos los protocolos mencionados de atención a las adicciones y alcohol de Salud Mental, acciones específicas para mejorar la captación de pacientes mujeres, tendentes a disminuir las barreras al acceso a los servicios.

Estará consignado en todos los protocolos mencionados de atención a las adicciones y alcohol de Salud Mental, acciones específicas para mejorar la captación de pacientes desde el hecho diferencial de la inmigración, y también lo referido a mujeres que ejercen la prostitución y población transexual, tendentes a disminuir las barreras al acceso a los servicios.

Indicadores del Plan de Salud de La Rioja:

- ▾ Porcentaje de personas con problemas de adicción derivados a recursos apropiados.

Indicadores del Plan de Salud Mental:

- ▾ Existencia de un plan asistencial integral para el tratamiento del alcoholismo, patología dual y conductas adictivas.
- ▾ Existencia de protocolos orientados a la detección precoz, intervención temprana y asistencia integral en el abuso de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de dispositivos de atención a este colectivo.
- ▾ Derivación a entidades colaboradoras ARAD, Proyecto Hombre.
- ▾ Informes de derivación bidireccional con colaboradores ARAD / Proyecto Hombre.
- ▾ Sesión conjunta con las entidades colaboradoras

#### De resultados en salud:

Para usuarios del sistema de salud atendidos por adicciones: mejora significativa de la percepción sobre la calidad de la atención, sobre la situación anterior a la entrada en funcionamiento de los protocolos asistenciales, evaluada por encuesta de satisfacción.

Para mujer: mejora en el ratio de primeras consultas en AP y ONG por problemas con el alcohol en mujeres respecto a los hombres corregida por lo prevalencia de consumo por sexos. Ídem en urgencias no médicas en 061. Ídem en consultas al OID por alcohol cuya demanda de ayuda es para la mujer.

Para colectivo inmigrante y población de mujeres que ejercen la prostitución y población transexual:

Incremento de primeras consultas por problemas de alcohol y otras drogas de estos colectivos. Registro de usuarios.

En general:

Incremento en un 5% del número hasta el final de la vigencia del Plan, de primeras consultas y consultas sucesivas de Salud Mental por patologías relacionadas con las adicciones (con o sin sustancias) y el alcohol.

## OBJETIVO GENERAL 9

**Impulsar la investigación y monitorización de la información sobre el impacto de las adicciones en la sociedad, y disponer de indicadores de calidad, públicos y fiables.**

### **JUSTIFICACIÓN**

La Ley 5/2001, de 17 de octubre sobre drogodependencias y otras adicciones, en su artículo 29 sobre el Observatorio Riojano sobre Drogas indica que para el cumplimiento de tareas de mantenimiento de un sistema de información sobre drogas; de detección de fenómenos emergentes en el consumo de drogas y para la realización de tareas de investigación sobre drogodependencias y asesoramiento a instituciones, organismos, entidades y la sociedad en general; se creará un Observatorio Riojano sobre Drogas. A estos efectos, el Observatorio recabará información sobre las drogas y sus repercusiones sanitarias, sociales, policiales y judiciales a los agentes implicados. Y se señala además que se promoverá a través del Observatorio Riojano sobre Drogas encuestas periódicas, estudios epidemiológicos, económicos y sociales para conocer la incidencia, prevalencia y la problemática, en general, del consumo de drogas. Asimismo, se promoverán líneas de investigación sobre drogas, así como sobre la evaluación de programas de prevención y de métodos de tratamiento.

El Observatorio promoverá la mejora de los recursos de documentación en materia de drogas, así como el acceso a los mismos a organismos públicos y privados, profesionales y a cuantos estén interesados en su estudio e investigación.

Aunque el Observatorio está en funcionamiento y su sistema de información también, no se ha regulado reglamentariamente las funciones y los órganos de coordinación, en materia, sobre todo, de Red de informantes del sistema de información; y otros en materia de encuestas, estudios e investigación aplicada. Por ello es necesario dar un salto cualitativo y cuantitativo en esta área.

La insuficiencia de datos sobre determinantes sociales, culturales y económicos de las adicciones, así como la falta de conocimiento real de los consumos en drogas y adicciones en general, hace necesario ampliar la estrategia de investigación hacia metodologías más apropiadas a esta realidad.

### **ACCIONES**

Redacción de una normativa relacionada con el Observatorio Riojano Sobre drogas, para la regulación de sus funciones y órganos de coordinación.

Constitución de una Red formal de informantes del Sistema de Información sobre drogas.

Elaboración de una Estrategia bianual sobre Información e investigación del Observatorio Riojano sobre drogas, que incluirá una estrategia de difusión de la actividad del mismo.

### **INDICADORES DE PROCESO**

Para final de 2018 estará redactada y publicada la regulación del Observatorio Riojano sobre Drogas.

Para fin de 2018 estará constituida la Red de Informantes de Sistema del Sistema de Información.

Para primer semestre de 2019 estará redactada la estrategia del Observatorio Riojano sobre Drogas, en sus componentes de información, investigación y difusión.

Para fin de 2024 se habrán conseguido un cumplimiento del 100% de cobertura de indicadores cumplimentados por los informantes.

Para final de 2021, se habrán incrementado al menos en un 20% los estudios cualitativos respecto a los cuantitativos.

## OBJETIVO GENERAL 10

**Introducir criterios de calidad y eficiencia, basados en la evidencia, en los diferentes programas y actuaciones objeto del Plan.**

### **JUSTIFICACIÓN**

En general la evaluación calidad de los programas de prevención implantados en cualquier medio, como se pone de manifiesto en la evaluación del anterior plan de drogas, no se ha sistematizado. De modo que se precisa una actividad de control sobre unos estándares mínimos de calidad exigibles para cualquier acción con finalidad preventiva dentro de cualquier ámbito. De modo que se permita discriminar los programas de calidad probada, los programas de calidad no probada, y acciones sin intención explícita de obtener resultados en salud.

Por otro lado, es esencial dentro de la valoración de la calidad de los programas o acciones, considerar el coste en relación con el beneficio potencial, de modo que se debe incorporar esta componente a la hora de ser financiados públicamente.

Por otro lado, la realidad de los programas preventivos ámbito municipal (ver evaluación de la prevención en el ámbito municipal de plan anterior) requiere un impulso en la calidad de implantación especialmente, y en la articulación de un intercambio de proyectos y experiencias municipales exitosas que permita optimizar resultados en salud de la población diana y optimizar los recursos disponibles.

### **ACCIONES**

Establecer un sistema de evaluación de la calidad e idoneidad de las iniciativas de prevención en adicciones común para cualquier administración, entidad, asociación o empresa privada que promueva iniciativas en este sentido.

Poner en marcha un procedimiento de formulación, y evaluación de proyectos y actuaciones de prevención de adicciones, estandarizado y de carácter preceptivo para poder ser un proyecto activo en cualquier ámbito, que contemple los aspectos de la calidad, eficiencia y evaluación.

Impulsar la Comisión de Coordinación de Planes Municipales sobre Drogas para establecer los criterios de calidad de los programas y acciones en el ámbito local, así como los mecanismos de coordinación intermunicipal en acciones y programas.

### **INDICADORES DE PROCESO**

Para el primer semestre de 2019 estará formulado un procedimiento de evaluación de la Calidad de los programas y acciones en prevención de las adicciones.

Para final de 2020 estará informada la calidad del 100% de los programas y acciones de prevención de las adicciones activo.

Para final de 2018 deberá estar en funcionamiento el formulario estandarizado de presentación de programas y acciones de prevención de las adicciones activos.

Para final de 2020 el 100% de los programas y acciones de prevención de las adicciones activo estarán formulados conforme al estándar.

Para final de 2019 la Comisión de Coordinación de Planes Municipales sobre drogas habrá formulado un documento de aplicación de los criterios de calidad de programas y acciones de prevención de las adicciones en este ámbito, así como de los mecanismos de coordinación intermunicipal para este fin.

# OBJETIVO GENERAL 11

**Potenciar la formación de agentes preventivos en el ámbito laboral, sanitario y educativo.**

## **JUSTIFICACIÓN**

Si bien se vienen realizando estos años atrás acciones de formación hacia profesionales sanitarios a través del programa formativo del SERIS, estos se han centrado especialmente en el tabaquismo, y en menor medida en alcohol y otras drogas y juegos de azar. En el medio educativo se ha optado por una estrategia de participación de la comunidad escolar en proyectos de prevención como forma de formación activa en materia de adicciones, de tal modo que se consiguen impactos positivos más estables en el profesorado y los Centros educativos en general. Sin embargo se debe profundizar en que se consideren formalmente este tipo de integración participada en proyectos como parte de la formación obligatoria del profesorado.

En lo referido a la formación en el medio laboral ya se expuso en el Objetivo General 6 sobre prevención selectiva e indicada, la necesidad de incrementar la formación de los trabajadores en especial en profesiones de riesgo, dado que los datos de la Encuesta sobre consumo de sustancia psicoactivas en el medio laboral 2013-14 del Plan Nacional sobre drogas, ponen de manifiesto la muy baja formación en adicciones en la mayoría de los sectores de actividad laboral.

## **ACCIONES**

Elaborar un plan de formación plurianual en materia de adicciones que implique a administraciones sanitaria y educativa, empresas y otras entidades, para ser negociada su programación. El plan reflejará objetivos, colectivos diana, medios de la formación, calendarización y medios de evaluación de la misma.

Coordinar con las autoridades educativas lo referido el reconocimiento de la participación de los Centros Educativos y docentes en proyectos de innovación educativa preventivos en la materia, como actividad formativa.

Implantación de intervenciones formativas para sectores de riesgo en medio laboral: agricultura, construcción, producción de bebidas alcohólicas, hostelería y restauración, profesionales de transporte y profesionales sanitarios y de educación.

Implantación de intervenciones formativas para sectores de riesgo: profesionales sanitarios y sociales, así como funcionarios de centros de cumplimiento de penas de adultos y menores en privación de libertad.

## **INDICADORES DE PROCESO**

Para fin de 2018 estará documentado el plan de formación plurianual en materia de adicciones.

Para fin de 2018 se habrán realizado las acciones formativas para profesionales sanitarios y sociales, así como funcionarios de centros de cumplimiento de penas de adultos y menores en privación de libertad.

Para fin de 2019 se habrá programado con las partes implicadas, la implantación de las acciones formativas.

Para fin de 2019 se habrá establecido con la autoridad competente en materia de educación el reconocimiento de la participación de los Centros Educativos y docentes en proyectos de innovación educativa preventivos en la materia, como actividad formativa.

Para 2022 se habrá incrementado en un 50% el conjunto de acciones formativas en materia de adicciones (medio laboral, profesionales sanitarios y educativos)

% de empleados de los sectores seleccionados que declara haber recibido información sobre alcohol, juego y otras drogas. Incremento de al menos 50% de informados en general sobre el tema. [Línea base: 6,6% de informados en sector construcción; 4,6% en sector agricultura y ganadería; en hostelería 3,9%; en transporte 8,1%; administración pública 22,6%. Fuente: Encuesta sobre consumo de sustancia psicoactivas en el medio laboral 2013-14 del Plan Nacional sobre drogas.



[riojasalud.es](http://riojasalud.es)