

II Plan Foral de Drogodependencias

Instituto de Salud Pública

Abril 2012

II Plan Foral de Drogodependencias

Instituto de Salud Pública

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
INTRODUCCIÓN	3
PRINCIPIOS RECTORES	4
PARTICIPACIÓN Y RESPONSABILIDAD	5
MULTIDIMENSIONALIDAD, INTEGRALIDAD, INTERSECTORIALIDAD.....	6
EQUIDAD Y ADAPTACIÓN. PERSPECTIVA DE GÉNERO	6
PROMOCIÓN DE LA SALUD	8
EVIDENCIA CIENTÍFICA.....	8
ADAPTACIÓN A MÚLTIPLES ÁMBITOS	9
NORMAS LEGALES, NORMAS SOCIALES.....	9
MISIÓN.....	11
OBJETIVO GENERAL	12
DIAGNÓSTICO	13
EVOLUCIÓN DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y SOCIOCULTURAL DE NAVARRA	13
EVOLUCIÓN DEL FENÓMENO DEL USO DE DROGAS.....	17
DATOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA.....	18
OTROS INDICADORES INDIRECTOS SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL FENÓMENO	27
EL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS EN EUROPA, ESPAÑA Y NAVARRA.....	44

ANÁLISIS DEL GRADO DE DESARROLLO DE LAS MEDIDAS CONTEMPLADAS EN EL PFD (1993-2008)	54
PRINCIPALES IDEAS-FUERZA DE LOS DIFERENTES APARTADOS DEL DIAGNÓSTICO	91
CONCLUSIONES APLICACIÓN TÉCNICA DAFO	97
ÁREAS DE ACTUACIÓN	105
I. ÁREA DE GOBERNANZA.....	105
II. ÁREA DE PREVENCIÓN	111
III. ÁREA DE ATENCIÓN.....	123
IV. ÁREA DE FORMACIÓN	131
V. ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	133
EVALUACIÓN DEL PLAN.....	135
ANEXO 1 - ACCIONES DEL II PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS	137
ANEXO 2 – INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES	140
ANEXO 3 – INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN FINAL.....	158
SIGLAS	163

INTRODUCCIÓN

La evaluación del I Plan de Drogodependencias nos ha permitido tener un conocimiento preciso de las actuaciones que se han realizado en Navarra en los últimos años respecto al fenómeno de las drogas y también, nos ha colocado en un lugar inmejorable para configurar un nuevo Plan que nos permita seguir trabajando, fundamentalmente en aquellos campos que resultan más eficaces para evitar los problemas que originan los consumos de drogas en diferentes personas y en diversas circunstancias.

La experiencia y el conocimiento científico ponen de manifiesto que la configuración de los fenómenos sociales se alimenta de variables de muy diferentes ámbitos. El de las drogas está fuertemente influenciado por el modelo de ocio, la tolerancia social a determinados consumos, los flujos económicos que genera, los mensajes contradictorios que sobre los efectos se consideran, el valor y la necesidad de pasarlo bien, los cambios sociales en el modelo educativo familiar y otras estructuras comunitarias... todas estas variables, y muchas más, hacen que la presencia de las drogas y su persistencia en el tiempo sea una realidad.

Un Plan liderado por la Administración Pública tiene que tener presente esas variables, ya que pone de manifiesto que existen limitaciones. Asimismo tiene que definir objetivos que se puedan alcanzar y buscar instrumentos para medirlos que recojan, con cierta sensibilidad, las variaciones que se producen.

Las relaciones de las personas con las drogas en ocasiones causan serios problemas que requieren una atención profesional especializada capaz de acoger a todas ellas. Esto requiere centros con una estructura ágil, variada y con una clara definición de los procesos y el uso adecuado de cada recurso. De la misma manera hay que considerar las drogodependencias como una enfermedad que es preciso diagnosticar adecuadamente, en especial en aquellos casos que existen otros procesos concomitantes que hay que tratar de forma conjunta.

Además, hay que tener presente que el fenómeno puede sufrir variaciones en aspectos del mismo que se consideran fundamentales por motivos que nada tienen que ver con nuestras actuaciones. Por ejemplo, un incremento de precio de los productos a consumir tiene una repercusión directa sobre el consumo, por tanto también tendremos que analizar esas variaciones que pueda sufrir el fenómeno.

PRINCIPIOS RECTORES

La redacción del II Plan Foral de Drogodependencias (II PFD) ha exigido una reflexión previa sobre la definición del conjunto de principios (filosóficos, éticos, políticos, científicos) que deben fundamentarlo. Tres son los elementos de partida que han orientado la configuración de estos principios rectores:

- La definición del fenómeno desde un modelo multidimensional. Desde este modelo se contempla el fenómeno del uso de drogas como una interacción entre las personas y las sustancias, en un contexto determinado. Estos tres elementos se encuentran en constante evolución y la conjunción de los mismos va a determinar la mayor o menor presencia de consumos, las características de éstos y el tipo de consecuencias asociadas a los mismos.
- El abordaje del fenómeno desde una perspectiva de salud pública, es decir, el conjunto de acciones programadas que las administraciones públicas deben desarrollar para prevenir enfermedades, mejorar las condiciones de vida y alargar la vida de las personas en las mejores condiciones. Así, entendemos la salud en un sentido amplio del término, considerando que ésta se puede ver influida por causas físicas, psíquicas, sociales, económicas...
- La consideración del consumo de drogas como un fenómeno que ha acompañado a la humanidad en todo su desarrollo, que ha estado presente en todas las civilizaciones. Es importante tener en cuenta este hecho para tratar de delimitar nuestras expectativas respecto al alcance de las estrategias de prevención y atención. En ocasiones parece que la expectativa consiste en que la prevención acabe con todo tipo de consumo de drogas y con cualquier clase de riesgo relacionado con su uso¹. Si así pensáramos, estaríamos enfrentados a un grave problema, ya que cuando se persigue el riesgo cero, se debe contar con que el coste (y no sólo el económico) es infinito. Con la atención ocurriría algo similar. La red asistencial de utilización pública tiene la misión de atender a la totalidad de la población, y debe procurar realizar ofertas que se adapten lo más posible a las diferentes necesidades y características. Sin embargo, siempre habrá personas a las que, por diferentes motivos, no se podrá llegar. En definitiva, es fundamental que delimitemos el alcance de la prevención y de la atención tratando de responder a la pregunta: ¿cuándo nos podemos sentir aceptablemente satisfechos con sus resultados?

Utilizando como marco esos tres elementos, los principios rectores que fundamentan el II PFD son los siguientes:

- Participación y Responsabilidad
- Multidimensionalidad, Integralidad e Intersectorialidad
- Equidad y Adaptación. Perspectiva de género

¹ No obstante, debemos tener en cuenta que esa expectativa suele contemplar únicamente a las drogas ilegales. Si incluimos, por ejemplo, el consumo de alcohol, la expectativa tenderá a ser mucho más moderada.

² La mayor parte de esas *ideas-fuerza* van a ir apareciendo en recuadros al margen a lo largo del texto, junto a los argumentos que les han servido de base

- Promoción de la salud
- Evidencia científica
- Adaptación a múltiples ámbitos
- Normas legales, normas sociales

PARTICIPACIÓN Y RESPONSABILIDAD

En una sociedad tan compleja y dinámica como la nuestra, los hechos ocurren a veces, aparentemente, de manera espontánea. En otras ocasiones aparecen consecuencias o se producen hechos relevantes diferentes a los que en principio se perseguían. Con el fenómeno de los consumos de drogas ha ocurrido un poco de todo lo anterior. Se han ido instalando en nuestro estilo de vida los consumos de drogas legales a lo largo de años y atravesando generaciones, de manera que la tolerancia a su presencia y uso es muy alta. Al mismo tiempo, se ha desarrollado un modelo de ocio de utilización mayoritaria en el que además de las drogas legales, siempre presentes, han hecho acto de presencia otras drogas cuya venta, distribución y promoción está prohibida. Asimismo, cierto modelo instaurado en nuestra sociedad, de búsqueda de soluciones inmediatas y fáciles a través del recurso a elementos externos, no es disonante respecto a la utilización de diferentes tipos de drogas.

En la construcción de ese modelo de ocio y de ese estilo de afrontamiento de las dificultades, participamos todas las personas, por acción o por omisión, con intención o sin ella, pero con responsabilidad sobre lo que ocurre. De la misma manera que somos responsables de la alta tolerancia que ofrecemos a los consumos de alcohol, fármacos y, en menor medida, al consumo de tabaco. Por lo tanto, la búsqueda de soluciones tiene que contar con la participación de toda la ciudadanía y de todas las instituciones públicas y privadas. La implicación de cada una de ellas será diferente y se circunscribirá al ámbito de su competencia.

Ante la aparición de problemas (de salud, sociales, familiares, económicos, judiciales, etc.) relacionados con el uso de drogas, las administraciones públicas han articulado acciones de carácter preventivo encaminadas a evitar su aparición, pero sin perder de vista que, a pesar de todo ese empeño, aparecerán personas que requieran atención especializada. De esta manera surgen los planes de drogodependencias, para organizar una respuesta.

Las acciones preventivas tienen que ir dirigidas hacia aquellos elementos que más influyen en la presencia, caracterización y consolidación del fenómeno. Eso implica que el PFD tenga que establecer relaciones de colaboración con todo tipo de instituciones y agentes sociales. Destacamos especialmente la necesidad que el PFD tiene para incidir y aliarse con dos instituciones de gran relevancia en la construcción del fenómeno. En primer lugar la familia, que es la estructura de socialización por excelencia, la institución donde se configura el estilo de vida y donde se transmiten los valores que van a determinar los procesos personales. Para realizar su labor, la familia precisa de apoyos, sobre todo en aquellos aspectos que se instauran en el estilo de vida de forma silenciosa y como elementos colaterales aparentemente inocuos. Por otro lado, el PFD también debe incidir sobre los medios de

comunicación, por el papel primordial que juegan en la construcción de los valores y normas sociales.

MULTIDIMENSIONALIDAD, INTEGRALIDAD, INTERSECTORIALIDAD

Para tratar de entender un fenómeno tan complejo como el de los consumos de drogas y sus consecuencias, precisamos de un modelo teórico que identifique los elementos que lo componen y la relación entre los mismos. Concebir que en este fenómeno confluyen tres elementos (sujeto, contexto y sustancia), y que su interacción es dinámica en el tiempo, es lo que se propone desde el modelo multidimensional. Este modelo explicativo se aleja de otro tipo de miradas más reduccionistas y facilita que en cada situación podamos analizar qué elemento, o qué característica de cada elemento, tiene más presencia y qué estrategias debemos poner en marcha de acuerdo a las interacciones específicas que se estén dando entre los mismos.

El modelo multidimensional también nos ayuda a entender que los consumos de drogas pueden ser explicados por una serie de factores de riesgo, pero también de protección. Esos factores son múltiples e interdependientes y deben ser buscados también en torno a los tres ejes que definen el modelo (sustancia, individuo y contexto). La detección de los factores de riesgo y de protección es fundamental, ya que constituyen la guía que debe orientar las estrategias de la intervención. La evidencia científica nos ha mostrado que la edad de inicio al consumo de sustancias es determinante en las relaciones posteriores con las drogas e influida por esos tres elementos, tanto en frecuencia como en severidad, por lo que constituye uno de los objetivos prioritarios de este Plan.

Cuando una sociedad considera que un fenómeno como éste provoca más perjuicios que beneficios y decide afrontarlo, trata de enfrentarse a él de diferentes formas. Puede hacer una negación de la existencia de perjuicios o relativizar su gravedad y por lo tanto no actuar; puede hacer una lectura reduccionista del fenómeno y poner el empeño solamente en uno de sus elementos, en una de sus consecuencias; pero también puede tratar de realizar una aproximación integral, que contemple todos los elementos del fenómeno, tratando de identificar qué no hay que modificar, qué hay que modificar y, sobre todo, qué podemos modificar. Esta tercera visión es la que propone el PFD ante el fenómeno del consumo de drogas. La respuesta debe ser abierta, para poder atender las variaciones del fenómeno; debe apelar al principio de responsabilidad de cada uno de los sectores de la sociedad, promoviendo su participación; debe ser integral, generando actuaciones variadas y complementarias para poder afrontar la multidimensionalidad del fenómeno. Para ello, el trabajo en red tiene que ser la estrategia principal de abordaje, ya que son varios los agentes y las instituciones que deben intervenir.

EQUIDAD Y ADAPTACIÓN. PERSPECTIVA DE GÉNERO

Para que los consumos de drogas no causen graves daños para la salud de las personas, las administraciones públicas deben responsabilizarse de aquello que el artículo 43 de la Constitución Española les encomienda: garantizar el derecho a la protección de la salud. Esto no quiere decir que se pretenda lograr el mismo estado de salud en toda la población, sino

que la tarea de los poderes públicos debe consistir en garantizar el acceso a los servicios y programas encaminados a conservar la salud, en las mismas condiciones para toda la ciudadanía. Por su parte la Ley orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres establece en su artículo 15 *“El principio de igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres informará, con carácter transversal, la actuación de todos los Poderes Públicos. Las Administraciones públicas lo integrarán, de forma activa, en la adopción y ejecución de sus disposiciones normativas, en la definición y presupuestación de políticas públicas en todos los ámbitos y en el desarrollo del conjunto de todas sus actividades”*. Y en el artículo 27. *integración del principio de igualdad en la política de salud “Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente”*.

Para garantizar la protección de la salud se requieren ofertas de servicios y programas de calidad, pero no sólo asistenciales. Una de las características de la calidad debe ser la flexibilidad que permita adaptarse a las cambiantes características y necesidades de la ciudadanía. Asimismo, para cumplir el principio de equidad se debe poner especial énfasis en evitar las trabas de acceso a personas con dificultades físicas, psíquicas o sensoriales; en garantizar que la diversidad cultural no representa un obstáculo para ser atendida adecuadamente; en adaptar el nivel de intensidad de la intervención al grado de vulnerabilidad o de problematización de las poblaciones con las que se interviene.

En el caso específico de las diferencias por sexo, las investigaciones señalan que en el fenómeno del uso de drogas se observan comportamientos distintos entre hombres y mujeres. Más allá de las propias diferencias biológicas, aparecen los factores de construcción del género. La construcción del género, es la que permite, analizar y comprender las diferencias que se observan entre hombre y mujeres en los consumos: inicios, funcionalidad, riesgos, consecuencias, etc. Por ello, las estrategias preventivas y asistenciales deben profundizar en el conocimiento de estas diferencias tenerlas en cuenta para adaptar el diseño y desarrollo de las actuaciones también a las necesidades específicas de las mujeres.

Además e todo ello, el consumo de drogas puede ser un factor de riesgo en el problema de violencia de género (también en la desprotección infantil, en el de salud mental, etc). Es imprescindible tenerlo en cuenta para derivar cuando sea necesario a las personas usuarias hacia servicios que puedan ayudar a resolver su situación. Nuevamente la idea de trabajar en red se impone ante la complejidad de las situaciones que se pueden presentar.

A través de las encuestas podemos observar que la población femenina, sobre todo las más jóvenes, se van incorporando a los consumos de drogas en igual porcentaje que los hombres. Sin embargo, en los inicios de tratamiento la proporción es considerablemente favorable a los hombres. El principio de equidad debe garantizar la posibilidad de que las mujeres participen de los servicios y programas en las mismas condiciones que los hombres. La evidencia de una baja participación de las mujeres en los programas de tratamiento, obliga a poner en marcha acciones positivas para tratar que las diferencias se deban únicamente a motivos de

prevalencia, incidencia y severidad en los consumos, y no a otras dificultades vinculadas a la inadecuación, por motivos de género, de programas y servicios.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Comenzaremos con algunas definiciones de promoción de la salud aportadas por organismos internacionales:

- “Proporcionar a la población las medidas necesarias para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Carta Ottawa, 1986)
- “La suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminada al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (O.M.S. 1990)

Integrar el valor salud en el estilo de vida es primordial para que se establezcan comportamientos preventivos en situaciones habituales. La promoción de la salud introducida desde edades tempranas en los diferentes entornos de socialización (familia, escuela, trabajo, comunidad...) es una garantía para que las relaciones que se pueden establecer con las drogas no sean motivo de problemas.

Por ello, en el desarrollo del PFD se tendrá en cuenta su importancia y se apelará a la responsabilidad para que se pueda desarrollar la promoción de la salud en todos los espacios de participación y socialización en todas las edades y aplicando el principio de igualdad de trato y oportunidad entre hombres y mujeres.

EVIDENCIA CIENTÍFICA

Los fenómenos sociales son complejos, ya que inciden sobre ellos múltiples variables que se modifican e interactúan entre ellas. El fenómeno del consumo de drogas y otras dependencias no es ajeno a la complejidad y para tratar de comprenderlo hay que tener en cuenta los distintos ejes que lo explican.

En el momento actual estamos en condiciones de entender algunos mecanismos por los que se consumen drogas y/o se instauran las dependencias. Las diferentes investigaciones realizadas en todo el mundo en los últimos 25 años nos permiten afirmar, por ejemplo, que mediadores neuroquímicos actúan en la respuesta a los consumos de drogas y sobre qué áreas cerebrales inciden. De la misma manera, la investigación social nos permite identificar gran parte de los factores que hacen posible la aparición de una dependencia y lo que es más interesante, sobre qué otros factores se puede intervenir para incrementar la probabilidad de que no aparezcan.

Los avances científicos en este sector son suficientes como para dejar atrás los tiempos del *todo vale* y *todas las personas valen* para prevenir o tratar las dependencias. En el momento actual existe suficiente doctrina científica como para apoyarnos en ella de cara a determinar qué es eficaz y qué no lo es. Lamentablemente tenemos todavía preguntas sin respuestas y de otras, que creemos tenerlas, se pueden desmontar con las futuras revelaciones científicas. Pero esto es la ciencia, una carrera que sólo nos acerca a la meta pero a la que nunca llegamos.

Tener presente lo que dice la ciencia es una obligación y un derecho al que profesionales y ciudadanía no tienen que renunciar. El II PFD basará sus actuaciones en modelos teóricos y programas suficientemente contrastados y evaluados y con perspectiva de género.

ADAPTACIÓN A MÚLTIPLES ÁMBITOS

A lo largo del día participamos de diferentes escenarios sociales. En cada uno de ellos jugamos roles diferentes (somos hijos, esposas, jefas, compañeros, amigos, profesoras, alumnas...) y por lo tanto tenemos diferentes implicaciones y responsabilidades en la configuración de los estilos de vida y en su aplicación. La promoción para la salud y la prevención debe adaptarse a esa realidad, desarrollando actuaciones que abarquen los múltiples ámbitos en los que se desenvuelve la vida social:

- La familia como lugar primordial para transmitir valores encaminados a preservar la salud. Padres y madres poseen una responsabilidad indelegable en el proceso educativo de sus hijos e hijas.
- La escuela como estructura aliada de la familia en el proceso educativo. La escuela como un espacio por el que toda la población infantil y adolescente pasa durante el periodo de vida que va de los 3 a los 16 años (algo más de 14.000 horas)
- Otros sistemas como el de salud o los servicios sociales, que también perfilan o transmiten valores relacionados con la salud.
- Los medios de comunicación social, como institución que posee una enorme influencia en todos los sectores de la sociedad.
- El ámbito laboral, donde la población adulta pasa una nada despreciable parte de su vida (unas 68.000 horas).
- El ocio, un ámbito cada vez más prestigiado desde los valores preponderantes en nuestra sociedad. Un ámbito en el que actualmente el consumo de drogas tiene una presencia significativa.

En definitiva, las estrategias de promoción de salud y prevención tienen que integrarse en todos aquellos ámbitos de los que vamos a formar parte. En cada uno de ellos se presentarán factores de riesgo y de protección diferentes, que es necesario identificar para poder seleccionar sobre cual o cuales se debe actuar; en cada uno de ellos habrá actores distintos con los que se deberá contar; en cada uno de ellos la población diana tendrá unas características y necesidades a las que la intervención deberá adaptarse.

NORMAS LEGALES, NORMAS SOCIALES

La asociación drogas legalidad es casi un acto reflejo, pero no sólo porque dentro del fenómeno de los consumos de drogas se incluyen las denominadas drogas ilegales tenemos que considerar este aspecto. Las drogas legales también tienen normas, incluso con rango de Ley, que es necesario hacer cumplir para complementar y potenciar las acciones educativas. Acciones como dificultar el acceso a las drogas legales, incrementar su precio, reducir el número de puntos de venta o la edad de compra, limitar la publicidad,... son medidas que se consideran necesarias para conseguir alguno de los objetivos propuestos en prevención, como son reducir la prevalencia de consumidores y retrasar la edad de inicio.

El Diccionario de la Real Academia define ‘norma’ como la regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc. Existen unas normas escritas que nos obligan a cumplirlas al conjunto de la ciudadanía. Estas son las leyes, decretos, bandos... pero en la sociedad también se configuran otro tipo de normas, las denominadas sociales, que si bien no son de obligado cumplimiento, sí son terriblemente influyentes a la hora de que se expresen conductas. Estas normas sociales tienen que ver con las creencias, valores, expectativas, mitos, falsas realidades... que en ocasiones se transmiten de generación en generación, se perpetúan, se integran en el acervo cotidiano y que resulta complicado modificarlas. Finalmente, este tipo de normas constituyen lo que se denomina “normal” y por lo tanto lo aceptable y lo esperado. En el caso del consumo de drogas, tienen una considerable influencia.

Las normas legales tienen asignados una serie de profesionales para garantizar su cumplimiento, mientras que las sociales no. Se cumplen porque forman parte de la configuración del estilo de vida. Cuando una de estas normas necesita ser modificada tenemos que recurrir a estrategias ambientales, dirigidas a alterar los contextos culturales, sociales, físicos, económicos,... que influyen en la toma de decisiones de las personas sobre sus consumos.

MISIÓN

Conocer e interpretar permanentemente el fenómeno de las drogas para:

- Poder promover acciones encaminadas a preservar la salud de las personas que se relacionan con las drogas en el marco de la promoción de la salud.
- Ofrecer alternativas de cuidados y atención a quienes presentan problemas por consumos de drogas a través de una oferta pública integrada en el Sistema de Salud, en estrecha colaboración con otras estructuras (también públicas) que garanticen una plena integración.
- Adaptar las actuaciones a las variaciones del fenómeno.
- Determinar las responsabilidades, frente al fenómeno, de las administraciones públicas, de la población y de las estructuras civiles y promover acciones coordinadas y complementarias.
- Potenciar actitudes que reduzcan el interés social y la demanda de drogas
- Disminuir las desigualdades sociales favorecidas por los consumos de drogas, así como los comportamientos generadores de violencia.
- Adecuar las actuaciones con criterios de vulnerabilidad
- Promover actuaciones tendentes a mejorar las condiciones de vida y la integración social de las personas que no pueden abandonar los consumos.
- Aplicar en todo el proceso la perspectiva de género para garantizar el principio de la igualdad de trato y oportunidades a mujeres y hombres.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la salud de la población Navarra aportando elementos para que pueda gestionar de forma responsable sus relaciones con las drogas, mejorar sus condiciones de vida con especial atención a las personas que presenten problemas por consumos de drogas y colaborar con otras entidades y organismos que tienen relación en la evolución del fenómeno de las dependencias.

La consecución de este Objetivo General contempla cinco áreas de actuación cuyos objetivos son:

Objetivo del área de Gobernanza: Abordar el fenómeno social relacionado con el uso de drogas de forma planificada, coherente, corresponsable, participativa y con enfoque de género.

Objetivo del área de Prevención: Disminuir la prevalencia de los usos de drogas, retrasar la edad de inicio, reducir los usos problemáticos de drogas, así como disminuir los daños y consecuencias negativas de los usos de drogas en la población navarra.

Objetivo del área de Atención: Mejorar la asistencia de las personas con problemas relacionados con conductas adictivas, para ello, la Dirección de Salud Mental garantizará que puedan encontrar una respuesta indicada en los recursos de la Comunidad Foral. Los objetivos específicos de esta área están alineados con los del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.

Objetivo del área de Formación: Facilitar el acceso a la formación de los diferentes agentes institucionales y sociales para que puedan acometer los objetivos y el desarrollo de las líneas de actuación que desde el documento del PFD se les asignan.

Objetivo del área de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Información: Promover la investigación y el desarrollo de los diferentes sistemas de información, en aras a tener un mejor conocimiento de la evolución del fenómeno del consumo de drogas y de las actuaciones que en este ámbito se desarrollan. La obtención y el tratamiento de los datos estarán siempre desagregados por sexos.

DIAGNÓSTICO

Todo proceso de planificación precisa de una fase de diagnóstico previo. El diagnóstico nos permite conocer la realidad a la que deberán responder los objetivos, las metodologías y las actuaciones que propongamos. Asimismo, será un elemento fundamental para la evaluación posterior del Plan, ya que nos permitirá valorar sus resultados y procesos respecto a un diagnóstico inicial.

En coherencia con el modelo multidimensional de comprensión del fenómeno de las drogas del que partimos, hemos realizado un diagnóstico que ha procurado contemplar aspectos relacionados con las sustancias, pero también con el contexto en el que aparecen y con los individuos que se relacionan con ellas.

En su realización hemos utilizado diferentes técnicas de investigación:

- Análisis documental: memorias del Plan Foral de Drogodependencias (PFD), memorias de otras instituciones vinculadas con el Plan, investigaciones, etc.
- Entrevistas en profundidad semi-estructuradas a profesionales de distintos ámbitos.
- Encuesta por correo a centros educativos, centros de salud y programas municipales de drogodependencias.

En la presentación del diagnóstico partimos de un análisis sobre la evolución socioeconómica y sociocultural en Navarra. Este análisis es fundamental para poder contextualizar la evolución del fenómeno del uso de drogas, a la que nos referimos en el apartado 1.2. Posteriormente analizamos el contexto de las políticas sobre drogas en la Unión Europea, el Estado Español y la Comunidad Foral de Navarra. Tras ello, en el apartado 1.4. profundizamos en torno al grado de desarrollo que el Plan Foral sobre Drogodependencias ha tenido entre los años 1993 y 2008. Finalmente, los dos últimos apartados suponen una síntesis del diagnóstico. En el 1.5. hemos recogido las principales *ideas-fuerza* de cada uno de los apartados del capítulo². En el 1.6. aportamos las conclusiones obtenidas tras la aplicación de la técnica DAFO.

EVOLUCIÓN DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y SOCIOCULTURAL DE NAVARRA

La evolución de los consumos de drogas no es en absoluto ajena a las transformaciones de la sociedad en la que se producen. La situación económica de una sociedad, su grado de integración social, las posibilidades que brinda para que la población joven pueda construir proyectos de vida autónomos, el tipo de vínculos familiares, los valores sociales, etc., se constituyen en el contexto donde se produce la relación entre los individuos y las drogas, en el contexto que explica las motivaciones, la funcionalidad, la valoración social y las consecuencias de ese consumo. Podríamos decir que “la relación entre cambio social y drogas es, tan profunda, que incluso se pueden utilizar los acontecimientos relacionados con las drogas como indicadores de cambio social” (Comas, 1999). Por ello, y como primer paso de

² La mayor parte de esas *ideas-fuerza* van a ir apareciendo en recuadros al margen a lo largo del texto, junto a los argumentos que les han servido de base

este diagnóstico, ofrecemos a continuación una síntesis de las principales características de la sociedad navarra respecto a su demografía, nivel educativo, salud, economía, gasto social, juventud y valores. Todos los datos aportados han sido extraídos de fuentes secundarias procedentes de estudios elaborados por el Gobierno de Navarra u otras instituciones de ámbito estatal o europeo.

La evolución de los consumos de drogas se encuentra estrechamente vinculada a las transformaciones de la sociedad en la que se producen.

DEMOGRAFÍA³

En el año 2008 la Comunidad Foral tenía 620.377 habitantes, habiéndose incrementado desde mediados de los años 90 casi un 20% nuestra población. Básicamente este incremento viene dado por la notable incorporación de población inmigrante, que pasa de suponer el 1,7% de la población navarra en el año 2000, a representar un 10,7% en el año 2008. La tasa de natalidad asimismo comienza a aumentar ligeramente, después de muchos años cayendo, a lo que contribuyen también las nuevas pautas de fecundidad de la población recién incorporada. Ello hace que la pirámide de población vuelva a recuperar ese aspecto típico, ensanchando su base, y deje atrás la arriesgada forma, desde un punto de vista demográfico, de “botella de coca-cola”. A pesar de este cambio incipiente, el peso de la población menor de 15 años se ha reducido en diez puntos desde el año 1975 (hasta el 14,5%).

Las uniones de hecho son ya cuatro de cada diez entre las parejas de 15-24 años y uno de cada diez entre las de 35-44 años. Respecto a los matrimonios, en el año 2007 se igualan el número de uniones civiles con las religiosas. Por otra parte, los hogares unipersonales representan el 20% del total, y la mitad de ellos son de personas mayores de 65 años.

La población de Navarra se ha incrementado en los últimos 10 años, fundamentalmente a través de la incorporación de población inmigrante.

EDUCACIÓN⁴

A pesar del importante aumento del nivel formativo en las últimas décadas, los datos del año 2005 nos informan de que todavía más de cuatro de cada diez personas navarras adultas no había superado la educación secundaria obligatoria (en España también era el 50%, pero la media de la OCDE era un 28,9%). Por el contrario, la tasa de personas jóvenes (18-24 años) que abandonaron prematuramente el sistema educativo es de un 12%, porcentaje sensiblemente inferior al del resto del Estado e incluso al del conjunto de la OCDE (30% y 15% respectivamente). La tendencia en la última década ha visto una clara disminución de quienes tenían estudios primarios y un fuerte crecimiento de las titulaciones superiores, pero con un notable déficit del porcentaje de estudios secundarios tanto obligatorios como post-obligatorios que, por otra parte, constituye el grueso en nuestro entorno europeo. De acuerdo con los datos del Informe PISA, Navarra se sitúa en el grupo cuyo alumnado tiene un

³ Datos del INE y del Instituto de Estadística de Navarra

⁴ Sistema de indicadores de la educación en Navarra 2007 Departamento Educación del Gobierno de Navarra

rendimiento por encima de la media y donde, simultáneamente, tienen un impacto menor las variables económicas y culturales de la familia de origen en dichos rendimientos, lo que permite hablar de una mayor equidad del sistema educativo.

Disminuye la población con estudios primarios y se incrementa el número de personas con titulación superior. No obstante, más de 4 de cada 10 personas adultas no ha superado el nivel equivalente a la ESO.

SALUD⁵

La percepción de su propia salud (siete de cada diez personas navarras valoran su estado de salud como bueno o muy bueno) está notablemente influida por la clase social: en la medida que ésta es más elevada también mejora dicha percepción. Por el contrario, en algunos comportamientos con importante incidencia sobre la salud, como los relacionados con el uso del alcohol o del tabaco, la relación es inversa. Pero tal vez algunos de los datos más preocupantes están en el ámbito infantil donde por ejemplo, similar a lo que ocurre a nivel estatal, uno de cada cinco chicos y chicas de 2 a 17 años tiene sobrepeso, y otro 8,2% presenta obesidad. Los cambios en la denominada “Dieta Mediterránea”, junto con el incremento del sedentarismo, son factores muy presentes en esa situación.

Influencia de la clase social en la salud.

Riesgos para la salud vinculados a los estilos de vida

ECONOMÍA⁶

El PIB de la Comunidad Foral de Navarra crece a un ritmo medio del 3,3% anual hasta el año 2007, situándose en 30.900 euros per cápita, frente a los 24.600 de España o los 23.600 de la UE-27. A partir del año 2007 la crisis económica lleva a crecimientos negativos similares al resto de nuestro entorno.

En la reciente etapa de crecimiento la tasa de actividad ha llegado a elevarse hasta el 61%, en buena parte motivada por la fuerte incorporación de la mujer al mercado laboral, y prácticamente se rozaba el pleno empleo con un 3,5% de personas desempleadas entre la población activa. Con la crisis económica los últimos datos de paro se elevan hasta el 12,2%, tasa que sigue permaneciendo muy por debajo de los datos estatales. En todo caso, los efectos de esta situación son considerablemente más dramáticos para los colectivos en una situación de mayor vulnerabilidad, pero de manera muy significativa para la población inmigrante incorporada en la última década, que se encuentra con una incidencia mucho mayor del desempleo, problemas con las recién comprometidas hipotecas, etc.

La extensión de la pobreza en nuestra comunidad, un 18% de pobreza moderada⁷, está ligeramente por debajo de las cifras estatales, un 19,9%. Los índices de pobreza alta o severa⁸

⁵ Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006, referidos a Navarra

⁶ Instituto Estadístico de Navarra y Plan Estratégico de Servicios Sociales del Gobierno de Navarra (2008-2012)

⁷ Definida como el 60% de la mediana de la renta

⁸ Definidas respectivamente como el 40% y el 20% de la mediana de la renta

alcanzan al 7% y al 1,9% de la población navarra respectivamente, lo que nos sitúa en la zona baja entre el conjunto de comunidades autónomas.

El nivel de desarrollo económico de Navarra es superior a la media española. No obstante, los efectos de la crisis económica pueden afectar especialmente a los colectivos más vulnerables.

GASTO SOCIAL⁹

Según los datos analizados, en la época de bonanza económica no se ha aprovechado lo suficiente para mejorar la protección social y así, en el año 2005 (últimos datos disponibles) el gasto social, un 16,3% del PIB, era menor que el correspondiente a diez años antes, y representa solamente un 83% del gasto social medio realizado en la UE-27. Lógicamente en estos años ha crecido la intensidad del gasto, es decir la cantidad gastada por habitante, pero no el esfuerzo, es decir el porcentaje de nuestro PIB que incluso baja respecto al realizado en la UE.

El porcentaje del PIB dedicado a gasto social en Navarra ha sido inferior a la media de la UE-27

JUVENTUD¹⁰

Ajustando el foco sobre la juventud navarra, si algo podemos asegurar es que, a partir de los importantes cambios estructurales de las últimas décadas, se enfrenta a unos escenarios en permanente evolución. Para esta nueva realidad, las referencias que venían siendo transmitidas desde los espacios socializadores tradicionales no sirven. Por otra parte, las dificultades para la creación de proyectos vitales autónomos hacen que la “solidaridad familiar” sea la respuesta, alargando la permanencia en el hogar de origen de manera notable. Esto también conlleva nuevos tipos de relaciones intrafamiliares, forzando la redefinición de las mismas en un contexto en el que es obligado armonizar estilos de vida y expectativas no siempre fácilmente compatibles. La incorporación al mundo laboral no se produce de manera estandarizada, después de terminar un recorrido formativo claramente establecido, como venía siendo la norma; más bien al contrario: tienen lugar transiciones múltiples entre los estudios y el acceso al trabajo, con aproximaciones parciales que adoptan una gran variación de opciones de compatibilidad entre ambos ámbitos y que no siempre son lineales, sino que incluyen a veces recorridos regresivos. A pesar de ello sigue siendo una constante casi generalizable que a mayor nivel formativo la calidad del empleo tiende a ser también más consistente.

La situación del mercado laboral y de vivienda dificulta que la población joven construya proyectos vitales autónomos. Como consecuencia, se alarga la estancia en el hogar familiar. Este hecho obliga a una redefinición de las relaciones familiares.

En cuanto al ámbito del tiempo libre, y como veremos en el apartado 1.2.1., se produce una clara asociación entre el consumo de drogas y el uso y gestión del ocio. Pero en este ámbito también hay que destacar el elevado número de horas dedicado a la televisión (un tercio lo

⁹ Datos de Eurostat para Navarra y Gobierno de Navarra

¹⁰ Informe de Juventud del Gobierno de Navarra (2005)

hace entre 7 y 12 horas semanales), y el hecho de que un tercio no leyó ningún libro en el último año. Por el contrario, siete de cada diez tienen ordenador en casa, siendo más frecuente el uso diario de las nuevas tecnologías a medida que aumenta el nivel socioeconómico de las familias.

Los y las jóvenes identifican la felicidad con aspectos relacionales y ubican su identidad en lo local.

Para la juventud navarra la felicidad depende en cada vez mayor medida de normas y criterios individuales, por oposición a la definición tradicional de la misma por parte de las instancias socializadoras clásicas. Y dicha felicidad se concentra de manera muy significativa en aspectos relacionales (familia, pareja, amistades,...), mientras que las preocupaciones se diversifican, aunque el trabajo ocupa un lugar preeminente. Cada vez más ubican su identidad en lo local, en lo más próximo y cercano (el barrio, el pueblo...); al tiempo dicen no estar interesados por la política pero sí por cuestiones concretas a las que están dispuestos a apoyar. Finalmente, aunque la mayoría se declaran católicos, la religión pierde progresivamente espacio, especialmente desde una perspectiva institucional.

VALORES

La sociedad navarra no ha sido ajena a la redefinición de los valores que se han producido en la sociedad española y europea durante los últimos veinte años. A pesar de los factores que fomentan la diversidad en cuanto a los valores, es posible señalar dos grandes tendencias transversales en Europa¹¹ (estrechamente relacionadas entre sí): la individualización progresiva, y la secularización cada vez más generalizada, generando todo ello una implantación progresiva de la tolerancia hacia otras formas de pensar. Este hecho se concreta en una mayor libertad para organizar los comportamientos en la vida privada y, al tiempo, una mayor exigencia en el área de lo público. La familia o la religión pasan a ubicarse en lo doméstico y el trabajo o lo político en lo público, estando el espacio central ocupado por las amistades y el tiempo libre como elemento esencial en la búsqueda del bienestar personal.

Las amistades y el tiempo libre ocupan también el espacio central a la hora de buscar el bienestar personal en una sociedad cada vez más secularizada e individualizada.

EVOLUCIÓN DEL FENÓMENO DEL USO DE DROGAS

El fenómeno del uso de drogas es enormemente dinámico. Por ello, y para poder diseñar cualquier tipo de estrategia de intervención, resulta imprescindible realizar un análisis detallado sobre la magnitud, evolución y características del fenómeno en un momento histórico determinado y en un territorio en concreto. Afortunadamente, las posibilidades que actualmente tenemos para realizar un análisis de este tipo, son mucho mayores que las existentes durante el diseño del anterior PFD. En la actualidad, y aunque aún sea necesario mejorarlos, disponemos de series de estudios longitudinales y de sistemas de información que nos ayudan a interpretar parte del fenómeno.

¹¹ Según el European Values Study, una serie de encuestas iniciada en el año 1981 por la Universidad de Lovaina

En el primer bloque analizaremos los estudios disponibles sobre prevalencia. En el segundo bloque conoceremos otros indicadores indirectos (población atendida, morbi-mortalidad, ventas, etc.).

Hemos estructurado este apartado en dos grandes bloques. En el primero ofrecemos información sobre los estudios disponibles que analizan la prevalencia del consumo de drogas a través de encuestas sobre consumo declarado. En el segundo utilizamos otras fuentes indirectas para analizar las características del fenómeno en Navarra: población atendida en centros de tratamiento, morbi-mortalidad, datos sobre venta de tabaco y alcohol, datos sobre incautaciones de drogas ilegales, etc.

DATOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Para conocer los parámetros del consumo de drogas en la Comunidad Foral disponemos básicamente de dos fuentes de información¹²:

- Algunos datos desagregados a nivel autonómico procedentes de la encuesta domiciliaria (EDADES) que, con periodicidad bienal, lleva a cabo el Plan Nacional sobre Drogas entre la población de 15 a 64 años.
- La serie de encuestas de juventud (población 14-29 años) que la Fundación Bartolomé de Carranza llevó a cabo hasta el año 2002, que enlaza en su metodología con la desarrollada por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra en el año 2007.

La evolución del consumo de drogas en Navarra comparte muchísimos elementos con lo acontecido en el Estado Español y la Unión Europea durante el mismo periodo.

Del análisis de los datos obtenidos a través de estas encuestas podemos concluir que la evolución del consumo de drogas en Navarra comparte muchísimos elementos con lo acontecido durante el mismo periodo en el Estado Español y la Unión Europea. Señalamos a continuación cuáles son esos elementos comunes:

- El consumo de tabaco y alcohol sigue siendo el principal problema de morbi-mortalidad relacionado con el uso de drogas.
- Hasta el año 2002 se produce un crecimiento sostenido en el porcentaje de personas que declaran haber consumido alguna droga ilegal, mientras que las encuestas realizadas en la segunda mitad de esta década marcan una reducción.
- Aunque el consumo simultáneo de varias drogas siempre ha existido, el patrón de policonsumo incrementa su presencia.
- Relación cada vez más estrecha entre el consumo de drogas y los espacios y los tiempos de ocio. Este nuevo modelo de consumo, que es compatibilizado con unos estilos de vida muy integrados, es denominado “consumo recreativo” en la terminología del sector.

¹² No obstante, la mayor parte de la información que ofrecemos procede de la segunda fuente (serie de encuestas de juventud), puesto que se trata de un estudio específico de Navarra, que ha utilizado una muestra de mayor tamaño y ofrece una explotación de los datos más compleja

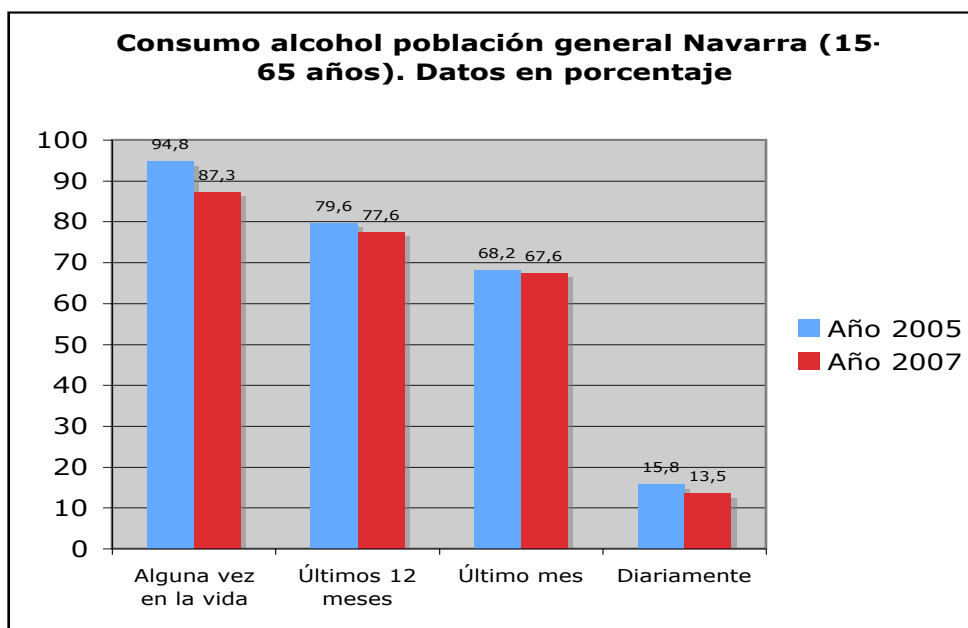
- Especialmente en el caso del consumo de alcohol, se extiende un modelo de consumo episódico pero intenso, que desde el mundo anglosajón es denominado “binge drinken”.
- Incorporación de las mujeres a los nuevos modelos de consumo, especialmente en el caso del tabaco y el alcohol.

Seguidamente realizamos un análisis más pormenorizado y diferenciado por sustancias. En todos los casos, cuando nos referimos a la población general, se trata de datos obtenidos a través de la encuesta EDADES, mientras que los datos referidos a población joven proceden de la serie de encuestas de juventud. Los tramos de edad contemplados en cada una de estas encuestas son muy diferentes (15-65 años la primera y 14-29 años la segunda), así como sus metodologías, por lo que los datos no son comparables.

ALCOHOL

Consumo de bebidas alcohólicas en la población general (15-65 años).

Gráfico 1. Porcentaje de población (15-65 años) consumidora de alcohol según la frecuencia de su consumo. Navarra. Años 2005 y 2007.



Fuente: Encuesta Edades. Delegación del Gobierno para el PNSD 2005-2007.

En el conjunto de la población navarra, el porcentaje de personas que señalan haber probado alguna vez en su vida el alcohol ha descendido en 7 puntos entre los años 2005 y 2007. En el resto de las categorías también se observa una reducción, pero mucho más leve.

Consumo de bebidas alcohólicas en la población joven (14-29 años).

Prácticamente 9 de cada 10 jóvenes de Navarra afirman haber probado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida y el 72,2% en el último mes. Algo más de la mitad señala mantener un consumo regular.

La edad media en la que dicen haber probado el alcohol por primera vez se sitúa en los 14,8 años, siendo ligeramente inferior en el caso de los varones.

La gran mayoría (9 de cada 10 entre quienes dicen beber) vinculan su consumo de alcohol con el fin de semana. Es precisamente en ese espacio donde se detecta un mayor porcentaje de personas con un consumo de riesgo¹³: 10,5%.

Alcohol:

Se estabilizan los datos sobre consumo de bebidas alcohólicas.

Estrecha vinculación entre consumo de bebidas alcohólicas y fin de semana.

Importante presencia del consumo intensivo y de las borracheras.

La mayoría de la población menor de edad percibe que se incumple la normativa sobre consumo de bebidas alcohólicas y menores.

Algo más de un tercio de los y las jóvenes declaran haber tenido en el último mes alguna experiencia de consumo intensivo de bebidas alcohólicas¹⁴, con una media de 2,1 episodios. También en el último mes afirman haberse emborrachado más de un 30%, pero incluso entre la población menor de edad lo señala el 18,8% de los chicos y el 15,9% de las chicas.

En cuanto a los lugares de consumo, y refiriéndonos a la población menor de edad, resulta relevante que dos de cada tres (66,7%) de aquellos y aquellas que declaran haber consumido bebidas alcohólicas, digan haberlo hecho habitualmente en lugares donde el consumo les está limitado por la Ley (fundamentalmente hostelería).

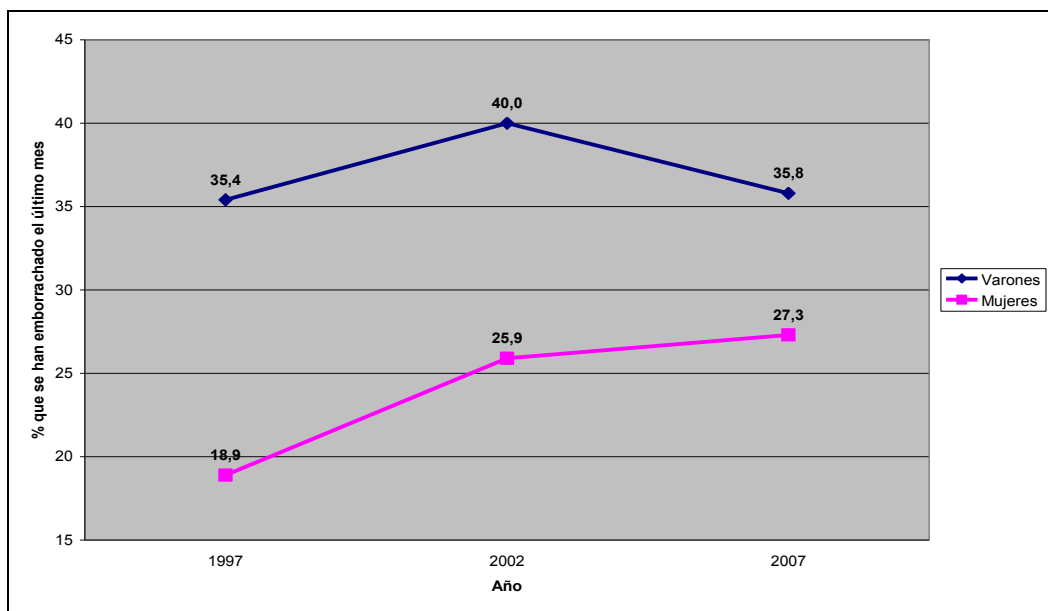
En conjunto, los datos globales sobre consumo de bebidas alcohólicas parecen estabilizados en los últimos diez años. Sin embargo, esos datos ocultan que se está produciendo una retirada masculina al tiempo que se produce una incorporación femenina. Aportaremos algunos datos al respecto:

- Entre los grupos de menor edad hay más varones que mujeres entre las personas que manifiestan no haber consumido alcohol en el último mes (43,6% frente al 46,2%). Esta tendencia se invierte en las edades superiores.
- Se aprecia una tendencia a la baja en las personas consumidoras de riesgo, pero ha sido especialmente por el descenso entre los varones, que pasan de un 20,1% en el año 1997 a un 12,7% en el año 2007, mientras que las mujeres se mantienen en torno al 11,5%.
- También en las borracheras lo más significativo es la evolución en la población femenina, como podemos observar en el siguiente gráfico.

¹³ Más de 6 unidades de bebidas alcohólicas en un día en el caso de los varones y 4 unidades en el caso de las mujeres. Se considera unidad de bebida alcohólica (UBA) 10 gr. de alcohol.

¹⁴ Cinco unidades de bebidas alcohólicas en el caso de los varones, y cuatro en el caso de las mujeres, en un espacio de dos horas y con una cierta pérdida de control.

Gráfico 2. Evolución del porcentaje de población (15-29 años) que se han emborrachado alguna vez según sexo. Navarra. Años 1997, 2002 y 2007.

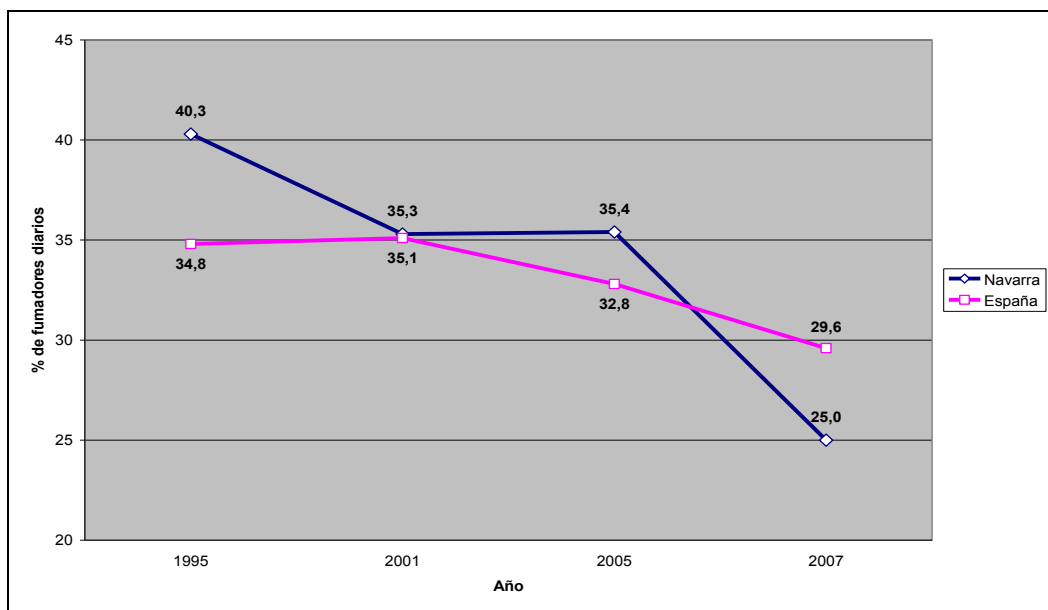


Fuente: Encuestas Juventud Fundación Bartolomé de Carranza 1997 y 2002. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007.

TABACO

Consumo de tabaco en la población general (15-65 años).

Gráfico 3. Evolución del porcentaje de población (15-64 años) que consume tabaco a diario en Navarra y en España. Años 1995, 2001, 2005 y 2007.



Fuente: Encuesta Edades. Delegación del Gobierno para el PNSD 1995-2007. Elaboración propia.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, el consumo de tabaco entre la población general ha experimentado un importante descenso en los últimos doce años, tanto en el caso de Navarra como en el Estado Español.

Consumo de tabaco en la población joven (14-29 años).

Entre la población joven navarra, la mayoría afirma no fumar (un 58,3%), un 13,2% que lo hace de manera ocasional, y un 28,4% diariamente. Los varones dicen fumar más que las mujeres, especialmente entre quienes declaran fumar a diario, si bien entre los y las menores de edad los porcentajes casi se igualan (el 12,4% entre los chicos y un 10,0% entre ellas).

Dicen haber comenzado, de media, a los 15,5 años, pero a los 14 años ya había un 5,9% que declaraba fumar diariamente y un 10,8% a los 15 años.

Tabaco:

Descenso en el consumo de tabaco en la población general y en la población joven.

Más de la mitad de la población joven navarra afirma no fumar, mientras que algo menos de un tercio dice fumar diariamente.

Los porcentajes de consumo de tabaco en la población joven son muy similares entre varones y mujeres.

Uno de cada cuatro jóvenes que han fumado alguna vez dicen haberlo intentado dejar en el último año, fundamentalmente por las molestias sentidas (en un 41,1%) y por la presión del entorno (en un 20,3%). El 28,2% de quienes lo intentaron no han vuelto a fumar; quienes volvieron fue básicamente por tener alguien cercano que fumaba, por estrés, o por haber aumentado de peso. La gran mayoría de quienes abandonaron el consumo (un 72,1%) dicen que lo hicieron sin ninguna ayuda.

Seis de cada diez jóvenes (un 58%) están a favor de que no se permita fumar en los lugares de ocio y el 16,6% se manifiesta en contra. Lógicamente los más favorables son quienes no fuman, pero incluso un 35,8% de quienes fuman diariamente están también a favor.

La evolución en los últimos diez años ha sido notable, descendiendo un 11% quienes afirman fumar tabaco a diario. Pero lo más sorprendente es que el descenso mucho más rápido entre la población femenina ha llevado a que en el grupo de 15-19 años, por primera vez, ya no son mayoría las mujeres que dicen fumar (ellas bajaron de un 36,1 a un 15,3%, y entre los chicos se pasó de un 33,8 a un 18,8%).

CANNABIS

Consumo de cannabis en la población general (15-65 años).

El consumo de cannabis en la población general ha seguido una tendencia similar en Navarra y en el conjunto de España, con un crecimiento sostenido desde el año 1995 hasta el año 2005 y un descenso en los datos del año 2007. La tercera parte de la población navarra (un 31,9%) declaró en la encuesta del año 2007 haber consumido alguna vez cannabis. Respecto al consumo en el último año, en el año 1995 el 9,8% de esta población declaró haberlo hecho;

en diez años crece de manera espectacular el porcentaje hasta situarse en la quinta parte de la población (19,5%); y en el año 2007 desciende hasta el 13,2%.

El cannabis es la droga ilegal más consumida, seguido a distancia por la cocaína y el speed/anfetaminas.

Consumo de cannabis en la población joven (14-29 años).

De acuerdo con las encuestas navarras a población joven, en el año 2007 el 43,4% afirmaba haber consumido alguna vez cannabis, hecho más frecuente entre los varones (un 48,6% frente al 38,5% de las mujeres). Un 21,7% señaló haberlo consumido en el último año y el 17,2% en el último mes. Dice consumirlo diariamente un 4,6% de la población joven navarra. Entre las personas que dicen consumir diariamente, los varones casi triplican a las mujeres (un 6,8% frente a un 2,5%).

De media dicen probarlo por primera vez a los 16,6 años, aunque un 13,5% ya lo hacía con 15 años o menos.

Más de la mitad (un 55,9%) manifiesta que la última vez que consumió cannabis fueron solamente unas caladas. Son también mayoría (un 74,6%) los que no hicieron ningún gasto la última vez que consumieron cannabis. Todo ello lleva a pensar que, especialmente entre quienes no consumen de manera frecuente, los consumos lo son más en función de un contexto grupal en el que la iniciativa no parte de ellos mismos.

El crecimiento permanente que venía observándose en el consumo de cannabis en cualquiera de los parámetros rompe su tendencia. En el año 2002, las cifras suponían que más del 50% de los y las jóvenes de 15 a 29 años declararon haberlo probado en alguna ocasión, que una cuarta parte dijo haber consumido en el último mes y el 7,5% a diario. Las cifras del año 2007, en cambio, nos muestran una ruptura de esa tendencia, bajando hasta 9 puntos en los consumos experimentales y casi en 3 puntos la declaración de consumo diario. Las diferencias de género apenas sufren variación, con un consumo declarado significativamente mayor de los varones.

El 43,4% de los y las jóvenes afirmó haber consumido alguna vez cannabis. De entre ellos son mayoría aquellos que la última vez que consumieron lo hicieron en función del contexto grupal (en más de la mitad de los casos fueron unas caladas, en 3 de cada 4 casos fueron invitados).

OTRAS DROGAS ILEGALES

Consumo de otras drogas ilegales en la población general (15-65 años).

En el conjunto de la población navarra las drogas ilegales con mayor presencia, además del cannabis, son la cocaína, que el 9,0% dice haber probado alguna vez y un 2,6% en los últimos 30 días; las anfetaminas o el speed, probados por un 7,6% de la población aunque solamente un 1,5% dice haberlo hecho en el último mes; y el éxtasis, que el 6,1% afirma haber

consumido de manera experimental y un 1,0% en los últimos 30 días. Sustancias como los alucinógenos, aunque dicen haberlo probado un 4,9%, apenas tienen un consumo regular, mientras que en el caso de la heroína, paradigma de las drogas en otros momentos, solamente un 0,8% de la población afirmó haberla consumido en alguna ocasión.

Tras un crecimiento constante en el consumo declarado de drogas ilegales, las encuestas del año 2007 señalan una reducción.

Consumo de otras drogas ilegales en la población joven (14-29 años).

Según los datos de la encuesta del año 2007, uno de cada cinco jóvenes (un 19,9%) dijo haber probado alguna de las drogas ilegales, sin considerar para ello el cannabis, un 10,2% en el último año y un 6,1% en los últimos 30 días. Es un consumo predominantemente masculino (llegan a triplicar el porcentaje en los consumos durante el último mes) y fundamentalmente presente en los grupos de edad más altos (24-29 años), con muy bajos porcentajes entre la población menor de edad.

En cuanto al tipo de sustancias más presentes, señalaremos a continuación los porcentajes de consumo “alguna vez en la vida”:

- Cocaína: 15%.
- *Speed*/anfetaminas: 13%.
- Setas alucinógenas: 10,2%.
- Éxtasis: 7,9%.
- LSD: 5,5%.
- Ketamina: 4,1%.
- Heroína: 0,4%.

Entre la población joven, el porcentaje de varones consumidores de drogas ilegales es muy superior al de mujeres.

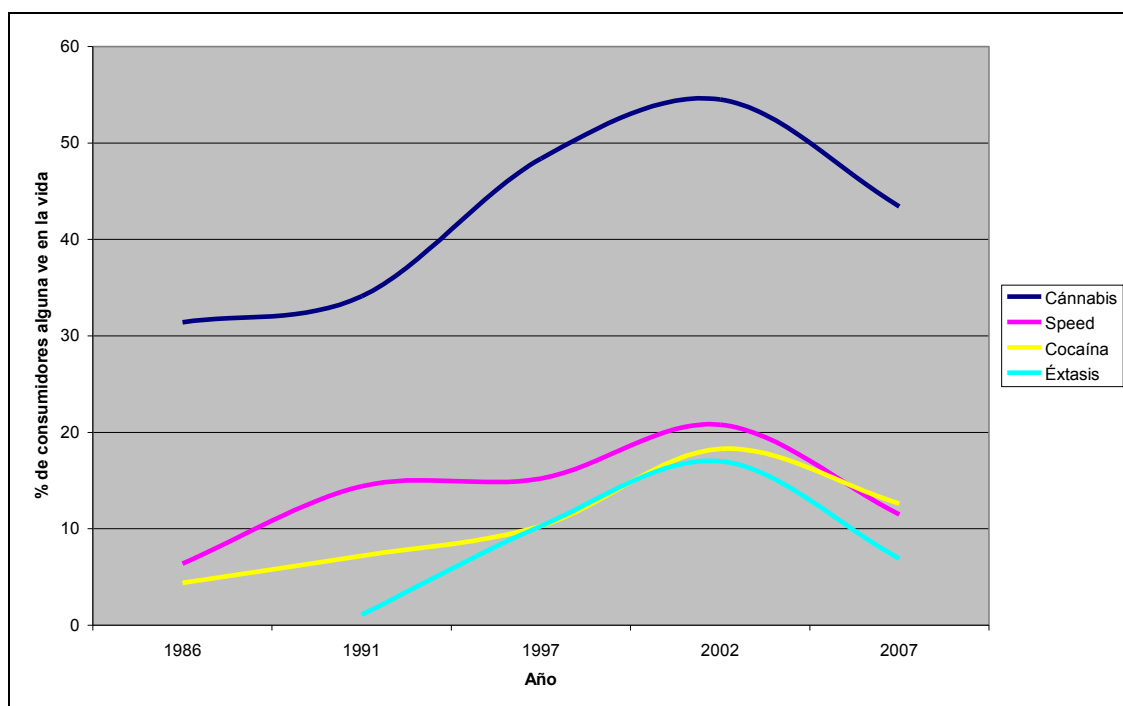
En cuanto a los porcentajes de consumo declarado en los últimos 30 días, solamente encontramos porcentajes que superen el 1% en el caso de cocaína y *speed* (un 3,8% y un 3,6% respectivamente) y en el de consumo de LSD (un 1,4%).

La edad media de inicio en el consumo de este tipo de drogas se sitúa entre los 17 y los 19 años.

Si tomamos las cifras disponibles desde el año 1986, podemos comprobar cómo se produce un espectacular crecimiento en el consumo de todas ellas hasta el año 2002, momento histórico donde los consumos llegaron a sus máximos niveles. Pero también hay que destacar el importante descenso que se constata en los datos del año 2007 y que nos llevan a niveles inferiores incluso a los observados diez años antes. Solamente hay que notar, como

excepción, la evolución del consumo de cocaína, que aunque también tiene un significativo descenso, éste no es tan elevado como en el resto de drogas y mantiene porcentajes de consumo declarado superiores a los del año 1997.

Gráfico 4. Evolución del porcentaje de población (14-29 años) que ha consumido "alguna vez en la vida" drogas ilegales según el tipo de sustancia. Navarra. Años 1986, 1991, 1997, 2002, 2007.



Fuente: Encuestas Juventud Fundación Bartolomé de Carranza (2002 y anteriores), y Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007.

OTRAS CARACTERÍSTICAS RELEVANTES EN EL CONSUMO JUVENIL

Las encuestas sobre consumo de drogas de Navarra nos ofrecen otras informaciones, no vinculadas a ninguna sustancia en concreto, que nos permiten aproximarnos a la comprensión del fenómeno:

- Policonsumo.

Entre la población joven navarra se observa que a medida que aumenta la frecuencia de consumo de tabaco se eleva notablemente la frecuencia de consumo de otras drogas ilegales (algo que no ocurre con el alcohol). A su vez, los mayores consumos de cannabis se asocian a mayores consumos de tabaco, pero también incrementan el consumo de otras drogas ilegales. Asimismo, no hubo ninguna persona entrevistada que hubiera consumido alguna droga ilegal durante el último mes sin asociarla al consumo de otras sustancias.

Importante presencia del policonsumo.

- Consumos intensivos.

El consumo intensivo de drogas es definido en la literatura del sector de la siguiente manera: 6-8 unidades de bebidas alcohólicas en un día¹⁵, según sean mujeres o varones; un paquete de tabaco diario; consumir cannabis diariamente; consumir semanalmente otras drogas ilegales. Este tipo de consumo, según la encuesta 2007 de Navarra, atañe a un 14,7% de la población joven. En los últimos diez años ha descendido el porcentaje global aunque la excepción es el alcohol entre las mujeres: su frecuencia no ha dejado de incrementarse hasta casi igualar en el año 2007 la de los varones (un 5,0% entre ellas por un 6,2% entre ellos).

- Perspectivas de consumo futuro.

La mayor parte de la población joven considera que el consumo de drogas corresponde únicamente con una etapa de su vida y no se ven consumiendo en el futuro. Así, dos de cada tres jóvenes fumadores piensan que dejarán de fumar; ocho de cada diez jóvenes creen que no consumirán cannabis en el futuro (incluidas las personas que no lo hacen ahora); y el 88,6% no se ven en un futuro consumiendo drogas ilegales (incluso entre quienes ahora lo hacen semanalmente, la cuarta parte cree que lo dejará y otra tercera parte que reducirá el consumo). Sin embargo, ocho de cada diez jóvenes entrevistados creen que mantendrán su relación con el alcohol como la que tienen actualmente.

La mayor parte de la población joven prevé que en el futuro abandonará el consumo de tabaco y drogas ilegales, pero mantendrá su relación actual con el alcohol.

- Percepción de riesgos y beneficios del consumo.

Para las personas entrevistadas en la encuesta 2007 de Navarra, los riesgos de consumir cualquiera de las drogas son notablemente mayores que los beneficios, si bien separan por una parte alcohol, tabaco y cannabis y, por otra, el resto de drogas ilegales. Para estas últimas, en una escala de 1 a 10, los riesgos se sitúan por encima del 9 en tanto que los beneficios en ninguna de ellas superan los 1,5 puntos. El alcohol es la que valoran con unos riesgos menores (6,68) y mayores beneficios (2,97). Por lo que respecta al riesgo, el consumo de cannabis y tabaco son prácticamente equiparables (en torno a 7,5), pero aprecian mayores beneficios en el consumo de cannabis (2,49) que en el hecho de fumar tabaco (1,82).

El alcohol es la sustancia sobre la que la población joven percibe menores riesgos y mayores beneficios. Asimismo, perciben más beneficios en el cannabis que en el tabaco.

¹⁵ Se considera unidad de bebida alcohólica (UBA) 10 gr. de alcohol.

OTROS INDICADORES INDIRECTOS SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL FENÓMENO

Otra manera de analizar la evolución del fenómeno consiste en observar algunos indicadores relacionados con sus consecuencias. En este caso ofrecemos información sobre el número y características de las personas atendidas o detectadas desde los distintos recursos socio-sanitarios de Navarra; las enfermedades y la mortalidad que el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales provoca; la evolución y características actuales del mercado de tabaco y alcohol, así como la situación del tráfico de drogas ilegales.

En la mayor parte de los casos hemos utilizado datos procedentes de los distintos sistemas de información existentes en Navarra. No obstante, también hemos debido recurrir a datos de ámbito estatal cuando no ha sido posible contar con información específica de la Comunidad Foral. Asimismo, otra importante fuente de información ha sido la percepción del colectivo de profesionales que trabajan en la atención a drogodependientes en Navarra, recogida a través de una serie de entrevistas en profundidad realizadas a una muestra tipológica¹⁶.

POBLACIÓN CON PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS REGISTRADA POR EL SISTEMA DE SALUD

Nivel Primario.

Según la estructuración por niveles de intervención planteada en el documento del Plan Foral de Drogodependencias, a la atención primaria de salud le han correspondido, entre otras, las tareas de detección y derivación. Por lo tanto, los centros de salud suponen una importante fuente de información sobre el número de personas con problemas relacionados con el uso de drogas. El análisis de su sistema de información OMI nos ofrece los siguientes datos:

- * Casos consumo excesivo alcohol detectados por atención primaria de salud: 1% población mayor 15 años.
- * Casos abuso medicamentos y drogas detectados por atención primaria de salud: 0.5% población mayor 15 años.
- * Casos atendidos en servicios sociales: 0,2% población mayor 15 años.
- * Población atendida Programa Drogodependencias CSM: entre el 0,2 y el 0,3% de la población mayor de 15 años.

- Casos registrados con fecha 31 de agosto de 2009:
 - Casos por abuso excesivo de medicamentos y drogas¹⁷: 2.383 (0,54% de la población navarra mayor de 15 años).
 - Casos por consumo excesivo de alcohol¹⁸: 5.098 (0,97% de la población navarra mayor de 15 años).

¹⁶ Realizamos entrevistas a profesionales de 8 equipos que atienden a población drogodependiente en Navarra. Asimismo, realizamos otras 8 entrevistas a profesionales del ámbito jurídico-penitenciario y de entidades sociales.

¹⁷ Según los criterios de la CIAP Código Internacional de la Atención Primaria http://www.iqb.es/patologia/ciap/ciap_toc.htm

¹⁸ Según los criterios de la CIAP Código Internacional de la Atención Primaria http://www.iqb.es/patologia/ciap/ciap_toc.htm

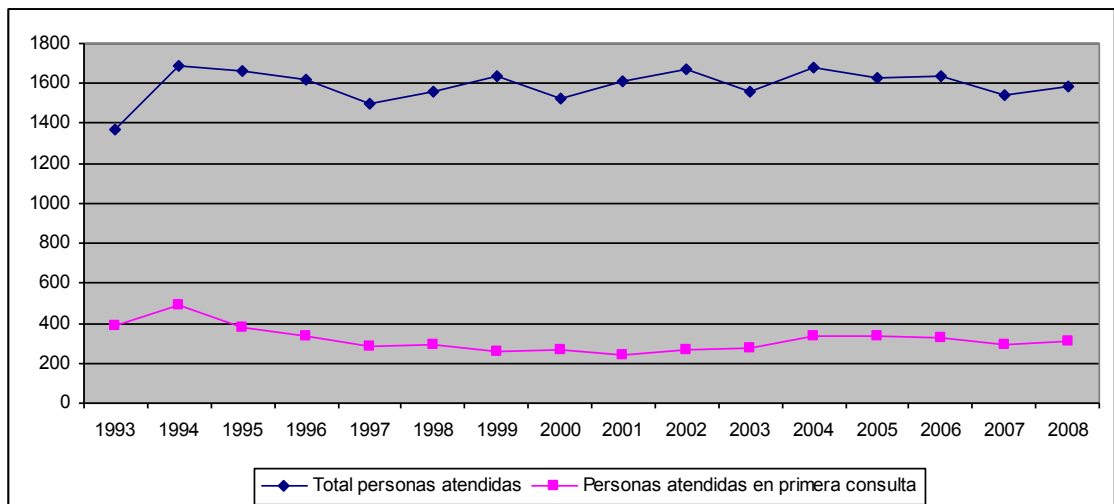
Otro importante espacio para la detección es el constituido por los servicios sociales de atención primaria. Desde estos servicios se utiliza un sistema de información denominado "Sistema de Información sobre Usuarios de Servicios Sociales" (SIUSS). Este sistema permite registrar los casos cuyo "sector de referencia", siguiendo la terminología que utilizan en la gestión del sistema, es la toxicomanía.

- Nº. de casos nuevos atendidos durante el año 2009: 482 (0,09% de la población navarra mayor de 15 años).
- Nº. total de casos atendidos durante el año 2009: 1.099 (0,21% de la población navarra mayor de 15 años).

Nivel Secundario.

Los centros de salud mental (CSM) han constituido el eje del nivel secundario de intervención. A ellos les han estado encomendadas las siguientes tareas: el diagnóstico, el desarrollo de determinados tipos de tratamientos ambulatorios, la derivación a recursos específicos y el seguimiento de pacientes derivados. El número de personas atendidas en el Programa de Drogodependencias de los CSM ha seguido un proceso bastante estable a lo largo de los años. En cuanto al total anual de población atendida, el número mínimo fue en el año 1993 (1.370 personas; 0,26% de la población navarra mayor de 15 años), mientras que el máximo lo encontramos en el año 2004 (1.683 personas; 0,32% de la población navarra mayor de 15 años). Si analizamos a las personas atendidas por primera vez, encontramos el número mínimo en el año 2001 (238 personas) y el máximo en el año 1994 (491 personas).

Gráfico 5. Evolución del número de población atendida en C.S.M. Total personas atendidas y primeras consultas. Navarra. Años 1993-2008.



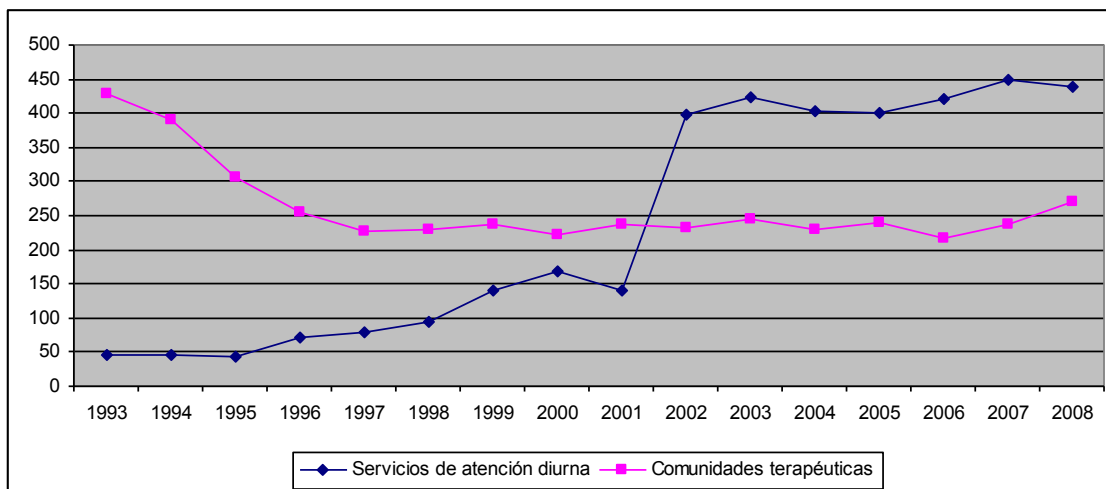
Fuente: memorias del PFD.

Programas Específicos.

En cuanto a los programas específicos¹⁹, la evolución de la población atendida en comunidades terapéuticas ha sido muy estable desde el año 1997, mientras que en los servicios de atención diurna se ha producido un incremento notable a partir del año 1998. Los datos de población atendida durante el año 2008 son los siguientes:

- Servicios de atención diurna²⁰: 440 procesos terapéuticos.
- Comunidades terapéuticas: 271 procesos terapéuticos.

Gráfico 6. Evolución del número de población atendida en servicios de atención diurna y CC.TT. Navarra. Años 1993-2008.



Fuente: memorias del PFD.

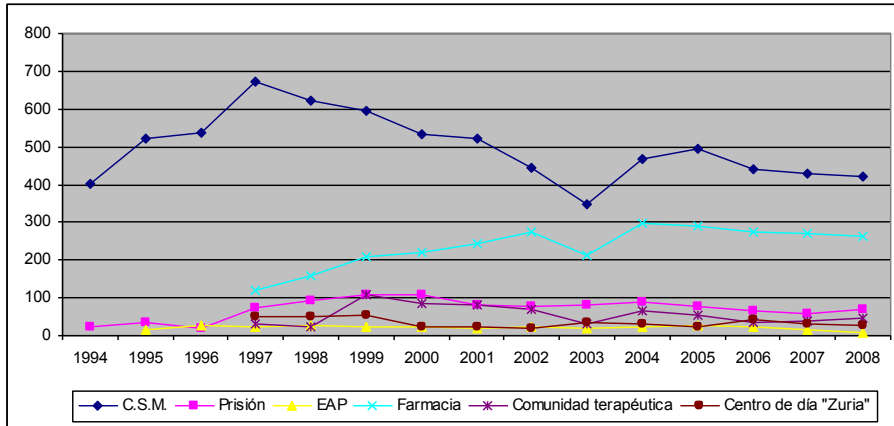
Asimismo, también disponemos de los datos de población atendida en el programa de mantenimiento con metadona²¹. Este programa fue implantado en toda la red de CSM en el año 1994 y posteriormente fue extendido a otros espacios: prisión provincial, centros de salud, farmacias, centro de día Zuria y comunidades terapéuticas. En este caso, tras un incremento paulatino de la población atendida durante los años 1994-1997, se observa una estabilización en el número de procesos de atención. Asimismo, a partir del año 1997 se reduce la atención desde los CSM y se incrementa la realizada desde otros espacios, especialmente en farmacias. Los datos disponibles no nos han permitido determinar el número de personas que se encuentran en programa de mantenimiento con metadona, ya que un mismo individuo puede haber sido atendido durante un año en más de un centro. No obstante, estimamos que durante el año 2008 participaron en torno a 450 personas distintas en este programa.

¹⁹ Estos datos no pueden ser sumados a los facilitados sobre población atendida en CSM, ya que en muchos casos son las mismas personas ya registradas en el Programa de Drogodependencias de la Subdirección de Salud Mental. Asimismo, tampoco pueden ser sumados entre sí, ya que en algunos casos una misma persona puede haber utilizado ambos recursos en un mismo año.

²⁰ Hospitales de Día Psiquiátricos, Hospital de Día Zuria, Centro de Día Aldatu.

²¹ En este caso tampoco se pueden sumar los datos a los anteriores, ya que las personas atendidas en el programa de mantenimiento con metadona figuran (en su práctica totalidad) ya registradas en los datos de los CSM, los centros de día o las comunidades terapéuticas.

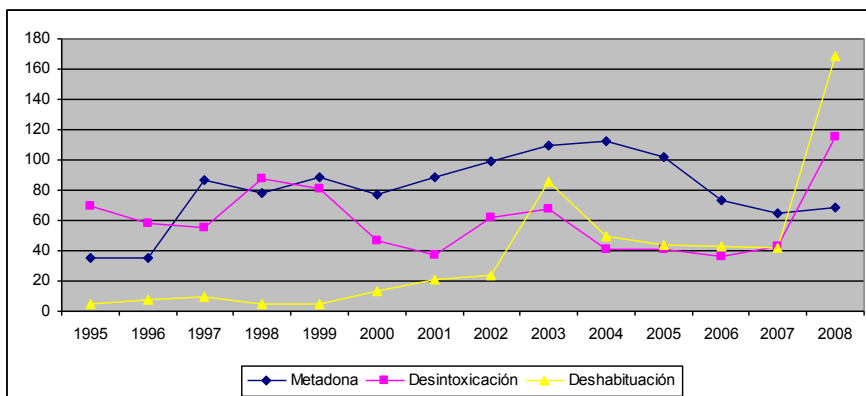
Gráfico 7. Evolución del número de población atendida en programas de mantenimiento de opiáceos por centro de dispensación. Navarra. Años 1994-2008.



Fuente: memorias del PFD.

Finalmente, también consideramos necesario hacer referencia al ámbito penitenciario, un espacio en el que claramente está sobrerrepresentada la población con problemas relacionados con el uso de drogas²². En cuanto al programa de mantenimiento con metadona, tras un incremento entre los años 2001 y 2004 de la población atendida, se inicia un progresivo descenso en el número de procesos terapéuticos. Respecto a los otros dos programas (desintoxicación y deshabitación), durante el año 2008 se ha producido un notable repunte. El número de procesos terapéuticos en el programa de mantenimiento con metadona en el año 2008 fue de 69, 115 en desintoxicación y 169 en deshabitación²³.

Gráfico 8. Evolución del número de población atendida en programas de drogodependencias en prisión de Pamplona. Años 1995-2008.



Fuente: memorias del PFD.

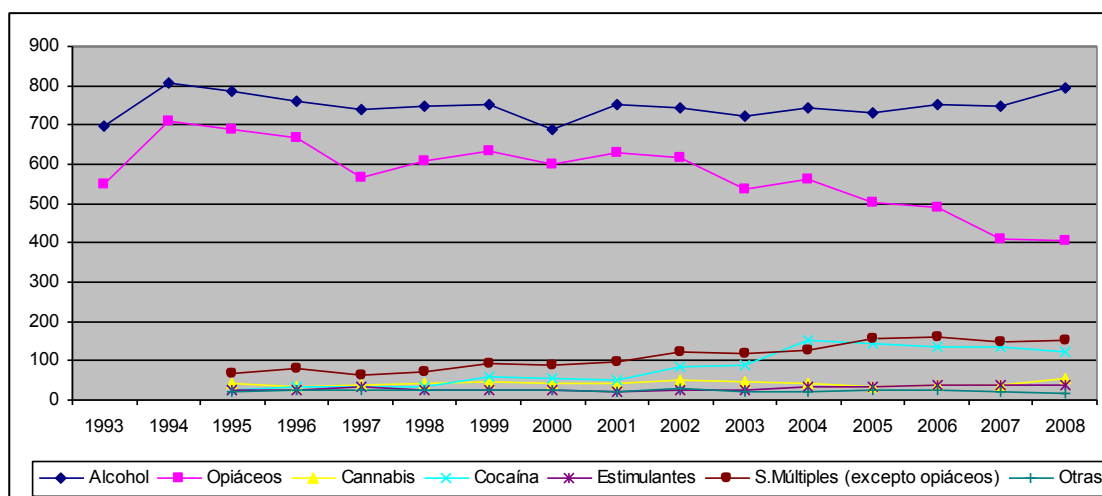
22 Según los datos de la encuesta estatal sobre salud y drogas realizada por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en el año 2006, el 42,7% de la población penitenciaria había consumido cannabis en los últimos 30 días que estuvo en libertad, el 31,1% cocaína y el 24,3% heroína. La prevalencia en los últimos 30 días en prisión es menor, aunque sigue siendo muy significativa: 27% cannabis, 5,5% heroína y 5% cocaína.

23 Estos datos no pueden ser sumados entre sí, ya que en algunos casos se trata de las mismas personas que han estado en varios programas durante el mismo año.

SUSTANCIA O SUSTANCIAS QUE MOTIVAN LA DEMANDA DE TRATAMIENTO²⁴

El análisis de la sustancia que motiva la demanda de tratamiento nos informa sobre una clara tendencia hacia el descenso en la categoría “opiáceos”, mientras que se incrementa el número de personas cuya demanda de tratamiento está motivada por el consumo de “múltiples sustancias” y “cocaína” y se mantiene estable la población englobada en la categoría “alcohol”.

Gráfico 9. Evolución del número de población atendida en C.S.M. por sustancia que motiva el tratamiento. Navarra. Años 1993-2008.



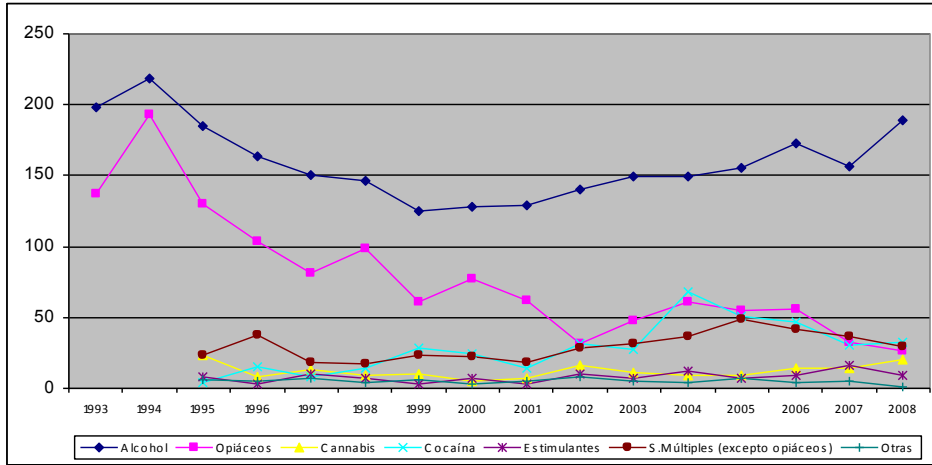
Fuente: memorias del PFD.

Si el análisis se circunscribe a la población que acude a tratamiento por primera vez, el proceso de descenso en la categoría “opiáceos” es aún más acentuado. Las categorías “múltiples sustancias” y “cocaína” suben hasta el año 2004-05, donde el crecimiento se detiene e incluso desciende levemente.

Clara tendencia hacia el descenso en el número de personas que están en tratamiento por consumo de heroína, mientras que se incrementa en el caso de la cocaína y “sustancias múltiples”.

²⁴ Aunque se trata de una tendencia presente en todas las modalidades de tratamiento, circunscribiremos el análisis a los datos de la población atendida en la red de CSM

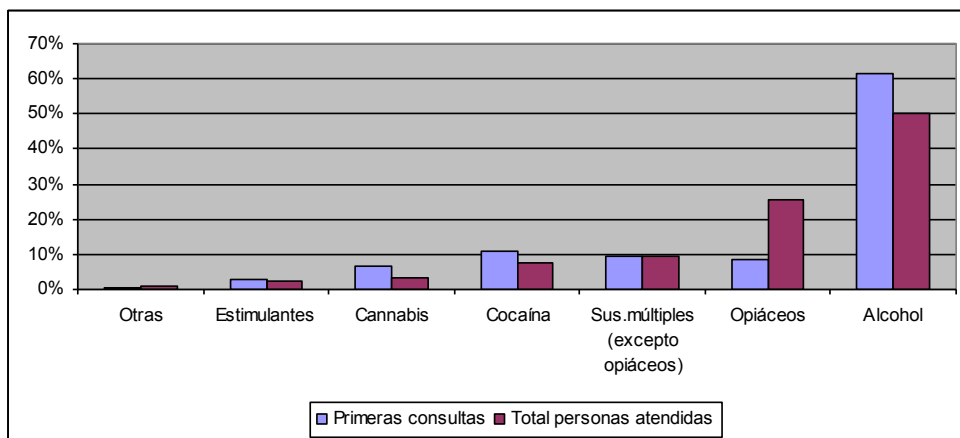
Gráfico 10. Evolución del número de población atendida en primera consulta en C.S.M. por el tipo de sustancia que motiva el tratamiento. Navarra. Años 1993-2008.



Fuente: memorias del PFD.

En el siguiente gráfico, referido al año 2008, podemos observar cómo una de cada cuatro personas atendidas lo es por consumo de “opiáceos”, mientras que en las personas que acudieron por primera vez a tratamiento el porcentaje no alcanza ni siquiera el 10%, viéndose ya superado por las categorías “cocaína” y “sustancias múltiples”. Podríamos concluir que la incorporación de nuevos pacientes adictos a opiáceos está convirtiéndose en residual, aunque en la Red se mantiene un núcleo importante de personas que iniciaron su contacto por dependencia a opiáceos.

Gráfico 11. Porcentaje de pacientes en C.S.M. por tipo de sustancia. Primeras consultas y total de población atendida. Navarra. Año 2008.



Fuente: memorias del PFD.

No obstante, y según la percepción del colectivo de profesionales de la red de atención a drogodependientes a los que hemos entrevistado, se podría definir a la mayor parte de la población atendida como policonsumidora, incluso en aquellos casos cuya demanda de tratamiento es registrada como “cocaína”, “opiáceos” u otra.

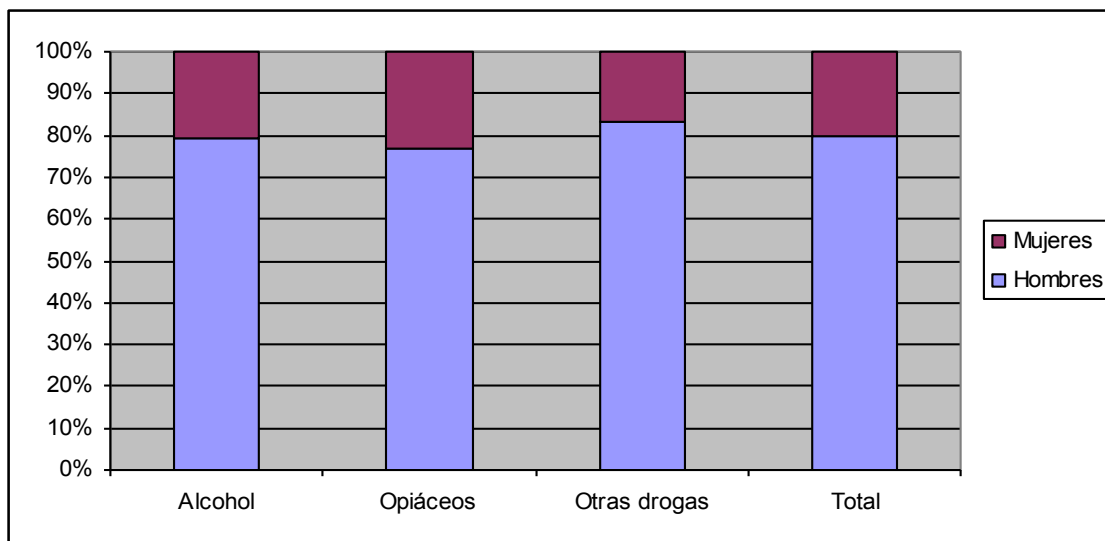
OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Menor porcentaje de mujeres

En cuanto a la distribución por género, se observa una presencia mayoritaria de hombres. Tanto en el total de la población atendida, como en la población atendida por primera vez, el porcentaje de hombres se sitúa en torno al 80%. Este porcentaje es similar en todas las modalidades de tratamiento y para todas las sustancias que motivan la demanda. Asimismo, se trata de un porcentaje que también aparece en los datos de las redes asistenciales de otras comunidades autónomas. Parece que el incremento en los consumos de drogas por parte de la población femenina, indicado por las investigaciones, no se ha traducido aún en un aumento de las demandas de tratamiento.

Población atendida mayoritariamente masculina. El incremento en los consumos de drogas por parte de la población femenina no se ha traducido aún en un aumento de las demandas de tratamiento.

Gráfico 12. Porcentaje de pacientes en C.S.M. por tipo de sustancia y sexo. Navarra. Año 2008.



Fuente: memorias del PFD.

En las entrevistas a profesionales de la red de atención se hizo referencia a la infrarrepresentación de las mujeres.

...las mujeres es algo más silente, más solapado, más invisible y entonces...y no llegan tanto las mujeres...pues las mujeres se sienten más necesitadas en el hogar, en el cuidado de los niños que los hombres...

Se señaló que la violencia de género afecta de manera especialmente grave a las mujeres atendidas desde la red asistencial. Sin embargo, los recursos comunitarios de atención a este fenómeno no atienden suficiente o adecuadamente esta realidad.

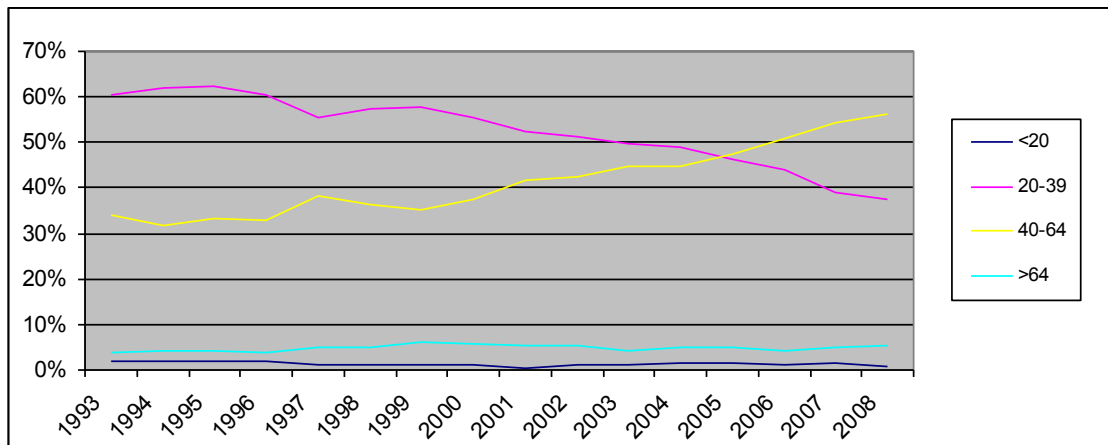
En un estudio sin publicar sobre los centros de día²⁵ aparece que más del 50% de las mujeres atendidas estaban sufriendo o habían sufrido violencia de género...Y encima, después a la hora de utilizar los recursos comunitarios, pues, sobre todo si hay un consumo activo, quedan excluidas de todo...Incluso en las casas de acogida una de las normativas es: las dependencias quedan excluidas.

Transformación en las edades de la población atendida.

El análisis de la evolución desde el año 1993 nos informa sobre un incremento de las personas de 40-64 años, paralelo a la reducción en el grupo de edad 20-39 años. De esta forma, el grupo de 40-64 años pasa a ser el mayoritario a partir del año 2005.

El grupo mayoritario de pacientes es el de 40-64 años.

Gráfico 13. Evolución del porcentaje de pacientes en C.S.M. por grupos de edad. Navarra. Años 1993-2008.



Fuente: memorias del PFD.

En las entrevistas a profesionales de la red de atención a drogodependientes se remarcó la influencia que tiene este incremento en la media de edad, especialmente en el trabajo sobre aspectos relacionados con la incorporación socio-laboral.

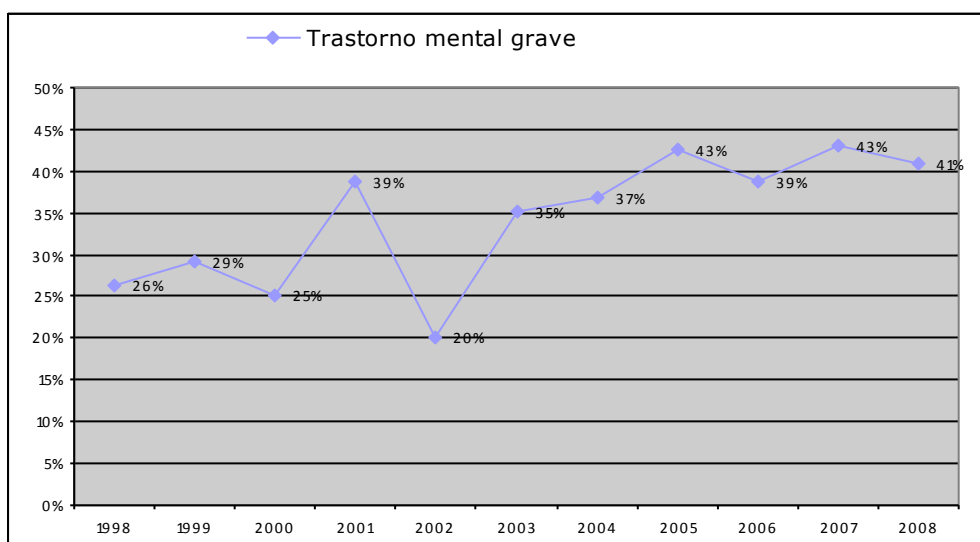
²⁵ Amor, P J , Corral, P J , Bohórquez, I A , Oria, J C , Rodríguez, M , López, F , Calderón, d Violencia de pareja y adicción a drogas en centros de día, 2007 ASECEDI (en prensa)

Trastornos mentales graves.

Según la opinión recogida en las entrevistas a profesionales de la red, el incremento de las personas afectadas por trastornos mentales graves es una de las principales transformaciones que se han producido en las características de la población drogodependiente atendida. El único dato disponible es el referido a su incidencia en las comunidades terapéuticas. En ese caso, un porcentaje próximo al 43% de la población atendida durante el año 2008 en estos centros tenía diagnosticado algún trastorno mental grave.

Gráfico 14. Evolución del porcentaje de población con trastorno mental grave atendida en comunidad terapéutica.

Navarra. Años 1998-2008.



Fuente: memorias del PFD.

Incremento en la heterogeneidad de la población atendida.

En este caso no podemos aportar datos cuantitativos, pero sí la percepción recogida a través de las entrevistas a profesionales. A partir de su análisis hemos podido distinguir diferentes perfiles atendidos: población en situación cronicada, personas con adicción al alcohol, jóvenes con trastornos mentales asociados, jóvenes que acuden por presiones familiares o judiciales y adultos con un grado aceptable de integración social.

Aumento en la heterogeneidad de perfiles atendidos: personas jóvenes; personas con edad avanzada; personas con trastorno mental grave; personas muy cronicadas y en situación de exclusión grave; personas con una situación de incorporación social aceptable; personas con adicción al alcohol; jóvenes que acuden por presiones familiares o judiciales.

- Población cronicada. Se trata de personas que iniciaron su contacto con la red asistencial a principios de los años 90. Sus primeras demandas de tratamiento fueron por consumo

de heroína, aunque en la actualidad tienen dificultades relacionadas con el consumo de diferentes sustancias. Han tenido múltiples experiencias de tratamiento. En gran parte de los casos sufren algún trastorno psiquiátrico. Se encuentran en una situación de grave exclusión social en al menos alguno de los siguientes ámbitos: laboral, residencial, económico, educativo, relacional, etc.

Es un grupo que se ha ido empobreciendo en lo laboral, en las relaciones familiares, en las relaciones sociales y que tienen una dificultad mayor para todo, para emplearles, para buscar un..., necesitarían casi una residencia de apoyo tutelado donde poder estar.

...son personas con problemas de salud mental, que no van a poder trabajar, necesitamos un montón de recursos a la vuelta y además actividades ocupacionales, pero no laborales.

Y son muy pocos los que se han incorporado al mercado laboral, y sobre todo los que se mantienen en dicho mercado laboral.

La edad de estas personas explica en parte que la media de edad en la población atendida por la red asistencial se esté incrementando notablemente.

En la mayor parte de los casos se encuentran en programa de dispensación de metadona, aunque mantienen consumos de otras drogas, especialmente de bebidas alcohólicas.

...estos pacientes no están libres de drogas, están consumiendo alcohol de tal manera, que al final los mata el alcohol.

...y entonces la mayoría ha empezado con el alcohol, independientemente de si tomaban antes o no.

- Personas con adicción al alcohol y, en algunos casos, con trastornos mentales de diferente gravedad. Son, junto a lo que hemos denominado “población cronificada”, las personas con una edad más elevada en la red.

De alcohol son más viejos. No tienen siempre patología mental asociada.

Sí que nos aparece población consumidora de alcohol con una edad elevada, y elevada me refiero a tercera edad. Pues gente de 60 años, de 73 que hemos llegado a tener.

Suelen acudir a solicitar tratamiento cuando ya se encuentran en una situación muy deteriorada.

Los de alcohol empiezan más tarde a venir, cuando ya están más fastidiados físicamente y cuando su ambiente está más deteriorado también...

- Jóvenes con trastornos mentales asociados.

Yo creo que todos esos más jóvenes, la mayor parte, vienen porque han tenido un episodio psicótico, han estado, en un momento dado, o atendidos en urgencias o ingresados y llevan un seguimiento desde aquí.

- Jóvenes que acuden por presiones familiares o judiciales.

...pero también vienen directamente por iniciativa de los padres...En el caso de jóvenes de 17 años en adelante, sí que a mí me ha tocado ver por orden judicial que vienen que les han pillado trapicheando y cosas así. Entonces, bueno, ahí se ve la implicación del paciente, cómo los chavales se implican menos, si vienen por iniciativa de los padres o por orden judicial.

- Adultos que comienzan a tener problemas de adicción cuando ya habían logrado un grado aceptable de integración social.

...personas que quizás han comenzado a consumir en una época de su vida y al llegar a una edad adulta es cuando caen en la adicción...y entonces hacen crack...

...hay que pensar que, por ejemplo, en nuestro centro más de la mitad están trabajando cuando acuden...

...personas que normalmente tienen un trabajo, y tienen unos horarios y disponen de un dinero...

En ese sentido, alguna de las personas entrevistadas señalaba la necesidad de enfocar la incorporación social de una manera distinta en estos casos.

...el tratamiento de incorporación social de esas personas pues no tiene que ser tanto formativo, sino de recuperar las habilidades que las han tenido.

Estas personas acuden a tratamiento cuando ha surgido algún tipo de crisis que ha provocado el desmoronamiento de su vida cotidiana.

Cuando hay un descalabro ya económico, o una situación judicial o familiar extrema, es cuando vienen.

...excepto cuando ya aparece un brote psicótico, una situación claramente paranoica. Entonces ya, dices ¿qué es esto?, que a mis amigos no les ha pasado pero a mí sí.

MORBI-MORTALIDAD RELACIONADA CON EL CONSUMO DE DROGAS

En este caso tenemos que recurrir fundamentalmente a datos referidos al conjunto del Estado Español, ya que apenas disponemos de datos específicos sobre Navarra.

Tabaco.

La mortalidad por tabaquismo aumenta de manera muy considerable en España desde mediados del siglo XX hasta el año 2001, momento en el que alcanza un pico de 54.000 personas fallecidas por esta causa. A partir del citado año, la disminución del consumo de tabaco entre los varones adultos empieza a reflejarse en las estadísticas de mortalidad, habiendo bajado ligeramente de la cifra de 50.000 muertes anuales. Aún así, el 25% de las muertes atribuidas al tabaco se producen prematuramente, es decir, antes de lo esperado para la cohorte de edad de la persona fallecida. La incidencia del género es determinante: un 92,5% de las muertes fueron entre hombres y el 7,5% entre mujeres, si bien la evolución de los últimos datos apunta a un incremento de los porcentajes femeninos.

El tabaco y el alcohol son las sustancias que provocan, con diferencia, una mayor morbi-mortalidad: aproximadamente 60.000 muertes al año.

Alcohol

A partir de un estudio realizado por Ochoa et al.²⁶, estiman para el año 2004 en 8.391 el número total de muertes relacionadas con el consumo de alcohol, lo que supone un 2,3% del total de fallecimientos y una tasa de 19,4 por cien mil habitantes, habiéndose mantenido con notable estabilidad en los últimos cinco años. Las diferencias de género son significativas: 3 varones por cada mujer.

En un estudio realizado por Fierro y Yáñez²⁷, se analizó también la mortalidad prematura relacionada con el consumo de alcohol en el año 2004, calculando los años potenciales de vida perdidos (APVP). Se estimó que durante ese año se perdieron 118.411 APVP, 4 veces más en varones, y la media de APVP por cada muerte atribuible al consumo de alcohol fue de 22,6 años.

Drogas ilegales.

La estimación exacta de todas las muertes relacionadas de una u otra manera con el consumo de drogas ilegales resulta complicada desde un punto de vista metodológico. Si nos centramos en las muertes por reacción aguda a drogas (conocidas habitualmente como muertes por sobredosis), en los datos recogidos a nivel estatal²⁸ se observa un aumento espectacular desde el año 1983 hasta el año 1992, pasando de 266 a cerca de 1.800 muertes anuales. Disminuyen rápidamente hasta situarse en las 1.100 a mediados de esa década y, a partir de entonces, desciende muy lentamente, estimándose para el año 2004 en torno a las 800 muertes. Con toda probabilidad esta evolución está directamente relacionada con la difusión de los tratamientos con metadona y otros programas de reducción del daño, así como con la disminución relevante del consumo por vía parenteral. Sin embargo, resulta significativa la creciente presencia de cocaína (sin acompañar de opioides), que supone ya una de cada cinco muertes en el año 2005 y, aún así, se sospecha infranotificada su incidencia por desconocimiento en ciertos casos de su relación con el fallecimiento.

La puesta en marcha de los programas de mantenimiento con metadona, y de otras estrategias como la distribución de jeringuillas, han influido en el descenso de las muertes por sobredosis y en la reducción de los casos de VIH/SIDA relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral.

26 Ochoa et al. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-04. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006

27 Fierro, I y Yáñez, J.L. Mortalidad prematura relacionada con el consumo de alcohol 2004 en España y en las diferentes comunidades autónomas españolas. Revista Atención Primaria Vol 42 Nº 2

28 Informes del Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas

Mortalidad relacionada con accidentes de tráfico.

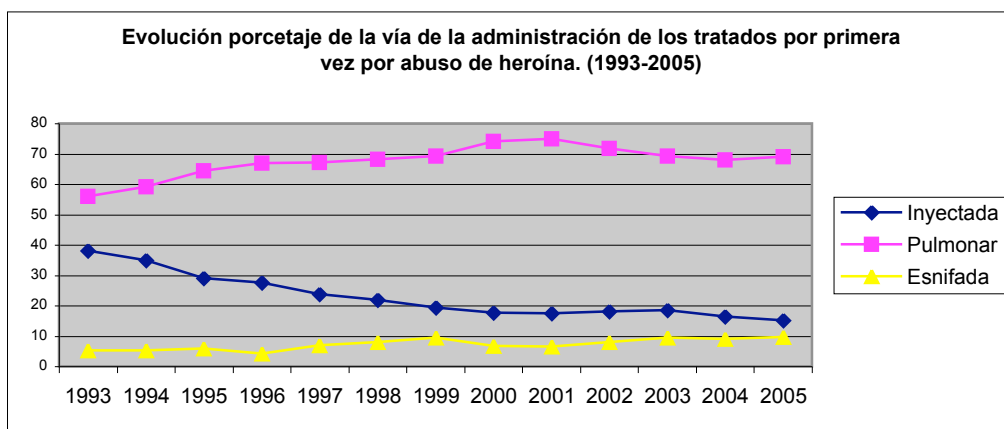
El Instituto Nacional de Toxicología, a partir de las autopsias realizadas a los conductores y las conductoras que fallecieron en accidentes de tráfico, realiza anualmente un estudio de los análisis toxicológicos realizados, oscilando su número entre 1.000 y 1.500 casos anuales. De los analizados en el año 2004, un 43% ocurrieron en fin de semana o festivos, el 90% eran varones, y el grupo mayoritario tenía entre 21 y 30 años. Un 42% de los casos dieron positivo a alguno de los tóxicos investigados (alcohol, drogas ilegales y psicofármacos). El alcohol fue el más detectado: estaba presente en un 36,1% de los casos, en tanto que se encontró cocaína en un 5% del total y cannabis en un 1,8%.

Infecciones asociadas a la inyección de drogas.

En el conjunto de España, desde los primeros registros a mediados de los ochenta, los casos de SIDA relacionados con la inyección de drogas crecen de manera exponencial y a finales de esa década llegan a representar siete de cada diez casos declarados (un 69,7% en el año 1990). A partir de ahí el porcentaje disminuye, incrementándose proporcionalmente el correspondiente a transmisión sexual que, desde 2003, supera a los casos ligados al consumo de drogas. En el caso de Navarra este cambio se produjo varios años antes, en 1996.

La proporción de población inyectora de drogas en el conjunto de las nuevas infecciones por VIH representa un porcentaje cada vez menor llegando en el año 2006 a un 11,5%, cuando en el año 2003 era de un 19% (a partir de un estudio en 8 CC.AA.). Esta disminución está notablemente relacionada con la difusión de los programas de tratamiento con metadona y el cambio de vía en el consumo de heroína que se produce durante esos años. Disminuye de manera radical el número de inyectores, hasta representar el 15,1% en el año 2005 (desde un 50,3% en el año 1991), según datos del Observatorio Español sobre Drogas.

Gráfico 15. Evolución del porcentaje de población tratada por primera vez por abuso de heroína según la vía de administración usada. Navarra. Años 1993-1995.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas.

Pero el VIH no es el único problema sanitario relacionado con la inyección de drogas. La extensión de la Hepatitis B entre población inyectora de drogas, en un seguimiento a usuarios que se desarrolla en Madrid, Barcelona y Sevilla, oscilaba entre el 20 y el 35%. Aún más importante es la prevalencia de Hepatitis C en esta población. Dependiendo del área y de la muestra, en los diversos estudios aparecen entre un 65 y un 90% de personas infectadas. La situación resulta aún más complicada en este último caso por la ausencia de una vacuna que proteja de este virus, que se calcula diez veces más infeccioso que el VIH, y por el previsible impacto en la morbi-mortalidad de un colectivo que frecuentemente tiene otras infecciones añadidas.

LA OFERTA DE DROGAS

En este caso también tenemos que utilizar básicamente datos relativos al conjunto del país.

Alcohol.

El volumen de ventas de bebidas alcohólicas en España, según el panel de consumo alimentario del Ministerio de Medio ambiente y Medio rural y marino, ha sufrido un continuo descenso desde el año 1996, pasando de 99,8 litros a 90,1 litros en el año 2006. Dos tercios de las ventas se producen en hostelería y restauración, y es básicamente ahí donde se produce el descenso, y no tanto en el consumo doméstico. Por tipos de bebidas, disminuye la venta de vinos al tiempo que aumenta la cerveza y licores.

El volumen global de ventas de alcohol se ha reducido lentamente en los últimos años. Las ventas de cigarrillos se han incrementado, a pesar del descenso en el consumo. La razón hay que buscarla en la reducción del contrabando y la mayor exportación.

Tabaco.

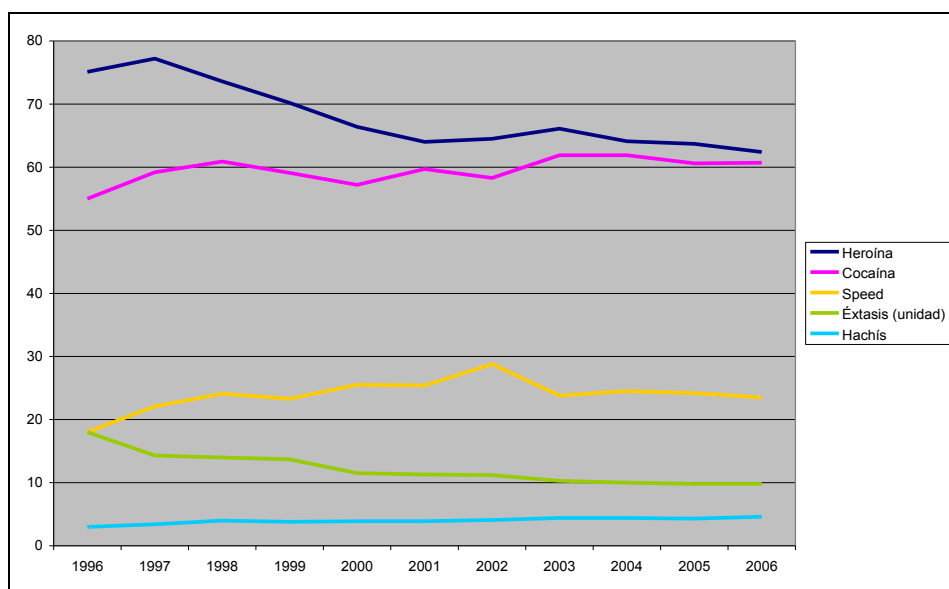
Las ventas básicamente están constituidas por cigarrillos, que representan el 94,3% de las mismas. Entre el año 1996 y el año 2006 la venta de cigarrillos creció en España un 25,7%, pero su crecimiento en volumen de ingresos fue de un 130%, representando en el año 2006 un total de más de 10.000 millones de euros. La disminución de las ventas de contrabando y la mayor venta hacia el extranjero son los elementos que pueden explicar el encaje de estas cifras con el descenso del consumo entre la población española (como p.ej. en Navarra, donde la venta de cigarrillos se incrementó en un 67% en la década de referencia).

Drogas ilegales.

En relación con las drogas ilegales, la situación geoestratégica de España hace que una parte de las rutas de distribución y tráfico pasen por nuestro país, con lo que la evolución de incautaciones y decomisos no siempre va relacionada con la evolución de los consumos. Entre los años 2001-2006 el número total de decomisos pasa en España de 130.862 a 243.858, siendo especialmente notorio el incremento de los relacionados con cannabis y más ligeramente con cocaína, en tanto que descienden los de opiáceos. Las cantidades incautadas de heroína o cannabis permanecen estables, mientras que se multiplica por ocho el volumen de las incautaciones de cocaína, y se reduce a la mitad las correspondientes a éxtasis.

En algunos estudios de campo realizados por las Fuerzas de Seguridad del Estado sobre la evolución en el precio de las diferentes sustancias entre el año 1996 y el año 2006, se pone de manifiesto el importante descenso en el precio del gramo (al consumidor final) de heroína, que pasa de 75,1 a 70,2 euros y del éxtasis (la unidad) que pasa de 18 a 9,8 euros de media. La cocaína y el cannabis experimentan un ligero ascenso en su precio en el conjunto de la década, en tanto que asciende de manera notable el precio del LSD²⁹.

Gráfico 16. Evolución del precio medio de las drogas (gramos) en el mercado ilícito en España. Años 1996-2006.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2007. Elaboración propia

En esos mismos estudios, se comprueba que la pureza de la heroína encontrada experimenta un aumento notable en el año 1998 y desde entonces se ha mantenido relativamente estable, y en la cocaína ocurre algo similar. En la primera, la pureza en los grandes alijos era del 48%, en los decomisos de nivel de gramo de un 32% y a nivel de dosis de un 23%. Para la cocaína la pureza era de un 73%, un 54% y un 46% respectivamente.

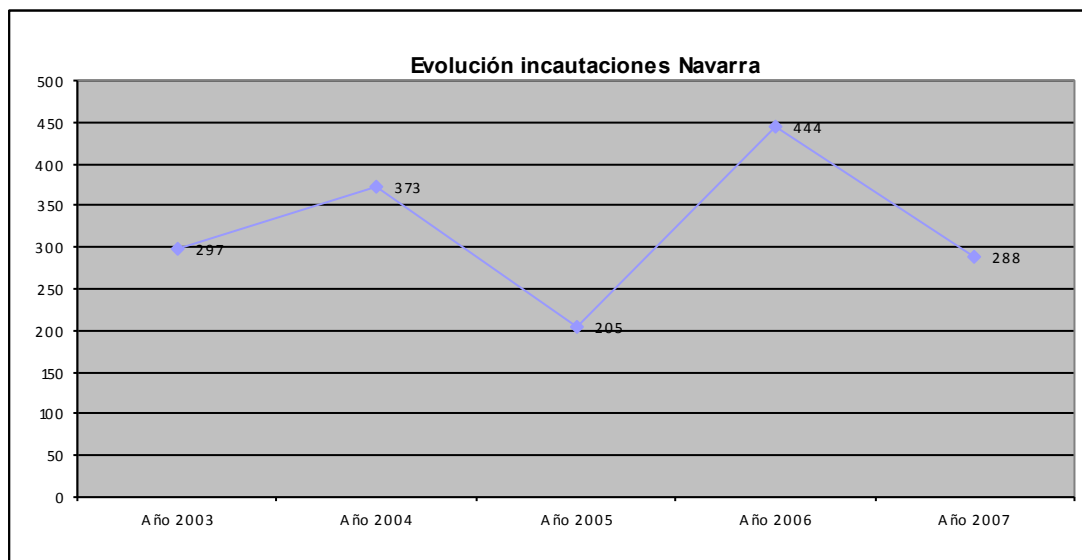
En cuanto a las incautaciones de drogas ilegales, en Navarra se observa una reducción en el caso de la heroína y un incremento en la cocaína y el cannabis.

Las detenciones efectuadas por tráfico de drogas en España siguen una tendencia bastante estable en los últimos años, suponiendo un total de más de 16.000 detenciones en el año 2006. Por el contrario, el número de denuncias por consumo o tenencia ilícita muestra una tendencia ascendente continuada, pasando de 63.855 en el año 1997 a 218.656 en el año 2006, si bien en este último caso se ignora la influencia que pueda suponer una mayor agilidad en la aplicación y gestión de las normas.

²⁹ Se trata de un cálculo medio de acuerdo a las oscilaciones de precios entre comunidades autónomas

En el caso de Navarra, las memorias de la Fiscalía del Estado señalan que el número de incautaciones de drogas no sigue una evolución constante.

Gráfico 17. Evolución del número de incautaciones. Navarra. Años 2003-2007.



Fuente: Memorias de la Fiscalía del Estado. Elaboración propia

El análisis pormenorizado del tipo de drogas incautadas en Navarra viene a confirmar esa tesis. No obstante, podríamos afirmar de manera general que el proceso es similar al descrito para España: se reducen las incautaciones de heroína (aunque en el año 2006 hubo un importante repunte) y se incrementan las de cocaína y cannabis. Esa realidad parece coherente con los datos ofrecidos por los estudios respecto a la evolución en el consumo de drogas y con las informaciones facilitadas por la red asistencial respecto al tipo de consumos en las personas drogodependientes que solicitan tratamiento.

Tabla 1. Aprehensiones de drogas en Navarra según sustancia y año. Años 1997-2008³⁰

	Hachís (gr.)	Heroína (gr.)	Cocaína (gr.)	Speed (gr.)	Marihuana (gr.)	Éxtasis	LSD	Ketamina	Otros psicotrópicos
1997	20.125	748	4.863	62		513 c.	81 c.		641 c.
1998	1.314	1.314	3.916			257 c.	439 c.		153 c.
1999	421.266	1.391	22.644	831		1.246 c.	6 d.		104 c.
2000	44.210	38	3.002	561		8.336 u.	71 u.		409 u.
2001	9.964	150	1.879	736		1.947 u.	39 u.		337 u.
2002	45.634	182	6.500	1.602	7.107	4.652 u.			
2003	76.700	34	9.865	5.759	8.568	831 u.	21 u.	36 l.	93 u.
2004	42.429	236	19.299	787	31.142	728 u.	9 u.		380 u.
2005	142.985	347	30.775	17.131	100.742	4.386 gr.	6 gr.	3 gr.	442 gr.
2006	85.403	1.167	19.798	9.981	32.845	762 gr. + 362 u.	2 gr.	5 gr.	88 gr.
2007	65.383	383	99.114	30.061	13.340	1.932gr.+ 54 u.	20 gr.	792 gr.	85 gr.
2008	95.624	640	49.157	1.947	30.303	242gr.	103	1	83gr+770u.

Fuente: Memorias Plan Foral Drogodependencias.

Significado de las abreviaturas utilizadas: "c": comprimidos; "u": unidades; "d": dosis; "l": litros.

³⁰ No se incluyen los datos de aprehensiones realizadas por las policías municipales

EL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS EN EUROPA, ESPAÑA Y NAVARRA

El uso de drogas es un fenómeno que trasciende fronteras. Eso ya era así cuando la denominada globalización no estaba tan presente en nuestras sociedades, por lo que en la actualidad es aún más inviable el plantearse políticas sobre drogas de carácter localista, que no tengan en cuenta las políticas que se aplican en su entorno y que no procuren coordinarse con ellas. En esa línea, la Unión Europea procura desde hace años avanzar en la construcción de un modelo europeo de acción sobre las drogas, que aporte coherencia a las políticas que se desarrollan desde los distintos países. Por su parte, el Estado Español, que ha transferido el peso fundamental de la ejecución de las acciones a las comunidades autónomas, se plantea como uno de sus principales ejes de intervención la coordinación interautonómica. En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, desde el inicio ha participado activamente en la coordinación con otras comunidades autónomas, y con la Unión Europea, a través del Plan Nacional sobre Drogas.

En este apartado vamos a describir la evolución y principales características de las políticas sobre drogas de la Unión Europea y el Estado Español. De su análisis podremos extraer conclusiones que nos permitan alinear el nuevo plan de Navarra con las estrategias de nuestro contexto. Asimismo, en el apartado 1.3.3. introduciremos los principales hitos que se han producido en el desarrollo de las políticas sobre drogas en Navarra. Su análisis servirá como marco para la posterior descripción del grado de desarrollo de las medidas que estaban previstas en el PFD, tarea a la que nos dedicamos en el apartado 1.4.

Es inviable plantearse políticas sobre drogas de carácter localista, que no tengan en cuenta las políticas que se aplican en su entorno y que no procuren coordinarse con ellas.

UNIÓN EUROPEA

Señalamos en primer lugar los principales hitos históricos en la construcción de la estrategia sobre drogas de la Unión Europea.

- Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU y sus modificaciones posteriores en 1971, 1972 y 1988. Firmada y ratificada por todos los países miembros de la UE.
- Creación en 1993 del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías en Lisboa.
- Creación en 1994 de la Unidad de Drogas en Europol.
- Primera Estrategia Europea sobre Drogas (1994-1999).
- Segunda Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas (2000-2004).
- En diciembre de 2004, formando parte fundamental del programa plurianual “Programa de La Haya para reforzar la libertad, la seguridad y la justicia en la UE” se aprueba la vigente Estrategia Europea sobre Drogas (2005-2012).

Debemos aclarar que, cuando se habla de la respuesta europea a la problemática de las drogodependencias, hay que ser consciente de que básicamente hablamos de las diversas respuestas nacionales. En este ámbito la Unión Europea tiene muy escasas competencias normativas o de ejecución de políticas y su función se centra de manera fundamental en la coordinación de las estrategias nacionales así como en las acciones de carácter supranacional.

Sí puede afirmarse la existencia de un planteamiento común en dicho abordaje que se soporta en un razonable equilibrio entre las estrategias relativas al control de la oferta y las relacionadas con el control de la demanda; en la coherencia entre los diferentes niveles de intervención (nacional, regional, local); o en el progresivo peso de la evidencia científica a la hora de definir las actuaciones a llevar a cabo.

La Unión Europea tiene escasas competencias normativas o de ejecución de políticas en este ámbito.

Por lo que se refiere al control de la oferta, va extendiéndose una diferenciación clara según el tipo de infracciones, distinguiendo claramente entre las relacionadas con el tráfico de drogas y las relativas al consumo. Al mismo tiempo se observa una progresiva homogeneización de dicha regulación en las normativas nacionales. En el ámbito del tráfico destacan los esfuerzos destinados a controlar todos los estadios previos a la puesta de las sustancias en el mercado (controlando los precursores) tanto como el posterior blanqueo de los beneficios obtenidos. En cuanto a las sanciones por consumo, se tiende a reducir las mismas en la medida que las conductas posteriores no sean “problemáticas”. De manera creciente se sustituyen sanciones por tratamiento, con cada vez más opciones en cuanto a las posibles alternativas, si bien éstas van ligadas en gran medida a la continuidad del tratamiento.

A través de las sucesivas Estrategias Europeas sobre Drogas (actualmente está vigente la 3ª.- 2005-2012), la UE procura avanzar en la construcción de un modelo europeo de acción sobre las drogas.

En las dos últimas décadas asistimos a un importante aumento de la diversidad y disponibilidad de las actuaciones preventivas así como de los tratamientos.

- En el área de prevención, un paso fundamental ha sido la segmentación de las actuaciones según la amplitud de la población destinataria y la intensidad de intervención, consolidándose la tipología que distingue entre prevención universal, selectiva e indicada.

Las intervenciones abarcan nuevos ámbitos y los objetivos de las mismas están ligados de manera creciente a acciones concretas y no a planteamientos generalistas. Sin embargo, siguen desarrollándose programas sin base científica cuyos resultados en ocasiones son totalmente inocuos cuando no contrapreventivos. Las evaluaciones formales que informen de su eficacia constituyen uno de los retos más significativos de las intervenciones, especialmente en el ámbito de la prevención universal.

- Los tratamientos, por su parte, desde una oferta casi con un solo objetivo, y el mismo para cualquier demandante, han conseguido ofrecer un amplio abanico de opciones terapéuticas adaptadas a las diferentes necesidades de las personas, con una significativa complementariedad de las propuestas ofertadas.

En las últimas dos décadas asistimos en Europa a un importante aumento de la diversidad y disponibilidad de las actuaciones preventivas, así como de los tratamientos.

Podríamos decir que, en estos momentos, el principal problema en el área terapéutica ya no es tanto la accesibilidad a los programas, sino la mejora de la calidad de los mismos y la adecuación de sus objetivos a las necesidades específicas de cada caso.

Tal vez uno de los retos más notables radique en las intervenciones en centros penitenciarios, no solamente con los programas en el interior de las prisiones sino, especialmente, en programar adecuadamente la vuelta a la sociedad.

Igualmente, la revisión de los objetivos en los programas de incorporación social, sobre todo en los colectivos más vulnerables, y el abordaje del policonsumo y sus implicaciones, significan desafíos pendientes en las estrategias terapéuticas.

ESTADO ESPAÑOL

A finales de los años 70, cuando la sociedad española comienza a percibir problemas relacionados con las drogodependencias y se extiende una creciente angustia social en torno a “la droga”, las respuestas son aisladas y descoordinadas, y fundamentalmente desde la iniciativa privada. Desde el ámbito público solamente ciertos ayuntamientos ponen en marcha algunos dispositivos de tratamiento de manera testimonial.

En el año 1985 comienza a articularse una respuesta global y estructurada a través del Plan Nacional sobre Drogas.

Es en el año 1985, con la aprobación por las Cortes españolas del Plan Nacional sobre Drogas, cuando empieza a articularse una respuesta global y estructurada. Los importantes problemas de consumo y la alarma social generada llevan a que el primer objetivo del mismo sea ordenar y garantizar la asistencia a las personas drogodependientes; se incluye la preocupación por la prevención aunque costará tiempo y esfuerzo ir más allá de los planteamientos declarativos; y ocupa un lugar importante la coordinación de las administraciones y entidades, que se convertirá en una de las grandes líneas de trabajo del Plan.

A partir de la década de los 90 se incrementa el protagonismo de las comunidades autónomas.

Con la progresiva consolidación de las comunidades autónomas y el incremento de las transferencias, los primeros años de liderazgo del nivel estatal en la respuesta dejarán paso, a partir de la década de los 90, a un cada vez mayor protagonismo en la misma del nivel autonómico. La puesta en marcha de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-08 y la

recientemente aprobada 2009-16, articuladas en sus respectivos Planes de Acción, ya responden plenamente a esta situación.

Podríamos afirmar que la percepción social, tanto de los propios consumos como de los esfuerzos institucionales realizados, ha sido un elemento fundamental a la hora de articular las respuestas. Las percepciones sociales se han conformado como un círculo de acción-reacción, que no siempre coincide con la magnitud del problema sino con algunas manifestaciones más llamativas. Esto ha llevado a que en algunos casos ciertas situaciones o problemas se fueran enquistando por una escasa relevancia social (un caso claro son las consecuencias provocadas por el consumo de drogas legales).

La influencia de la percepción social en el fenómeno y en las políticas sobre drogas ha sido una constante.

En lo relacionado con el control de la oferta, después de un importante esfuerzo en organizar lo relativo al tráfico de drogas ilícitas, recientemente ha cobrado mayor protagonismo alguna de las iniciativas vinculadas con el alcohol y el tabaco (relacionadas en el primer caso con el consumo de menores o la conducción, y en el segundo con su consumo en lugares públicos). Hay que mencionar que el control de éstas últimas transmite un mensaje de coherencia respecto a que la prioridad es la salud pública más allá de la calificación legal de la sustancia. Por otra parte, si bien algunas medidas legales de carácter global pertenecen al ámbito estatal, la reglamentación detallada y su aplicación suele situarse en el ámbito competencial autonómico.

En los últimos años se ha incrementado el interés por incidir sobre el control de la oferta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

Como veíamos, la prevención ha estado desde los primeros momentos entre las estrategias más mencionadas, lo que no equivale a que haya gozado del mayor apoyo. En la Estrategia 2000-08 se identificaba como área clave, pero en la evaluación llevada a cabo se reconoce que es donde los resultados han sido menos satisfactorios. Y no va a ser fácil cambiar esta situación si observamos lo que podemos calificar de constante histórica: desde el año 1985, el conjunto de los presupuestos tanto autonómicos como central en drogodependencias (sin contar lo dedicado a control de la oferta), nunca ha dedicado más del 20% de los mismos a prevención, mientras que las tres cuartas partes son invertidas en asistencia y reinserción. Como elementos más destacados, los programas en el ámbito escolar y los dirigidos a familias, por oposición a la menor implicación de la Atención Primaria de Salud o de los mass-media. Son los programas de prevención universal los más extendidos y, abriéndose paso aunque con mayores dificultades, las estrategias de prevención selectiva, siendo el déficit aún mayor en la prevención indicada dirigida a poblaciones más vulnerables.

Los programas de prevención universal son los que más se han extendido. La prevención selectiva comienza a desarrollarse. El mayor déficit reside en la insuficiente implantación de la prevención indicada.

La mayor parte del esfuerzo en la respuesta a los usos problemáticos de drogas ha estado ligado a los tratamientos. Así, podríamos afirmar que en general se dispone de una oferta bien estructurada, que la asistencia a las personas demandantes de atención está “normalizada” dentro de las carteras de servicios de las estructuras institucionales, que cada vez en mayor medida se trabaja desde los consumos problemáticos y no desde las sustancias aisladas, que se ofertan propuestas de atención con objetivos flexibles, y que en muchos casos puede hablarse de un verdadero trabajo en red. Pero también es cierto que hay algunos riesgos apuntando en el horizonte: en la medida en que se estandariza la atención en el ámbito sanitario crece el riesgo de una excesiva medicalización en detrimento de la intervención psicoterapéutica y social; la institucionalización ha venido acompañada a veces de un rebrote de la compartimentación; así como que esta progresiva consolidación, tan positiva por otra parte, ha puesto en evidencia una cierto retraimiento en la complementariedad de las distintas intervenciones.

Se ha avanzado de manera importante en la consolidación de la oferta asistencial. Los principales riesgos son los siguientes: excesiva medicalización y compartimentalización

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Como ocurría en el resto del Estado, hasta los años 60 en Navarra apenas se vive inquietud alguna relacionada con las drogas. En cuanto a los problemas ligados al consumo de alcohol, éstos eran abordados desde el Hospital Psiquiátrico, y no se identificaban con este tipo de consumo otras consecuencias sociales (violencia de género, absentismo, accidentes, etc.). A principios de la década de los setenta, algo comienza a moverse en la percepción social: se empieza a hablar de las drogas, relacionándolas con una moda amenazante que viene del extranjero,... Es en ese contexto, en el año 1973, cuando surge el primer germen de respuesta institucional en Navarra. Se denominó Departamento de Alcoholismo y Toxicomanías y dependía institucionalmente de Cruz Roja, Cáritas y el Ayuntamiento de Pamplona. Estaba ubicado en la Clínica de Cruz Roja y fue uno de los servicios pioneros de la asistencia en este campo.

La primera respuesta institucional planificada surge en el año 1986: Plan de Alcoholismo y Toxicomanías. El PAT nace en un contexto marcado por la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas (1985) y el inicio de la reforma psiquiátrica en Navarra (1986).

Sin embargo, para la aprobación del primer Plan en Navarra deberemos esperar hasta el año 1986. Dos acontecimientos influyeron en la aparición del denominado Plan de Alcoholismo y Toxicomanías (PAT):

- La aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en el año 1985, que situó como una de sus principales líneas de trabajo el impulso de los planes autonómicos.
- La aprobación del Plan de Salud Mental de Navarra en el año 1986, que inició la reforma psiquiátrica. El PAT fue integrado en el Plan de Salud Mental.

Durante esos años se encontraba muy presente en todo el país un debate sobre el modelo de asistencia a drogodependientes. Desde unos sectores se apostaba por crear redes independientes específicas, mientras que desde otros se apostaba por las redes asistenciales generales. Desde unos sectores se apostaba por la integración en las redes sanitarias, mientras que desde otros se apoyaba la integración en las redes de servicios sociales. En el caso de Navarra se optó decididamente por integrar la atención en la red de salud mental, aunque con la implicación paralela de los sistemas generales de atención sanitaria y social. Asimismo, se optó por la creación de determinados recursos específicos concertados, muchos de ellos aún presentes en nuestros días.

En lo asistencial, el PAT optó por integrar la atención en la red de salud mental y por la creación de algunos recursos específicos (muchos de ellos aún presentes en nuestros días).

El PAT estaba estructurado en dos grandes bloques:

1. Asistencia. El denominado sistema de atención al alcoholismo y las toxicomanías se configuraba en cuatro niveles:
 - Primario (sanitario y social).
 - Especializado comunitario (integración en los centros de salud mental).
 - Hospitalización. En hospitales generales dentro de las unidades psiquiátricas y en otros servicios hospitalarios.
 - Programas de rehabilitación. Comunidades terapéuticas, programas educativos, ocupacionales.
2. Prevención.
 - Medidas encaminadas a la reducción de la oferta de drogas.
 - Educación sobre drogas.
 - Formación de profesionales.

El contexto de reforma de la salud mental, y la situación de alarma social ante la aparición de las primeras consecuencias de los consumos de heroína, promovieron que el PAT focalizara sus esfuerzos en la creación de las bases de un sistema de atención a drogodependientes, que en gran parte fueron continuadas por el posterior PFD. Señalaremos a continuación alguno de los principales hitos de ese proceso:

- Año 1987. Puesta en marcha de un Centro de Día para Drogodependientes en Elorz. De este centro surgió posteriormente el Hospital de Día Zuria.
- Año 1990. Ordenación de centros e inicio de las primeras experiencias de tratamiento con opiáceos, amparadas en el Real Decreto 1990 que reguló este tipo de tratamientos a nivel estatal.
- Año 1990. Decreto Foral por el que se regula la concesión de ayudas a drogodependientes para tratamiento en comunidades terapéuticas.

- Año 1991. Decreto Foral por el que se regula la acreditación de centros residenciales de atención a drogodependientes.

Aunque el PAT dedicó la mayor parte de sus esfuerzos al área asistencial, no debemos olvidar que en este contexto se iniciaron algunas experiencias preventivas de gran interés. Curiosamente, en su impulso y desarrollo tuvieron una participación fundamental varios equipos de centros de salud mental (CSM). Posteriormente, y como señalaremos al referirnos al PFD, la definición de los niveles de intervención reforzó el rol asistencial de los CSM, mientras que la responsabilidad de la prevención comunitaria se situó en el ámbito de los programas municipales de drogodependencias (PMD) y las entidades sociales.

En el ámbito de la prevención, se desarrollaron algunas interesantes iniciativas de prevención comunitaria.

También se iniciaron los primeros programas municipales sobre drogodependencias .

- Programa sobre el alcohol en la Regata del Bidasoa (“Aprende a beber”).
Fue desarrollado durante los primeros años de la década de los noventa. Desde este programa, impulsado por el Centro de Salud Mental de Burlada, se trabajaba en centros educativos y con padres/madres del alumnado. Editaron diferentes materiales educativos propios: un folleto y dos trípticos; pegatinas; carteles-murales; diapositivas y un vídeo. Su intención era que se fuera introduciendo en el medio escolar de manera normalizada.
- CIP. Asociación Programas de Intervención Comunitaria.
Fue una asociación creada e impulsada por diferentes profesionales de los servicios sociales, salud mental y educación de Tudela y comarca. Desarrollaron, durante la primera parte de los años 90, dos programas principalmente:
 - “Habilidades sociales para preadolescentes y resolución de conflictos entre padres e hijos”. Fue desarrollado en todas las zonas básicas de La Ribera. Se basaba fundamentalmente en talleres para preadolescentes y padres/madres. Fue premio Reina Sofía de prevención escolar en la convocatoria del año 1992.
 - “Programa de prevención de la oferta de drogas altamente incapacitantes”. Aunque el trabajo más intenso fue realizado en algunos barrios de Tudela (especialmente en el Casco Viejo), se desarrollaron también numerosos talleres y reuniones en todas las localidades de La Ribera.
- Programa Geroa-94.
A lo largo del año 1989, a iniciativa del Centro de Salud Mental de Burlada, se desarrollaron varios encuentros entre profesionales de su ámbito territorial de actuación. En abril de 1990 nace el Programa Geroa, como respuesta a las necesidades observadas por los y las profesionales de servicios sociales, educación, salud y salud

mental de Burlada, Villava y Huarte. Su trabajo fue dirigido hacia familias con niños y niñas de entre 0 y 16 años, con tres objetivos fundamentales:

- Actuar sobre la población desde el momento mismo de su nacimiento para lograr buenos niveles de salud y bienestar y evitar la aparición de patologías, especialmente de tipo emocional y conductual, con todas las derivaciones escolares, familiares y sociales que las mismas conllevan.
- Coordinar y utilizar de manera eficiente y eficaz todos los recursos ya existentes en la comunidad.
- Plasmear las necesidades, demandas y problemáticas existentes en la comunidad y proporcionar la búsqueda de nuevos recursos a las administraciones competentes.

En cuanto a los programas de prevención desarrollados desde los municipios, para encontrar la primera experiencia debemos retrotraernos al periodo comprendido entre los años 1984 y 1986. En ese periodo, el equipo de prevención con el que contaba el denominado Departamento de Alcoholismo y Toxicomanías de Navarra se incorpora al Ayuntamiento de Pamplona como experiencia pionera. Posteriormente, tras la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas (1985) y la creación del PAT (1986)(Plan de Alcoholismo y Toxicomanía), se firman cinco convenios de colaboración entre el Departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra y las siguientes entidades locales: ayuntamientos de Estella, Tafalla y Burlada y las mancomunidades de Ansoain-Berriozar-Berrioplano y Noain-Valle de Elorz. En su financiación participaba inicialmente el Plan Nacional sobre Drogas. En el año 1990, y ya con financiación exclusiva del Gobierno de Navarra, la competencia pasa al Departamento de Salud, donde ha permanecido desde entonces. También es importante resaltar una iniciativa puesta en marcha en la zona de Cadreita durante el año 1991. Consistía en un servicio de autobuses para los desplazamientos de jóvenes a las fiestas de las localidades vecinas, con la finalidad de prevenir las consecuencias de la asociación consumo de alcohol y otras drogas-conducción de vehículos. Esta iniciativa, a la que nos referimos posteriormente, se fue extendiendo poco a poco por toda Navarra con el nombre de “Voy y vengo”.

También en el ámbito de la legislación, durante el periodo de desarrollo del PAT se aprobó la Ley Foral 10/1991, que aún sigue vigente. Esta ley regula la promoción, publicidad, venta, suministro o dispensación de bebidas alcohólicas a menores. Además, delimita las competencias administrativas, asignando a los ayuntamientos la vigilancia y control de los locales y la sanción de las infracciones; mientras que el Gobierno de Navarra debe apoyar a los ayuntamientos y sancionar infracciones que excedan el ámbito territorial de un municipio.

En el año 1993 se aprueba el denominado Plan Foral de Drogodependencias, estructurado en seis programas y trece subprogramas.

Tras ocho años de desarrollo del PAT, en el año 1993 se aprueba el denominado PFD. Este Plan, elaborado con la participación de múltiples instituciones públicas y entidades sociales de Navarra, se estructuró en torno a seis programas y trece subprogramas:

1. Coordinación.
2. Asistencia e intervención comunitaria.
 - 2.1. Subprograma en centros de primer y segundo nivel.
 - 2.2. Subprograma de ingreso.
3. Intervención sobre la demanda.
 - 3.1. Información y prevención comunitaria.
 - 3.2. Prevención en grupos especiales de la población.
 - 3.3. Medio escolar.
 - 3.4. Medio laboral.
4. Control de la oferta.
 - 4.1. Policial.
 - 4.2. Judicial.
 - 4.3. Normativo.
5. Municipal.
6. Sistema de información y vigilancia epidemiológica.
 - 6.1. Recogida de información.
 - 6.2. Difusión de la información.
 - 6.3. Tratamiento de la información.
 - 6.4. Estudios específicos.

A lo largo de los próximos apartados analizamos el grado de desarrollo que durante estos dieciséis años han tenido las medidas previstas por el PFD. No obstante, en estos momentos describiremos, de una manera cronológica, alguno de los principales hitos históricos en el desarrollo de este Plan:

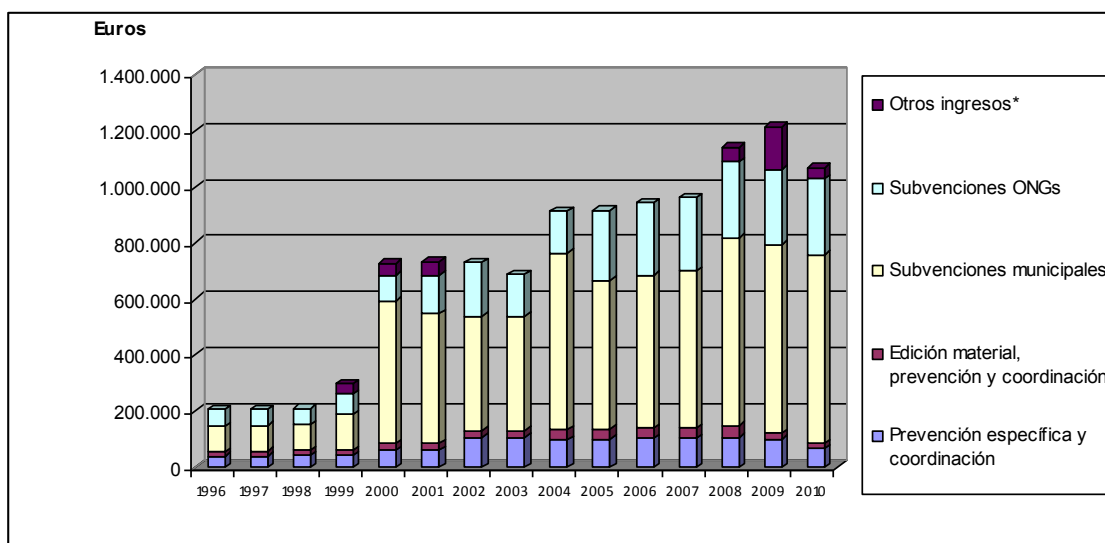
- Año 1994. Decreto Foral por el que se regulan los convenios de colaboración con comunidades terapéuticas. En él aparecen algunos elementos que aún se mantienen vigentes: el Servicio Navarro de Salud establece una ayuda económica por persona/día y la persona usuaria debe pagar el resto; para acceder a estas ayudas se exige un tiempo mínimo de dos años de empadronamiento o residencia efectiva en algún municipio de Navarra; los centros deben estar autorizados y ubicados en Navarra.
- Año 1994. El programa de mantenimiento con metadona es implantado en todos los CSM y en la Prisión Provincial de Pamplona. En el año 1995 se extiende a algunos centros de salud. En el año 1997 se amplía a las tres comunidades terapéuticas concertadas, a diferentes oficinas de farmacia y al Hospital de Día Zuria.
- Año 1995. El Comité AntiSIDA comenzó a finales de los años 80 un programa de distribución e intercambio de jeringuillas. Posteriormente este servicio es extendido a otros espacios. Así, en el año 1995 comienzan a participar diferentes oficinas de farmacia.

En el año 1999 el servicio se extiende a la Prisión Provincial de Pamplona, siendo una experiencia pionera a nivel estatal.

- Año 1995. Se constituye el denominado Grupo de trabajo Jurídico-Penal. Este grupo, constituido por representantes de ambos sistemas, contribuyó a la definición del modelo de actuación desarrollado durante todos estos años en el ámbito jurídico-penal.
- Año 1995. Desde la Comisión Mixta Salud-Educación se distribuye por los centros educativos la primera guía para la promoción de la participación del profesorado en la prevención escolar. Desde entonces se ha ofrecido permanentemente a los centros educativos formación y materiales educativos para poder incorporar la prevención de una manera normalizada.
- Año 1995. Se inicia una línea anual de subvenciones a proyectos de entidades sociales vinculados a los objetivos del PFD.
- Año 1995. Los programas municipales de drogodependencias (PMD), cofinanciados por el Departamento de Salud, comienzan a consolidarse como uno de los ejes fundamentales de la estrategia del PFD. De los 5 programas municipales que existían hasta entonces, herederos del periodo del PAT, se pasa en este año a 15 y en el año 2008 se llega a 42.
- Año 1998. El PFD difunde su primera campaña de sensibilización dirigida a población juvenil. Desde entonces se han desarrollado otras diez campañas muy vinculadas a promover la reflexión en torno a las consecuencias del uso de drogas en el ocio juvenil.
- Año 1999. Se aprueba el I Plan de Salud Laboral de Navarra. En el año 2007 se aprobó el II, con vigencia hasta el año 2012.
- Año 1999. Se constituye el Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD) en la Prisión Provincial de Pamplona. El equipo del Hospital de Día Zuria asume dentro de sus funciones la atención a población drogodependiente en el interior del centro penitenciario.
- Año 2000. Desde la Comisión Mixta Salud-Educación se apoya e impulsa la extensión de la red de escuelas promotoras de la salud en Navarra.
- Año 2001. Es aprobado el primer Plan Foral de Acción sobre el Tabaco 2001-2005.
- Año 2001. El PFD edita y distribuye una guía para la prevención familiar.
- Año 2003. Ley Foral de prevención del consumo de tabaco. En el ámbito de la regulación de venta y consumo, esta ley ha sido superada por la Ley estatal de 2005.
- Año 2006. Ley Foral de Seguridad Pública, que promueve la investigación en este ámbito y contempla la creación de órganos de coordinación.

Asimismo, antes de adentrarnos en el análisis de las medidas del PFD, nos parece relevante hacer referencia a la evolución de los presupuestos ejecutados directamente por el PFD.

Gráfico 18. Evolución presupuestos ejecutados por el PFD. Años 1996-2010.



Fuente: Dirección Técnica del PFD.

Otros ingresos:

- Años 1999, 2000, 2008, 2009, 2010: enmiendas
- Año 2001: transferencia del fondo.

ANÁLISIS DEL GRADO DE DESARROLLO DE LAS MEDIDAS CONTEMPLADAS EN EL PFD (1993-2008)

En este cuarto apartado vamos a adentrarnos en uno de los núcleos centrales del diagnóstico. Se trata de analizar si se han cumplido las medidas previstas en el PFD, cómo se han desarrollado, si se han puesto en marcha otras medidas no previstas, qué valoración hacen los diferentes agentes implicados sobre las fortalezas y debilidades de las políticas sobre drogas en Navarra. La respuesta a todas esas preguntas se va a constituir en una pieza fundamental (junto a todas las anteriores que hemos ido aportando en el diagnóstico) para la construcción de un nuevo plan que mantenga aquellas medidas que han demostrado su utilidad e incorpore nuevas acciones que respondan eficazmente a las necesidades detectadas.

Aunque el documento del PFD planteaba sus medidas estructuradas en seis programas, hemos optado por presentar la información, por razones didácticas, en cuatro bloques: programa de coordinación, programa de asistencia, programa de prevención y programa de control de la oferta.

En este apartado analizamos el grado de desarrollo de las medidas contempladas en el documento del PFD. Presentaremos la información organizada en cuatro bloques:

1. Programa de coordinación.
2. Programa de asistencia.

3. Programa de prevención.

4. Programa de control de la oferta.

La información que detallamos a continuación procede de varias fuentes de información:

- Memorias del PFD y de otras instituciones de Navarra.
- Entrevistas en profundidad a una muestra tipológica de profesionales que trabajan en Navarra³¹.
- Encuestas a centros de salud, centros educativos y programas municipales sobre drogodependencias de Navarra.

PROGRAMA DE COORDINACIÓN

El documento del PFD planteaba la creación de las siguientes estructuras de participación interinstitucionales:

- Comisión técnica y de seguimiento del PFD, presidida por el Presidente del Gobierno e integrada por diferentes Directores Generales del Gobierno de Navarra y otros representantes de alto nivel de ayuntamientos, judicatura, entidades sociales, etc.
- Subcomisiones de entidades y de comunidades terapéuticas.
- Grupo de trabajo con los responsables de los recursos asistenciales.

Las dos primeras estructuras jugaron un papel fundamental en el periodo entre la aprobación de las bases del PFD (29 de junio de 1992) y la aprobación definitiva del Plan por parte del Gobierno de Navarra (10 de enero de 1994). Sin embargo, posteriormente se fue reduciendo el número de reuniones hasta dejar de celebrarse a partir del año 1995. En cuanto a la tercera estructura prevista, no llegó a constituirse de una manera formal ni sistemática.

No se han mantenido las estructuras de participación interinstitucional previstas por el Plan.

Al margen de estas estructuras debemos señalar que, en la coordinación y participación interinstitucional, ha cobrado un papel muy relevante la figura del Director Técnico del PFD, regulada por el Decreto Foral 13/1993. Para facilitar el cumplimiento de sus funciones, especialmente las vinculadas a la coordinación interdepartamental, se estableció que tuviera un rango de Director de Servicio. Asimismo, y debido a que un Plan de estas características debe superar los tiempos que marcan las legislaturas políticas, se decidió que tuviera un marcado perfil técnico.

Asimismo, otras tres interesantes experiencias de coordinación interinstitucional han sido las siguientes:

³¹ Hemos realizado entrevistas a 17 profesionales que trabajan en diferentes ámbitos relacionados con la prevención (PMD, educación, atención primaria de salud, entidades sociales, etc.) y a otros 16 del ámbito de la asistencia.

- La cofinanciación de Programas Municipales de Drogodependencias por parte del Departamento de Salud, a la que hacemos referencia en el apartado “programas de prevención”.
- La financiación de programas de entidades sociales a través de la convocatoria de subvenciones, a la que también nos referimos en el apartado “programas de prevención”.
- La creación de una comisión mixta Educación-Salud, sobre la que volveremos a referirnos al hablar sobre prevención escolar.

Son reseñables otras experiencias de coordinación interinstitucional: financiación de programas municipales de drogodependencias y entidades sociales; comisión mixta Educación-Salud.

PROGRAMA DE ASISTENCIA

El documento del PFD planteaba garantizar la asistencia en la red pública o concertada a las personas que presentaran problemas derivados del consumo de drogas. Para ello se proponía establecer un circuito terapéutico estructurado en torno a varios niveles:

- Primario: atención primaria de salud y servicios sociales de base.
- Secundario: centros de salud mental y unidades de hospitalización psiquiátrica.
- Terciario: hospitales de día y hospitales generales.
- Específico: centros de día, comunidades terapéuticas y pisos de acogida.

NIVEL PRIMARIO

Aunque desde muchos servicios sociales municipales se desarrolla una labor de apoyo al tratamiento, la “puerta de entrada” a la red de asistencia a drogodependientes reside en los equipos de atención primaria de salud (EAPS). Si mientras la salud mental estaba adscrita a la Dirección de Atención Primaria era posible la derivación a los centros de salud mental (CSM) desde los servicios sociales municipales (SSM), a partir de la reforma del año 2003 la derivación debe ser realizada desde los EAPS.

A continuación ofreceremos información sobre las actuaciones desarrolladas desde los EAPS y los SSB, especificando asimismo el marco normativo e institucional desde el que trabajan:

La Dirección de Atención Primaria contempla la actuación ante el uso de drogas dentro de su Cartera de Servicios.

La Cartera de Servicios de la Dirección de Atención Primaria de Salud recoge la actuación ante el uso de drogas entre sus servicios básicos de cumplimiento obligado. Señalaremos los epígrafes en los que se recoge de manera específica:

- 01.10. Atención a toxicomanía. Soporte, orientación y seguimiento.
- 01.14. Atención al consumo excesivo de alcohol.

A partir de los datos recogidos por el Sistema de Información del Servicio Navarro de Salud (OMI), ofrecemos a continuación la información disponible sobre las actuaciones de los Equipos de Atención Primaria de Salud (EAPS) en el ámbito de las drogodependencias. Sobresale especialmente la elevada desproporción entre casos de consumo excesivo de alcohol detectados y aquellos con los que se interviene específicamente.

- Personas mayores de 15 años que, según los criterios de la CIAP32, están incluidas en la categoría de población con abuso de medicamentos y drogas.
 - Prevalencia de casos por abuso excesivo de medicamentos y drogas en Navarra: 2.838 (0,54% de la población navarra mayor de 15 años).
 - Prevalencia “activa”³³ de casos por abuso excesivo de medicamentos y drogas en Navarra: 2.541 (porcentaje de casos con los que se realiza algún tipo de intervención: 89,53%).
- Personas mayores de 15 años que, según los criterios de la CIAP34, están incluidas en la categoría de población con consumo excesivo de alcohol.
 - Prevalencia de casos por consumo excesivo de alcohol: 5.098 (0,97% de la población navarra mayor de 15 años).
 - Prevalencia “activa”³⁵ de casos por consumo excesivo de alcohol: 958 (porcentaje de casos con los que se realiza algún tipo de intervención: 18,77%).

Según los datos del OMI, existe una importante desproporción entre el número de casos de consumo excesivo de alcohol registrados y aquellos con los que se interviene específicamente desde la atención primaria de salud.

La Cartera de Servicios del Departamento de Asuntos Sociales no hace alusión específica a las drogodependencias. Sin embargo, se puede entender que en varios de sus servicios tiene cabida el abordaje de objetivos relacionados con este fenómeno: servicio de acogida, orientación, asesoramiento, valoración y diagnóstico social y/o socioeducativo, y de prevención y promoción social; servicio de acompañamiento social en el Programa de Incorporación Social Servicio; ayudas económicas para gastos de libre disposición a personas que reciben tratamiento en comunidad terapéutica.

Se puede entender que en varios de los servicios de la Cartera del Departamento de Asuntos Sociales tiene cabida el abordaje de objetivos relacionados con la asistencia a drogodependientes.

Al margen de lo planteado en la Cartera de Servicios Sociales, durante todo el periodo de vigencia del PFD se ha cofinanciado el desarrollo de diferentes Programas Municipales de

³² Código Internacional de Atención Primaria

³³ Personas con las que se ha realizado algún tipo de intervención durante ese año

³⁴ Código Internacional de Atención Primaria

³⁵ Personas con las que se ha realizado algún tipo de intervención durante ese año

Drogas (PMD), adscritos en la práctica totalidad de los casos a los servicios sociales de base. Dos de los servicios que ofrecen varios de estos PMD se sitúan en el ámbito del apoyo al tratamiento y a la incorporación social:

- Apoyo al tratamiento.
 - Detección.
 - Acogida y motivación al tratamiento.
 - Derivación y seguimiento a otros recursos o dispositivos especializados.
 - Intervención con familias de drogodependientes.
- Incorporación social.
 - Apoyo individual.
 - Apoyo familiar.
 - Orientación.

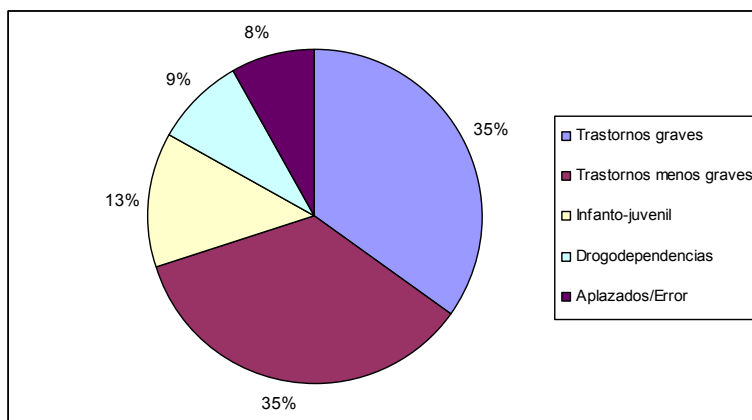
Los PMD son otro marco para la intervención de los servicios sociales en este ámbito. Sin embargo, únicamente el 28% de los PMD registraron en las memorias del año 2008 alguna actuación de apoyo al tratamiento o a la incorporación social.

Las memorias del PFD recogen información sobre la participación de los PMD en el apoyo al tratamiento y a la incorporación social de personas drogodependientes. A través de ellas podemos observar que, durante el año 2008, 10 PMD recogieron actuaciones relacionadas con el apoyo al tratamiento en sus memorias (el 23% de los PMD cofinanciados por el PFD durante ese año), mientras que respecto a la incorporación social fueron 12 (el 28% de los PMD cofinanciados por el PFD durante ese año).

NIVEL SECUNDARIO

El programa de drogodependencias es actualmente uno de los tres programas definidos como prioritarios en los Centros de Salud Mental (CSM), junto con el de trastornos mentales graves y el infanto-juvenil.

Gráfico 19. Porcentaje de la población atendida por programa en CSM. Navarra. Año 2008.



Fuente: Memoria Subdirección Salud Mental 2008.

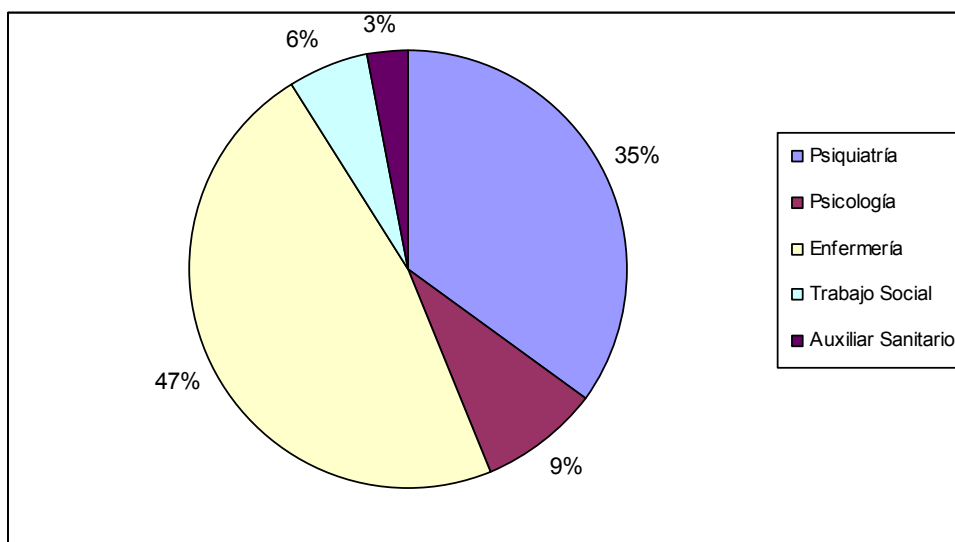
El documento del PFD contemplaba la creación de “subequipos especialmente dedicados al Programa de Drogodependencias” en los CSM que lo precisaran. Sin embargo, esta medida no ha sido materializada. Además, el moderado crecimiento de la plantilla de los CSM ha afectado también al Programa de Drogodependencias. Desde el año 1995 la plantilla ha sido ampliada únicamente en 10,8 jornadas completas. El crecimiento se ha producido fundamentalmente en el grupo de profesionales de psiquiatría (de 21,4 a 27,5) y en psicología (de 12,3 a 16), mientras que en trabajo social y auxiliares de clínica no se ha producido ningún incremento y en enfermería únicamente hay una persona más en el año 2008 respecto al año 1995.

El insuficiente crecimiento de la plantilla respecto al incremento de la demanda de atención ha llevado a una realidad general de saturación de la red de salud mental. Como consecuencia, la intensidad de la intervención, también en el Programa de Drogodependencias, es reducida. Los y las pacientes atendidos en este Programa han tenido, como media, 6,8 citas anuales, es decir, algo más de una cita cada dos meses.

La atención ambulatoria en CSM está caracterizada por una media de 6 citas anuales y una atención realizada básicamente por personal de enfermería y psiquiatría.

El tipo de profesional que más consultas realiza en el Programa de Drogodependencias es el de enfermería, seguido de psiquiatras. Por el contrario, la intervención de auxiliares sanitarios, profesionales del trabajo social y profesionales de la psicología, es muy reducida.

Gráfico 20. Porcentaje de consultas por tipo de profesional en el programa de drogodependencias de C.S.M. Navarra. Año 2008



Fuente: Memoria Subdirección Salud Mental 2008.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA

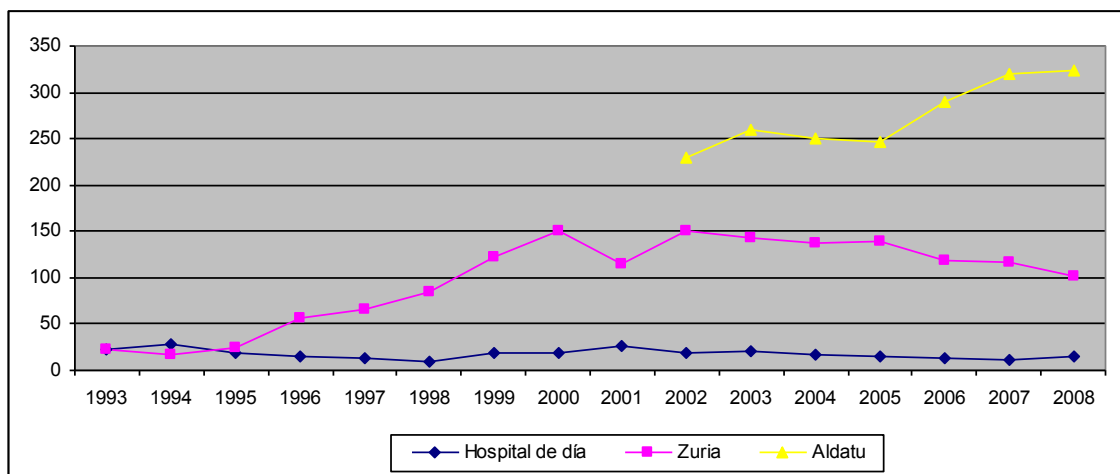
La modalidad de atención diurna es desarrollada a través de los siguientes servicios:

- Hospital de Día para Drogodependientes Zuria, ya existente antes de la aprobación del PFD. Es un servicio público gestionado por una entidad privada. Desde su creación, el servicio ha sido contratado con la asociación Oasis, actualmente denominada ACOAD.
- Centro de Día Aldatu, de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. El Servicio Navarro de Salud tiene concertadas 24 plazas para el tratamiento ambulatorio de personas drogodependientes en este centro.
- Hospitales de Día de la Subdirección de Salud Mental. Dirigidos a atender trastornos mentales graves. Como veremos, su grado de participación en la atención a personas drogodependientes ha sido muy poco relevante durante estos años.

El número de población atendida en la modalidad de atención diurna se ha incrementado de manera notable a lo largo de los años de desarrollo del PFD.

Se ha incrementado la modalidad de tratamiento diurno.

Gráfico 21. Evolución del número de población atendida en programas diurnos. Navarra. Años 1993-2008.



Fuente: memorias del PFD.

En cuanto a la distribución por tipo de recurso, ofreceremos a continuación datos sobre su evolución:

- El Hospital de Día Zuria ha incrementado de manera muy relevante el número de procesos terapéuticos atendidos: 22 en el año 1993 frente a 101 en el año 2008.

- Desde el año 2002, en el que inició su andadura como Centro de Día, Aldatu ha desarrollado una media anual de 265 procesos terapéuticos, siendo 324 en el año 2008.36.
- Respecto a los hospitales de día, han sido los recursos que menos procesos terapéuticos han desarrollado: 17 de media anual, siendo 15 en el año 2008.

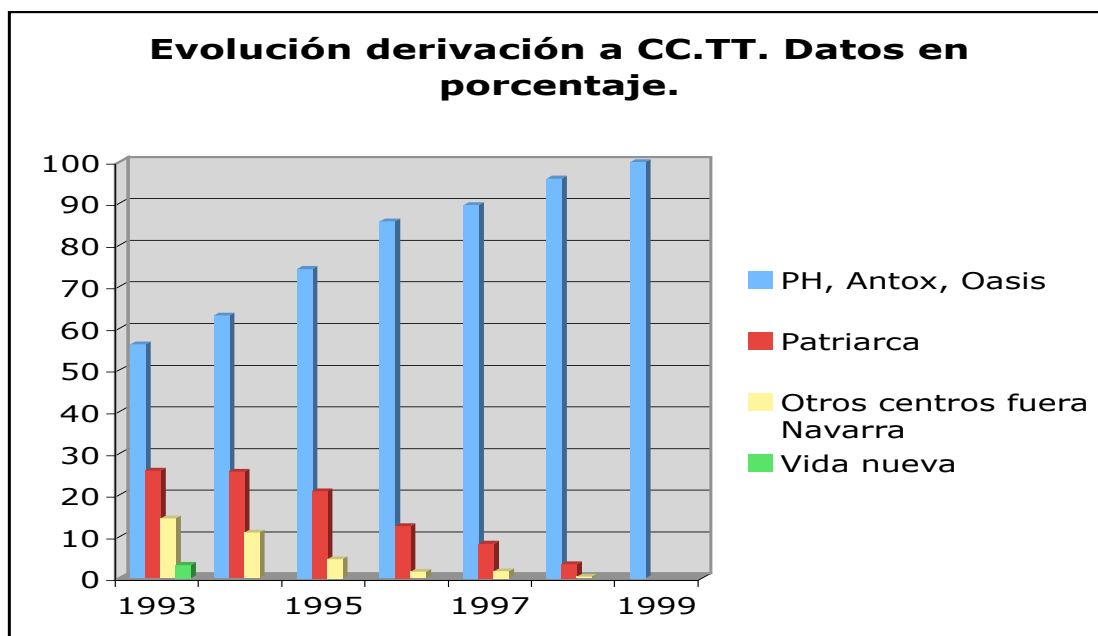
Se ha incrementado la atención desde Zuria y Aldatu, pero la media de casos atendidos desde los hospitales de día sigue siendo baja.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Durante el periodo analizado (1993-2008) el grueso de los recursos concertados han sido las comunidades terapéuticas. A lo largo de estos años se ha mantenido el convenio con tres organizaciones que gestionan comunidades terapéuticas en Navarra, y que actualmente se denominan: Asociación Antox, Fundación Proyecto Hombre Navarra e Ibarre Multzoa S.A.L. Desde el año 1999 el Gobierno de Navarra financia exclusivamente el ingreso en estos tres centros, pero anteriormente se producían también derivaciones a comunidades terapéuticas ubicadas en otras comunidades autónomas.

El número de personas atendidas en comunidad terapéutica se estabilizó desde el año 1996.

Gráfico 22: Porcentaje de derivaciones a CC.TT. por año y comunidad terapéutica. Navarra. Años 1993, 1995, 1997 y 1999.



Fuente: Memorias del PFD.

36 Debemos tener en cuenta que únicamente 24 de las plazas de Aldatu son concertadas

Desde el año 1996 se observa una importante estabilización en el número de población atendida (media anual de 233). Entre los años 1993 y 1995 el número era superior (428 en el año 1993) porque había más plazas disponibles (fundamentalmente derivaciones fuera de Navarra) y porque aún no habían sido implantadas suficientemente otras modalidades de tratamiento no residencial en Navarra.

El aumento en la incorporación de casos con trastornos mentales graves es una de las principales transformaciones que se han producido durante los últimos años en las comunidades terapéuticas. Hasta tal punto que, en el año 2008, representan un porcentaje próximo al 43%. Su distribución es desigual según la comunidad terapéutica, alcanzando prácticamente el 50% en Proyecto Hombre o Antox, y reduciéndose al 30% en Ibarre.

El incremento de personas con trastorno mental grave atendidas es una de las principales transformaciones producidas en las comunidades terapéuticas durante los últimos años.

OTROS PROGRAMAS

- Distribución de jeringuillas.

Este tipo de programa fue puesto en marcha a finales de los años 80 como una estrategia dirigida principalmente a detener la transmisión del VIH que se producía a partir del intercambio de jeringuillas infectadas. En estos dieciséis años de desarrollo del Programa se ha producido un notable incremento en el número de jeringuillas distribuidas, pasando de 17.560 en el año 1993 a 59.422 en el año 2007. Asimismo, se han incrementado los espacios desde los que se desarrolla la distribución. Si en un principio era realizada únicamente desde el Comité Ciudadano AntiSIDA, en el año 1995 se incorporaron las farmacias y, finalmente, en el año 1999 se inició la distribución en la Prisión Provincial de Pamplona.

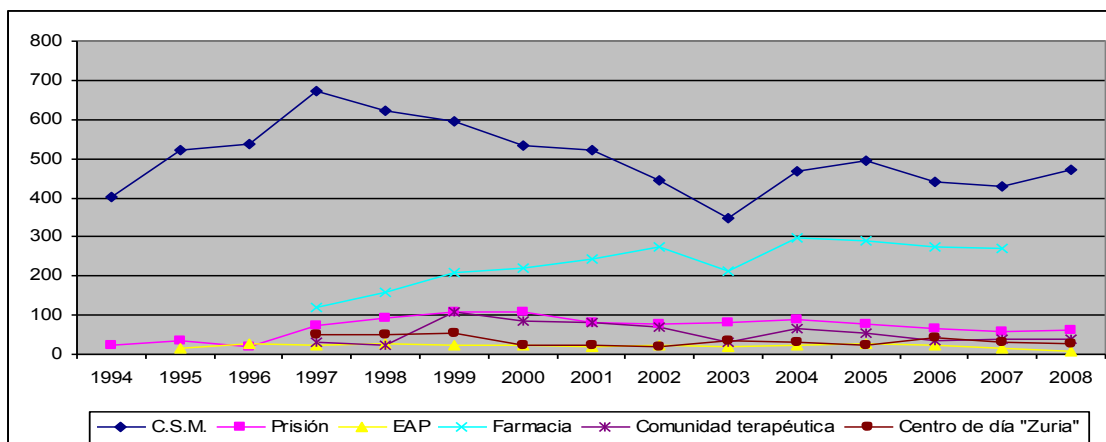
El programa de distribución de jeringuillas, iniciado desde el Comité AntiSIDA, se extendió a farmacias y a la Prisión.

- Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM).

El PMM fue implantado en toda la Red de CSM en el año 1994. Durante ese primer año la prescripción y dispensación era realizada únicamente en la mencionada Red de CSM y en la Prisión Provincial de Pamplona. En el año 1995 se extendió el Programa a algunos Centros de Salud (únicamente como centros dispensadores) y en el año 1997 se completó la red de espacios de dispensación con la incorporación de las tres comunidades terapéuticas acreditadas en Navarra y varias oficinas de farmacia. Asimismo, en ese mismo año se incorporó como centro prescriptor y dispensador el Hospital de Día Zuria.

El programa de mantenimiento con metadona fue implantado en toda la red de CSM y posteriormente se extendió a la Prisión, CC.TT., Zuria, farmacias y algunos centros de salud.

Gráfico 23. Evolución en los procesos de atención en programas de mantenimiento de opiáceos según centro de dispensación. Navarra. Años 1994-2008.



Fuente: memorias del PFD.

- Intervención en el ámbito jurídico-penal.

Podemos distinguir los programas de tratamiento realizados en el interior del centro penitenciario y aquellos que permiten evitar el ingreso en prisión a condición de realizar algún tipo de tratamiento y/o el cumplimiento de otros requisitos.

Programas de tratamiento en el centro penitenciario.

En el caso de la Prisión Provincial de Pamplona, se determinó que fuera el equipo del Hospital de Día Zuria el que asumiera la gestión del tratamiento a drogodependientes. Así, en el año 1999, el Servicio Navarro de Salud incluyó el denominado "Programa de intervención en la Prisión Provincial de Pamplona" en el nuevo contrato de gestión del Hospital de Día Zuria, estableciéndose la intervención de dos miembros del equipo (psicólogo clínico y educador-terapeuta) los martes y jueves por la mañana.

De manera paralela se han ido poniendo en marcha otros programas gestionados directamente por personal de la Institución Penitenciaria o por parte de otras entidades externas:

- Programa de Mantenimiento con Metadona. La prescripción y dispensación es realizada por el personal sanitario del centro penitenciario.
- Programa de intercambio de jeringuillas. Desarrollado por la asociación Sare y financiado por el Departamento de Salud.
- Programa de Educación para la Salud. Desarrollado por la asociación Sare y financiado por el Departamento de Salud.

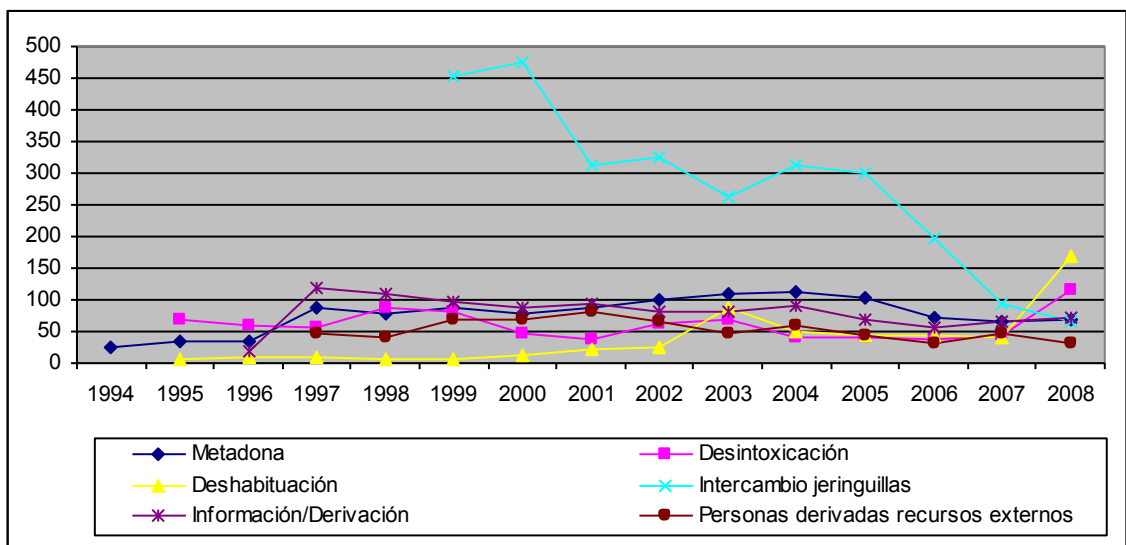
Asimismo, existe un servicio consistente en la derivación a recursos de tratamiento externo, una vez la persona drogodependiente accede a la libertad. Este servicio de orientación es prestado por el personal penitenciario, pero también existe la posibilidad de que profesionales de los centros externos acudan para realizar entrevistas preparatorias con la

A través de equipos externos, y del personal penitenciario, se ha facilitado que en la Prisión de Pamplona exista una oferta de alternativas de tratamiento similar a la que se puede encontrar en el exterior.

persona interesada. Así lo hacen las tres comunidades terapéuticas acreditadas en Navarra y alguna asociación específica como es el caso de La Majarí, que dirige su atención a la población gitana.

A continuación analizaremos la evolución que a lo largo de los años de desarrollo del PFD han tenido los diferentes servicios de tratamiento a drogodependientes en la Prisión Provincial de Pamplona. La evolución más llamativa es la referida al Programa de Intercambio de Jeringuillas. Si en su momento más álgido (año 2000) hubo al cabo del año 476 peticiones de intercambio, en el año 2007 la cifra se redujo hasta las 94. En cuanto al Programa de Mantenimiento con Metadona, se observa que fue incrementándose la población atendida hasta el año 2004, en el que se registraron 112 procesos terapéuticos, mientras que en los años posteriores se ha reducido, llegando a 69 en el año 2008. Respecto a los programas de desintoxicación y deshabituación, tras una reducción entre los años 2003 y 2007, durante el año 2008 se ha producido un notable repunte: 115 y 169 procesos terapéuticos atendidos respectivamente.

Gráfico 24. Evolución de los episodios de atención de tratamiento en prisión de Pamplona según tipo de tratamiento. Años 1994-2008.



Fuente: memorias del PFD.

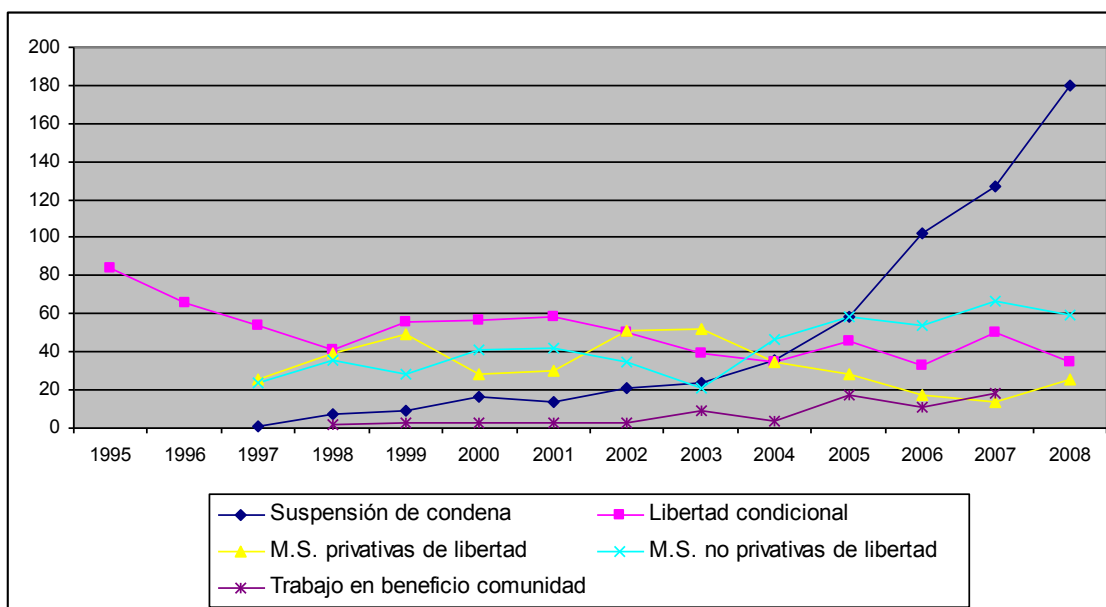
Programas de tratamiento en el exterior del centro penitenciario.

El Código Penal y el Reglamento Penitenciario contemplan diferentes medidas que permiten evitar el ingreso en prisión o la salida del centro penitenciario, en determinados casos y de manera condicionada a la realización de un tratamiento y al cumplimiento de otros requisitos. Las principales medidas previstas son las siguientes: trabajo en beneficio de la comunidad, suspensión de condena, libertad condicional y medidas de seguridad (privativas y no privativas de libertad).

Se han puesto en marcha todas las medidas que el Código Penal y el Reglamento Penitenciario prevé para el tratamiento en el exterior de la prisión, con especial atención a la suspensión de condena.

A continuación analizaremos la evolución que a lo largo de los años de desarrollo del PFD han tenido las diferentes medidas para el tratamiento fuera del centro penitenciario. La suspensión de condena es la medida que más se ha incrementado: en el año 2008 es la más utilizada (180 personas), mientras que diez años antes apenas existía. En cuanto a las medidas de seguridad, en los últimos años se observa una tendencia a que las no privativas sean las más utilizadas (59 personas en el año 2008) frente a las privativas de libertad (26 personas en el año 2008). Finalmente, se observa una tendencia al descenso en la utilización de la libertad condicional como medida para el tratamiento externo, que hasta el año 2001 era la más utilizada y en el 2008 fue aplicada a 35 personas.

Gráfico 25. Evolución de la población en programas alternativos a prisión por programas. Navarra. Años 1995-2008.



Fuente: memorias del PFD.

TIPO DE TRATAMIENTO MÁS PRESENTE EN LA RED DE NAVARRA

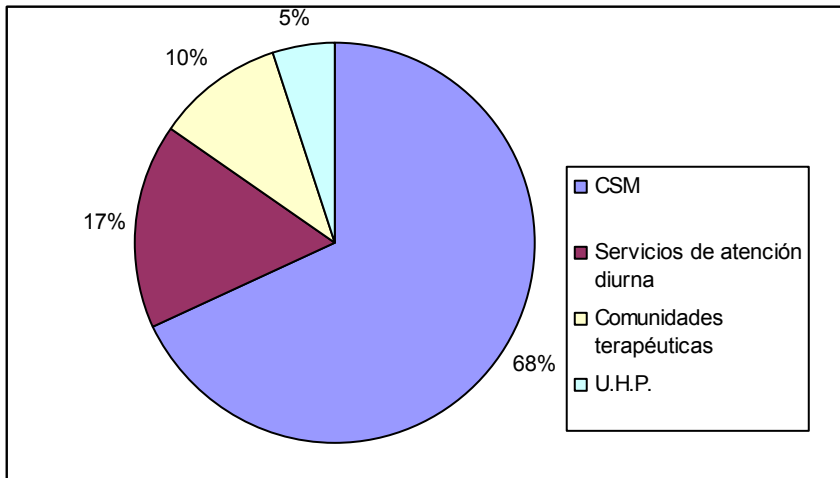
En el año 2008, el 68% de las atenciones fueron realizadas en programas de tratamiento de alguno de los siguientes tipos:

- Programa de mantenimiento con opiáceos basados en la dispensación de metadona y en un seguimiento fundamentalmente de tipo sanitario.
- Atención ambulatoria en CSM (con una media de 6 citas anuales y atendidos fundamentalmente por personal de enfermería y de psiquiatría).

El 27% de las atenciones fueron realizadas en programas de tratamiento intensivos y con un mayor componente psico-socio-educativo: servicios de atención diurna y comunidades terapéuticas.

La mayor parte de los procesos de atención están caracterizados por una media de 6 citas anuales y una atención realizada básicamente por personal de enfermería y de psiquiatría.

Gráfico 26. Distribución de episodios de atención por tipo de programa. Navarra. Año 2008.



Fuente: memoria del PFD.

LA PERCEPCIÓN QUE LOS Y LAS PROFESIONALES QUE ATIENDEN A POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE TIENEN SOBRE LAS DEBILIDADES DE LA RED

Como parte del diseño para el nuevo PFD hemos realizado entrevistas a dieciséis profesionales de equipos que atienden a población drogodependiente en Navarra. En este apartado aportamos algunas conclusiones relacionadas con la percepción que estos y estas profesionales tienen sobre las principales necesidades y problemáticas presentes en el sistema de atención a drogodependientes en Navarra. En algunos casos aportamos opiniones literales recogidas en las entrevistas.

- Se percibe cierto estancamiento en el Programa de Drogodependencias, a pesar de haber sido declarado prioritario por la Subdirección de Salud Mental, como hemos comentado anteriormente.

...los trastornos mentales graves han seguido un curso, y las infanto-juveniles han seguido otro. Ha habido avances en ambos, pero en dependencias nada...

- Las listas de espera para el ingreso en comunidades terapéuticas, UHP o centro de día, y el elevado intervalo entre cita y cita en los centros de salud mental, son señalados entre los principales problemas de la red.

...le da el volante el médico de cabecera para el psiquiatra, que igual no le ha visto nunca, y le dan con un mes y medio o dos meses...Pero es que están saturados.

- Según algunas personas entrevistadas, otra de las debilidades de la red tiene que ver con la ausencia en los centros de un enfoque más indicado, más orientado hacia perfiles. Como consecuencia, muchas personas no encuentran ofertas terapéuticas adaptadas a sus necesidades. Esta debilidad se agrava en un contexto como el descrito, en el que se incrementa la heterogeneidad de perfiles atendidos.

- Una necesidad de recursos más estructurados, más específicos...

No hay programas específicos relacionados con determinados perfiles, sino que es algo generalista de tratamiento de toxicomanías...

Insuficiente definición de programas adaptados a perfiles.

- En ese sentido, las derivaciones no son realizadas tras un diagnóstico que analice el dispositivo, el programa terapéutico más adecuado para cada persona.

No tenemos, no hay nada por escrito, ni hay unos indicadores, ni hay unos criterios. Nos guiamos por lo que cuentan los propios usuarios.

...últimamente ya te dicen dónde quieren ir. O sea, que tú no tienes ni que decirle. Y te dice "me voy a ir a comunidad. ¿Me das el teléfono que lo he perdido?"

Las derivaciones desde los CSM a recursos específicos no responden suficientemente a un diagnóstico previo ni a una indicación profesional.

- En cuanto a las comunidades terapéuticas, y según la percepción de las personas entrevistadas, siguen sin ser consideradas realmente un recurso de la red sanitaria (aunque formalmente lo sean). En un principio la red concertada específica fue creada como un conjunto de recursos de carácter fundamentalmente social y educativo. Su traspaso posterior a la red sanitaria no ha terminado de ser real y siguen apareciendo importantes contradicciones: en el tipo de composición disciplinar de los equipos, en las infraestructuras, en la relación con el resto de la red sanitaria, en la presencia del copago (único caso en el sistema navarro de salud), en la persistencia del requisito de empadronamiento previo durante dos años mínimos (que dificulta especialmente la atención a personas inmigrantes).

Las comunidades terapéuticas no terminan de formar parte de la red sanitaria como un recurso más: copago, requisito de empadronamiento previo, tipo de financiación de las comunidades terapéuticas, etc.

- En cuanto al sistema jurídico-penal, aunque se han producido avances, se plantea la necesidad de revisiones normativas respecto a las medidas y en relación con el papel del Juzgado de Vigilancia. Asimismo se proponen cambios que mejoren la oferta de servicios: un servicio social penitenciario vinculado a los órganos judiciales penales y un módulo terapéutico en el futuro centro penitenciario.
- La debilidad de la coordinación, el insuficiente trabajo en red, es señalada en muchas entrevistas como una de las principales debilidades del sistema de atención a drogodependientes. Esta debilidad se observa en el diseño de los protocolos, pero también en la definición y seguimiento de los itinerarios terapéuticos y de incorporación social, en el ofrecimiento de acompañamiento durante el itinerario.

...yo creo que es necesario tener muy bien hilados los diferentes momentos por los que puede pasar una persona para que no se quede estancada en un recurso o en una asistencia, y a partir de ahí pueda dar el siguiente paso, y luego pueda seguir dando el siguiente paso porque va a estar acompañada en ese proceso...

Debilidad en el trabajo en red. Carencia de liderazgo por parte del PFD en el ámbito del tratamiento.

- En esta debilidad influye, según varias de las personas entrevistadas, la ausencia de estructuras y protocolos formalizados de coordinación. Según estas personas, la mayor parte de las acciones de coordinación responden más a la relación personal que a la formal o institucional.

...es más pues yo te llamo, tú me cuentas, pásame un informe, te pasa el informe, tu le pasas...pero no hay una protocolización, una sistematización.

- En general se señala la carencia de liderazgo en el ámbito del tratamiento a drogodependientes. En varios casos se ha señalado que la Dirección Técnica del PFD debería ejercer esa función de liderazgo.

Uno de los objetivos o de las líneas estratégicas que un Plan debería tener, desde mi punto de vista, es realizar esa labor de gobernanza, de liderar, de articular, de ser facilitador también de la articulación, porque eso también ayuda a ver todas las necesidades que puede haber.

- Como respuesta a las necesidades de uno de los perfiles tratados desde la red (el colectivo de personas en una situación más cronificada) se demanda la creación de recursos y programas adaptados: pisos tutelados o residencias de acogida, centros de baja exigencia. Incluso en algún caso se afirma que la creación de ese tipo de recursos permitiría que las comunidades realmente se convirtieran en espacios terapéuticos, y no en centros de acogida para personas que “entran y salen” porque no tienen otro tipo de recurso en el que estar. La creación de recursos de ese tipo exigirá la cooperación entre los Departamentos de Salud y Asuntos Sociales.

...en la futura red muchos de los cuidados que faltan tienen que ver más con Asuntos Sociales que con Salud.

Inexistencia de recursos y programas adaptados a población cronificada.

- En algunas entrevistas ha sido señalado el tipo de actitud que un sector del colectivo de profesionales de la red de salud mental tiene hacia el programa de drogodependencias, como una de las dificultades para su adecuado desarrollo. La visión del colectivo de drogodependientes como unos pacientes incómodos, difíciles, y del programa de drogodependencias como un servicio hacia el que se siente poca motivación, sobre todo en un contexto como el de los últimos años, de crecimiento constante de la demanda general y de saturación en los servicios de salud mental, surge como una importante debilidad según el testimonio de estas personas.

Necesidad de trabajar aspectos formativos y actitudinales entre el colectivo de profesionales de la red de salud mental.

- En cuanto a las relaciones institucionales, se evidencian las siguientes debilidades:

Sistema jurídico-penitenciario. En primer lugar detectamos dificultades de comunicación, de comprensión mutua. Se trata de instituciones o sistemas con lenguajes diferentes, con procesos distintos. Estas diferencias hacen que aparezcan discrepancias, incoherencias entre peticiones y ofertas. Desde los centros asistenciales se siente que lo solicitado desde el sistema jurídico-penitenciario puede afectar negativamente a su oferta asistencial, que pierden su capacidad de decisión.

Porque no puedes hacer esa doble función terapéutica y controladora.

...a veces te sientes con que una persona la quieres expulsar y te dicen "cuando te autorice el juez".

Por su parte, desde el sistema jurídico-penitenciario se demanda una mayor implicación en la coordinación, especialmente por parte de los centros de salud mental. Además, desde los centros asistenciales se resienten de la enorme cantidad de informes y trámites que precisa su relación con el sistema jurídico-penitenciario. En coherencia con el tipo de opiniones y percepciones recogidas, la demanda de una mayor y mejor coordinación surgió prácticamente en todas las entrevistas.

Atención Primaria de Salud. Desde los centros de salud mental y los equipos especializados se percibe una insuficiente participación de los centros de salud en la atención a la población drogodependiente. La saturación de los centros de salud, pero también la falta de formación de los equipos, son señaladas como posibles causas de esta falta de implicación. Especialmente se es crítico con la insuficiente participación de los equipos de atención primaria en el abordaje del alcohol, espacio en el que podrían tener un papel especialmente relevante. Esta ausencia de participación contrasta con su activa implicación en el caso del tabaquismo.

Servicios sociales municipales. En relación con los servicios sociales municipales, y otros recursos concertados de atención a personas en situación de exclusión, desde la red asistencial se señala una debilidad principalmente: los excesivos requisitos que plantean para la incorporación de la población drogodependiente a sus programas.

Que existan recursos donde no sea excluyente el uso de sustancias para que sean atendidas estas personas.

Por parte de los equipos municipales, en las entrevistas realizadas también hemos recogido demandas de mejora, especialmente de la coordinación con los recursos de tratamiento.

En el momento en el que tú derivas a un servicio especializado hay muchas dificultades en una devolución o de un seguimiento de ese caso.

- Finalmente, otras debilidades detectadas tienen que ver con la escasísima oferta de recursos específicos de tratamiento en Tudela y Ribera, un aspecto más vinculado con la cobertura; con la inexistencia de procedimientos de evaluación y supervisión de los programas de tratamiento (más allá de las exigencias administrativas de acreditación o realización de memorias), tanto en la red concertada como en la pública; y con el tipo de financiación de las comunidades terapéuticas, que no se realiza con un presupuesto anual fijo por dispositivo, sino mensualmente en base al número de personas ingresadas.

...es el tema de promover la evaluación de los programas de intervención con indicadores comunes y evaluables. En principio, esto figura dentro de los convenios que firmamos con Osasunbidea, pero luego nunca hemos visto que realmente se utilicen o se sigan un poco más allá...se realizan memorias, pero...

...en principio la ley lo que hace es subvencionar a los usuarios para su tratamiento...si mañana de repente abandonan cinco personas, yo no puedo despedir a dos profesionales de la comunidad terapéutica. O sea, el coste del servicio del centro tenga 45 o tenga 32 es el mismo.

Nosotros tenemos un servicio...que lo que hacen es recoger la demanda que viene de la calle, evaluar si son para tratamiento residencial o ambulatorio y derivar el caso...no pueden entrar dentro del convenio de plazas de comunidad porque no son residenciales.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN

MODELO PREVENTIVO

Durante los años de desarrollo del PFD se ha ido consolidando un modelo preventivo que apuesta por vincular la intervención preventiva con los espacios y agentes más próximos y normalizados, evitando el abordaje únicamente específico. Describiremos a continuación las principales ideas que fundamentan este modelo:

El modelo del PFD apuesta por vincular la prevención con los espacios y agentes más próximos y normalizados.

- Tratar de organizar las actuaciones en las estructuras más cercanas a la ciudadanía y a las actividades cotidianas: comunidad, escuela, lugar de trabajo.
- Las acciones preventivas que se dirigen al conjunto de la población deben ser impulsadas fundamentalmente desde los programas municipales sobre drogas y desde los centros

educativos las que tienen como población diana las personas en edad de escolarización obligatoria y sus progenitores.

- En el medio escolar se pone especial empeño en trasladar al profesorado la responsabilidad educativa que le corresponde en el propio centro educativo, facilitando los materiales adecuados para su trabajo y la formación específica que precisen.
- La iniciativa social formalizada o no, tiene un papel básico en el desarrollo de las intervenciones preventivas, complementan las actuaciones que se activan desde las administraciones.

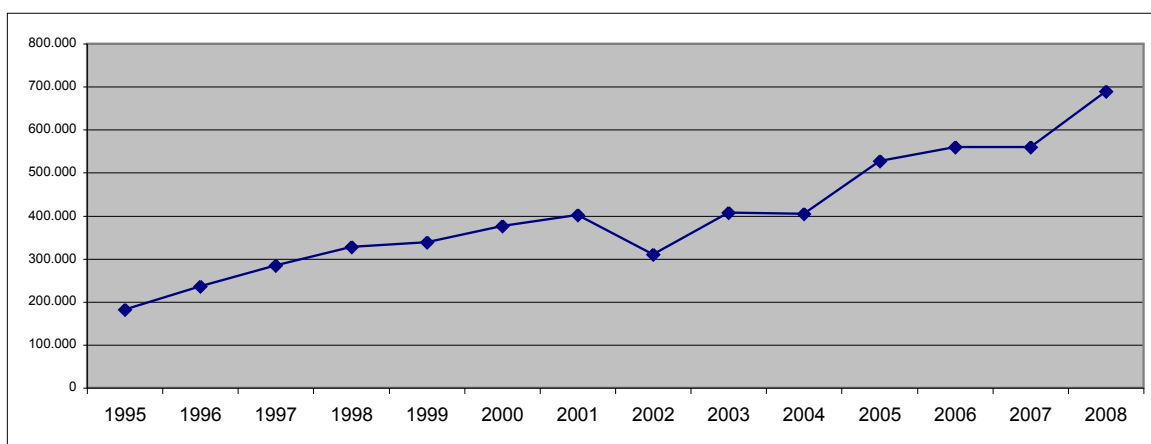
PROGRAMAS MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

Desde la aprobación del PFD el crecimiento en el número de programas municipales ha sido constante. Desde los cinco programas que existían en los años 1993 y 1994, hasta los 42 cofinanciados en el año 2008. En la actualidad la cobertura territorial de los PMD es muy elevada: todo el territorio navarro excepto la zona de Ultzama, Aranguren y los barrios pamploneses de Ensanche, San Juan, Ermitagaña, Mendillorri, Iturrama, Milagrosa y Azpilagaña. Por lo tanto, el 81% de la población navarra cuenta con un PMD en su zona de residencia.

Aproximadamente el 80% de la población navarra cuenta con un PMD en su zona de residencia.

En cuanto a la financiación, el presupuesto dedicado a subvencionar los PMD también se ha incrementado notablemente, desde los 181.585 euros del año 1995 hasta los 689.833 del año 2008.

Gráfico 27. Evolución de las subvenciones (euros) totales concedidas por el Departamento Salud del Gobierno de Navarra a los PMD. Años 1995-2008.



Fuente: Dirección Técnica PFD.

En el ámbito de la prevención, el tipo de actividades desarrolladas por un mayor número de PMD son las siguientes:

El tipo de actividades desarrolladas por un mayor número de PMD son las siguientes: creación de espacios de coordinación, “Voy y vengo”, prevención escolar y prevención familiar. La prevención selectiva con jóvenes se encuentra entre las actividades realizadas por un menor número de PMD.

- Creación de espacios de coordinación.
- Gestión del programa “Voy y Vengo” para la prevención de los accidentes de tráfico vinculados al consumo de alcohol y otras drogas.
- El trabajo en el medio educativo.
- La prevención familiar.

En el otro extremo, el tipo de actividades menos representadas en los PMD son las siguientes:

- Trabajo en espacios juveniles privados.
- Prevención selectiva con jóvenes.
- Trabajo con grupos informales de jóvenes.
- Promoción de espacios deportivos.

Tabla 2. Número de PMD que han realizado en el año 2008 actividades según el tipo de actividad.

Tipo de actividad	Nº PMD que la desarrollan
Espacios de coordinación	36
“Voy y vengo”	35
Trabajo en el medio educativo	35
Prevención familiar	34
Actividades en relación con el tiempo libre	26
Asesoramiento a ayuntamientos	24
Prevención selectiva familiar	20
Trabajan con asociaciones juveniles	19
Trabajan con locales juveniles	16
Prevención selectivas (niños y adolescentes)	16
Trabajan con espacios juveniles privados	13
Prevención selectiva jóvenes	12
Trabajan con grupos informales de jóvenes	11
Espacios deportivos	9

Fuente: memoria del PFD.

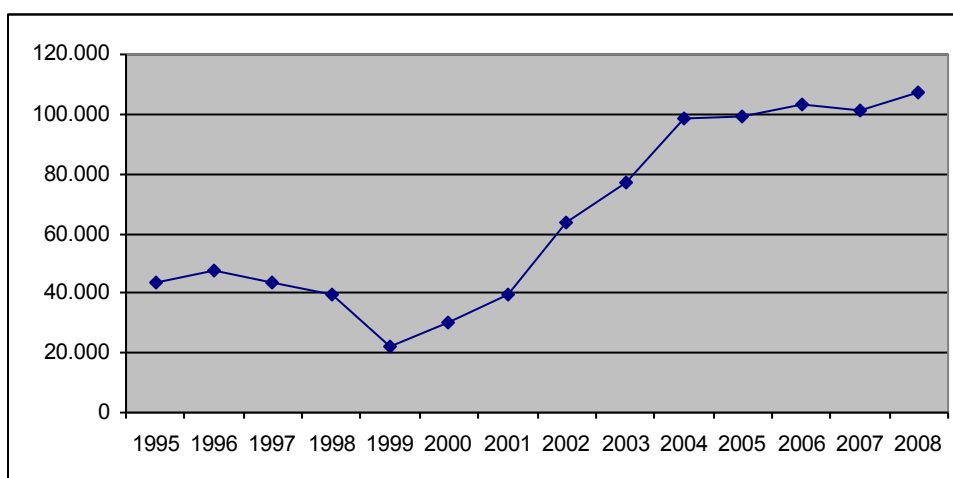
SUBVENCIÓN A ENTIDADES SOCIALES

El presupuesto para la financiación de las entidades sociales se ha ido incrementando año tras año, desde los 75.425 euros del año 1995 hasta los 269.728 del año 2008. Desde el primer momento se ha subvencionado tanto a entidades sociales específicas sobre drogodependencias como a entidades sociales no específicas pero que realizan o pueden realizar actuaciones de promoción de la salud. No obstante, se observa que, si en los primeros años había un mayor número de entidades específicas que recibían subvención, posteriormente su número ha ido decreciendo a la par que se incrementaba la presencia de las asociaciones no específicas.

Desde el Departamento de Salud se subvenciona tanto a entidades sociales específicas del ámbito de las drogodependencias como a entidades no específicas. Desde el año 2002 los programas preventivos son los que reciben un mayor porcentaje de las subvenciones.

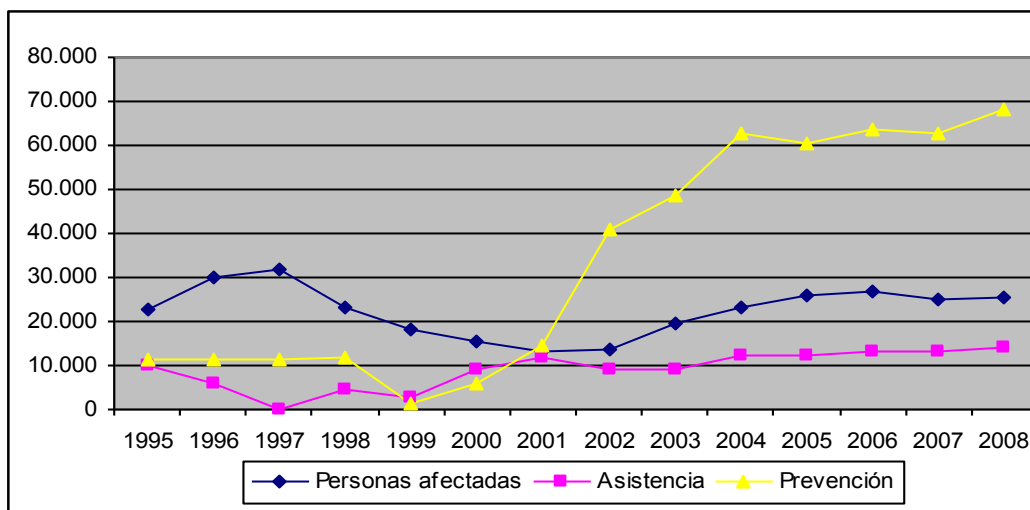
Respecto a las entidades sociales específicas, han recibido subvención a lo largo de estos años asociaciones de personas afectadas (fundamentalmente familiares de drogodependientes), entidades dedicadas a la asistencia a drogodependientes y asociaciones enfocadas hacia la prevención. El análisis de la evolución histórica nos permite observar cómo las entidades de personas afectadas eran las más numerosas y las que recibían un mayor porcentaje de las subvenciones hasta el año 2001, mientras que a partir de ese momento se produce un importante y sostenido incremento en el número y la financiación recibida por las entidades especializadas en prevención, estabilizándose el porcentaje recibido por los otros dos tipos de entidades.

Gráfico 28. Evolución de la subvención (euros) total concedida por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra a entidades específicas por año. Años 1995-2008.



Fuente: Dirección Técnica del PFD

Gráfico 29. Evolución de la subvención concedida por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra a entidades específicas financiadas por tipo de entidad y año. Años 1995-2008.



Fuente: Dirección Técnica del PFD

En cuanto a las entidades sociales no específicas, han recibido subvención asociaciones gitanas, asociaciones juveniles o que trabajan con población infanto-juvenil, asociaciones comunitarias, asociaciones que trabajan con población inmigrante y asociaciones de trabajo con familias. Los dos tipos de entidades más presentes y que han recibido un mayor porcentaje de subvención son las siguientes: asociaciones gitanas y asociaciones juveniles o que trabajan con población infanto-juvenil.

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Aunque la prevención familiar no ocupaba un lugar relevante en el documento del PFD, lo cierto es que ha sido una estrategia impulsada desde sus inicios. Detallaremos a continuación las principales iniciativas desarrolladas:

Guía de prevención en familia.

Esta Guía fue editada en el año 2001. Se trata de una herramienta dirigida a que padres y madres puedan fortalecer los factores de protección de sus hijos e hijas en relación con el uso de drogas. No obstante, también puede ser utilizada como una guía didáctica para diferentes agentes que quieran trabajar la prevención familiar. Hasta el momento han sido distribuidos en torno a 23.000 ejemplares.

En la huerta con mis amig@s (familia). Lagunekin baratzean (gurasoak).

Se trata de un material preventivo dirigido al alumnado de 5 a 9 años y a su profesorado. Pretende contribuir a la maduración psico-afectiva y a la adquisición de hábitos básicos de salud. Está basado en unos cuentos cuyos personajes son hortalizas que viven situaciones similares a las que se les presentan a los niños y niñas a quienes van dirigidos. En el año 2000 comenzó a trabajarse con un material complementario dirigido a padres y madres. Durante

estos años se ha trabajado en una media de 19 centros, llegando a una media anual de 1.050 familias.

Respecto a la prevención familiar, además de las actividades desarrolladas por los PMD, desde el PFD se han impulsado otras iniciativas (guía de prevención en familia, programa prevenir en familia, etc.).

Prevenir en Familia

Este proyecto consiste en la formación de padres y madres miembros de APYMAS, los cuales con posterioridad desarrollan seminarios de prevención familiar dirigidos al resto de padres y madres de sus respectivos centros educativos. Está basado en la metodología de “educación entre iguales”, que utiliza como agente de cambio a mediadores próximos a la realidad social sobre la que se quiere intervenir.

Prevenir en familia fue iniciado en el curso escolar 2000-2001 y desde entonces se ha logrado que en los centros educativos se desarrollen 87 seminarios en los que han participado entre 800 y 900 padres y madres.

Programas Municipales de Drogodependencias (PMD).

El número de PMD que han desarrollado actuaciones de prevención familiar se ha ido incrementando desde el año 2000, pasando de 23 PMD en ese año a 34 en el año 2008. Por ejemplo, en el año 2008 se trabajó con 68 APYMAS, organizando 173 grupos de formación en los que han participado 2.587 padres y madres.

PREVENCIÓN ESCOLAR

Durante el periodo de desarrollo del PFD, el marco desde el que se ha impulsado la prevención escolar ha sido la denominado Comisión Mixta de los Departamentos de Educación y Salud del Gobierno de Navarra.

Las dos principales herramientas utilizadas desde la Comisión Mixta para fomentar que el profesorado desarrolle su labor como agente preventivo son las siguientes: formación del profesorado y distribución de materiales educativos para que el profesorado los aplique en el aula o en las tutorías.

En cuanto a la prevención escolar, desde la comisión mixta Educación-Salud se ha impulsado la formación del profesorado y la distribución de materiales educativos por los centros. Ha sido relevante la colaboración de los PMD.

Formación del profesorado

Durante los primeros años la estrategia utilizada consistía en organizar cursos de formación en los Centros de Atención al Profesorado (CAP), invitando a profesorado de distintos centros educativos. Se confiaba en que cada persona formada pudiera posteriormente difundir lo aprendido entre el resto del profesorado de su centro. Sin embargo, a partir del año 2002 se

optó por una estrategia menos extensiva en cuanto al número de centros a los que se llegaba, pero más intensiva respecto al impacto en cada uno de ellos: realizar cursos en los propios centros educativos, facilitando así la asistencia del mayor porcentaje posible del claustro (incluyendo el equipo directivo) y posibilitando una mejor adaptación de la formación a cada realidad específica. En los últimos seis años se ha trabajado con una media anual de ocho centros educativos, formándose 1.423 profesores y profesoras.

El secreto de la buena vida-*Bizimodu onaren sekretua* / Sinesio

El programa “El secreto de la buena vida-*Bizimodu onaren sekretua*”, anteriormente denominado “Sinesio”, es una iniciativa puesta en marcha por el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las diferentes comunidades autónomas. En el caso de Navarra, “El secreto de la buena vida es impulsado por el PFD y en su gestión directa participa la asociación Hegoak y colaboran los diferentes PMD.

El programa, dirigido al alumnado de 5º y 6º de educación primaria, consta de materiales didácticos dirigidos al alumnado y al profesorado.

Hasta el momento han sido realizadas cuatro ediciones del programa en Navarra, una con la versión “Sinesio” y tres con la actual “El secreto de la buena vida”. La evolución en el número de centros educativos involucrados es muy positiva. En el curso escolar 2008-09 nos encontramos con que el 40% de los centros que imparten educación primaria en Navarra han participado en el programa.

Materiales educativos

En relación con la utilización de materiales educativos, en lugar de optar por un único material preventivo para todos los centros educativos, desde la Comisión Mixta se apostó por ofrecer a todos los centros educativos de Navarra una selección de los mejores materiales de prevención escolar disponibles.

En la actualidad, 116 centros educativos (casi el 40% de los existentes en Navarra) disponen de al menos un material preventivo distribuido por el PFD. De ellos, el 84% disponen de dos o más materiales, e incluso el 43% tienen cinco o más.

En el caso de la educación infantil y primaria, los materiales más presentes en los centros educativos son (por este orden): En la huerta con mis amigos-as, Osasunkume y PIPES. En el caso de la educación secundaria, los materiales más presentes son (por este orden): Órdago, PIPES y Jóvenes y drogas.

La Red de Escuelas Promotoras de la Salud

Se trata de una iniciativa surgida a principios de los años 90 y promovida por la Oficina Regional Europea de la OMS, la Unión Europea y el Consejo de Europa. Su objetivo es conseguir una escuela saludable que facilite la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. En Navarra su expansión se inicia en el curso 2002-2003. Al inicio del curso 2007-2008 había veinte centros escolares en la Red, mientras que a la convocatoria del curso 2008-2009 se presentaron cinco centro más.

Entre las actividades desarrolladas por la Red podemos destacar las siguientes:

- Sensibilización de los diferentes agentes de la comunidad escolar hacia la promoción de salud.
- Formación del profesorado.
- Apoyo en materiales: elaboración y/o distribución de materiales para el profesorado, materiales para madres y padres, para el alumnado,...
- Asesoramiento a centros educativos, de salud, APYMAS y otras asociaciones.

Programas Municipales de Drogodependencias (PMD)

Los PMD han desarrollado un papel muy importante en la prevención escolar. Entre las funciones que desempeñan podemos destacar las siguientes:

- Sensibilización, apoyo y asesoramiento al profesorado respecto a temas relacionados con la prevención.
- Coordinación con el profesorado y otros profesionales socio-sanitarios para la actuación conjunta con alumnado en dificultad social.
- Actividades de apoyo escolar en la realización de tareas y/o en otros aspectos de desarrollo personal y social.
- Creación de espacios para la participación de la comunidad escolar.

En el año 2008, 35 de los PMD (81%) realizaron algún tipo de actuación con centros educativos. En total se ha trabajado con 562 profesores y profesoras de 107 centros educativos (aproximadamente el 35% de los existentes en Navarra).

En cuanto a la intervención con el alumnado, ésta ha consistido fundamentalmente en trabajar, en colaboración con el profesorado, aspectos relacionados con la información sobre drogas y el entrenamiento en habilidades sociales, así como actividades fuera del centro educativo. La implicación de los PMD en este tipo de labor se ha ido incrementando a lo largo de los años. Si, por ejemplo, en el año 2002 fueron 5 los PMD que realizaron este tipo de labor, en el año 2008 fueron 12 PMD los que trabajaron con 21 centros educativos, llegando a 2.546 alumnos y alumnas.

PREVENCIÓN CON ADOLESCENTES Y JÓVENES

Varias iniciativas del PFD y de los PMD han ido dirigidas a incidir sobre la población adolescente y juvenil, pero tratando de llegar a los espacios que identifican como propios, huyendo de los contextos excesivamente institucionalizados.

Campañas de sensibilización.

Desde el año 1998, el PFD ha realizado once campañas dirigidas a la población juvenil. Estas campañas han sido ofrecidas como una herramienta de trabajo para los PMD, siendo ese ámbito el que ha sido utilizado principalmente para su distribución. Podríamos decir que todas las campañas han tenido un eje común que ha aportado coherencia al mensaje: la importancia de la toma de decisiones responsable ante diferentes circunstancias que suelen

surgir en los espacios de ocio nocturno. La temática de las campañas, muy vinculada al ocio nocturno juvenil, ha hecho que la mayor parte de los años se iniciara su difusión durante el periodo estival, especialmente en época de fiestas de los distintos municipios. Señalaremos a continuación los títulos de las campañas realizadas durante estos once años, así como la evolución en los datos sobre número de materiales distribuidos:

El PFD ha desarrollado once campañas dirigidas hacia la sensibilización de la población juvenil en torno a la toma de decisiones responsable en los espacios de ocio nocturno.

- 1998: “Si consumes, hazlo con cabeza”. Drogas Sintéticas. “Hartzen baduzu, erne ibili”. Droga Sintetikoak
- 1999: “Calcula bien lo que bebes. Contrólate si vas a conducir”. “Ongi neurtu zenbat edan. Gidatu behar baduzu kontuz edan”.
- 1999: “Tómalo con calma” “Puedes beber más despacio”. “Lasai hartu” “Polikiago edan dezakezu”
- 2001: “Vámonos de marcha” “¿Cómo te lo quieres pasar?”. “Goazen parrandara!” “Nola pasatu nahi duzu?”
- 2002: “Me voy de marcha” “¿Te gusta divertirse?”. “Parrandara noa” “Ongi pasatzea gustatzen zaizu?”
- 2003: “Haz tuya la fiesta”. “Zeureganatu festa”
- 2004: “En la fiesta, tú decides”. “Parrandan, erabakia zure kontu”
- 2005: “Si vas a salir, ¿cómo vas a volver?”. “Ateraz gero, nola itzuliko zara?”
- 2006: “Amigos, amigas, marcha”. “Neska-mutilak, martxa”
- 2007: “De marcha también decides”. “Parrandan zabilzala ere erabakiak hartu behar
- 2008: ¡Escribe tu canción del verano! “Idatzi udako zure kanta!”

Tabla 3. Evolución del número de folletos y carteles distribuidos. Años 1998-2008.

	1998	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nº folletos	21.550	109.862	41.442	32.205	50.575	45.915	51.252	40.650	55.000	80.000
Nº carteles			780	938	1.344	1.408	1.843	1.610	2.200	3.000

Fuente: Dirección Técnica del PFD.

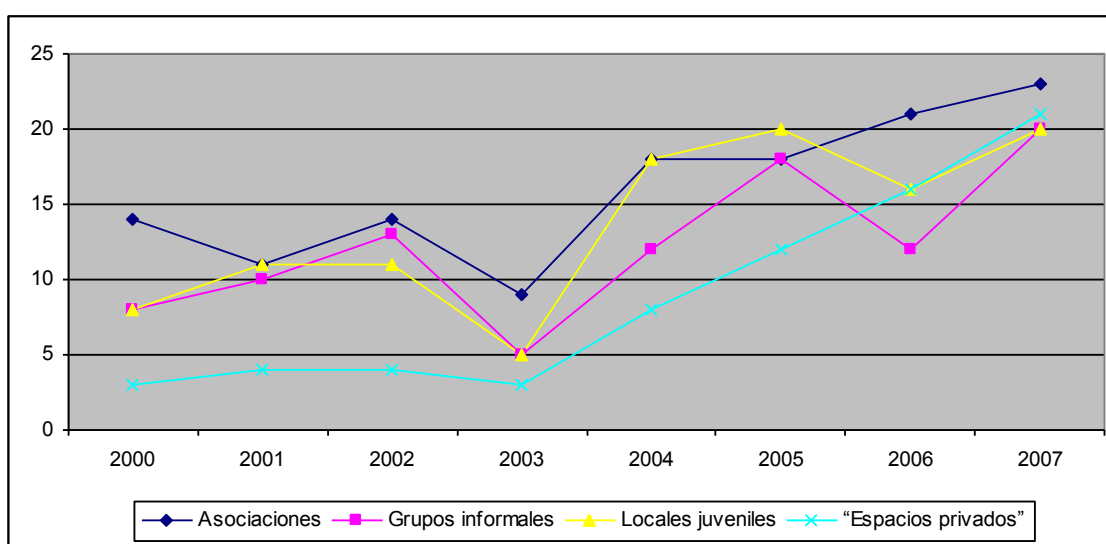
Trabajo con grupos juveniles

Los PMD trabajan con asociaciones juveniles de sus zonas, ya sea para fomentar su creación y mantenimiento o para trabajar conjuntamente actividades de tiempo libre, actividades formativas o talleres de prevención. No obstante, una parte importante de las actividades de los PMD ha sido dirigida hacia grupos de jóvenes no asociados, ya sean grupos informales,

“cuadrillas” que comparten un espacio físico privado ("bajeras", "txoznak", “cuartos”, etc.) o grupos formales alrededor de alguna iniciativa y/o local público (centro juvenil, *gaztetxe*, etc.).

Los PMD trabajan con asociaciones juveniles, pero también con grupos no formales y en espacios privados (“bajeras”, “txoznak”).

Gráfico 30. Evolución del número de PMD que han contactado con asociaciones, grupos informales, locales juveniles y “espacios privados”. Navarra. Años 2000-2007.



Fuente: memorias del PFD

El gráfico anterior nos informa sobre un incremento en el número de PMD que trabajan tanto con asociaciones como con otro tipo de grupos de jóvenes. Quizás por su carácter novedoso podemos resaltar la evolución en el número de PMD que trabajan con “espacios privados”.

“Voy y vengo”.

El programa “Voy y Vengo” fue iniciado en la zona de Cadreita en el año 1991, estando presente actualmente en treinta y cinco PMD. Pretende incidir sobre la asociación ocio nocturno-consumo de drogas-conducción de vehículos. El programa, que va dirigido especialmente a la población joven de entre 15 y 24 años, contempla cuatro líneas de actuación:

- Información, sensibilización y divulgación sobre el programa a través de cartas, folletos, contacto con medios de comunicación, etc.
- Trabajo educativo en relación al consumo de alcohol y otras drogas. Como mínimo, desde todos los PMD se reparten los materiales educativos de las campañas del PFD a las que nos hemos referido anteriormente.
- Servicio de transporte nocturno para jóvenes que se desplazan a fiestas locales. Desde los PMD se contacta con las empresas de transporte y se procuran negociar los horarios e itinerarios con los diferentes sectores implicados.

- Aumentar la participación social, involucrando a políticos locales, padres y madres, servicios comunitarios y, específicamente, a la población joven.

El programa “Voy vengo” ofrece un servicio de transporte nocturno para jóvenes, pero también trabaja objetivos relacionados con la información, la sensibilización, la educación y la participación.

En el año 2003, la Dirección Técnica del PFD encargó a la empresa CIES una evaluación del Programa “Voy y Vengo”. Fue realizada a través de una encuesta telefónica a una muestra representativa de jóvenes (15-24 años) de las localidades donde funcionaba el Programa, además de a padres y madres de estos jóvenes. Destacaremos a continuación las principales conclusiones de esta evaluación:

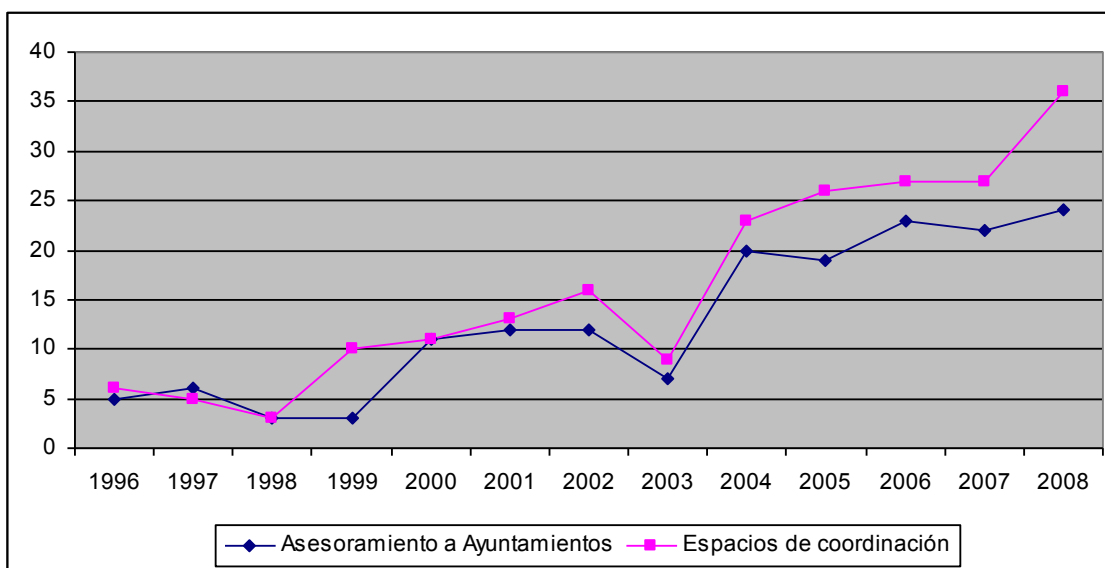
- El grado de conocimiento del Programa es muy elevado: el 86% de las personas entrevistadas han oído hablar de él.
- También es elevado el porcentaje de personas que han hecho uso de los autobuses (79%) y que han visto los materiales educativos (87% entre las personas jóvenes entrevistados). No lo es el porcentaje de personas que han asistido a jornadas o actividades educativas relacionadas con el Programa: 7% entre las personas jóvenes entrevistadas.
- El Programa posee un interés de 8,5 puntos sobre 10, con puntuaciones muy similares en jóvenes y padres/madres. Para las personas entrevistadas, el Programa contribuye a reducir el número de accidentes de tráfico, permite a las personas más jóvenes acudir a fiestas, da tranquilidad a padres-madres y, según la mayoría, sirve para concienciar sobre la relación consumo de alcohol-accidentes. Sin embargo, no incide en disminuir el consumo de alcohol.
- A pesar de todo, la utilización del coche para ir de fiesta sigue estando muy arraigada. El 67% de las personas jóvenes entrevistadas lo utilizan como primer medio de transporte, seguido del autobús del Programa (35%).

En el año 2008, treinta y cinco PMD desarrollaron el programa “Voy y Vengo”.

PREVENCIÓN COMUNITARIA

Desde el modelo de prevención impulsado por el PFD se contempla que los PMD deben ser los principales promotores de las acciones comunitarias. Para ello, desde estas estructuras se han desarrollado múltiples actuaciones dirigidas hacia el fortalecimiento comunitario y la promoción de la participación de todos los agentes de la comunidad en la prevención. Por ejemplo, en el año 2008 veinticuatro PMD han desarrollado una labor de asesoramiento técnico sobre prevención a diferentes profesionales y políticos de los distintos ayuntamientos y mancomunidades, mientras que la totalidad de los PMD han promovido la creación de espacios de coordinación entre diferentes agentes de la comunidad. En estas dos labores se ha observado una importante evolución a lo largo de los años, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico 31. Evolución del número de PMD que han realizado labores de asesoramiento a ayuntamientos y de coordinación con diversos agentes comunitarios. Navarra. Años 1996-2008.



Fuente: memorias del PFD

También las entidades sociales subvencionadas se han esforzado por prestar un servicio de asesoramiento en prevención y promoción de la salud a profesionales de los diferentes ayuntamientos y mancomunidades, pero también a representantes de otras asociaciones. Asimismo, la promoción y creación de espacios comunitarios de coordinación ha sido otra de las aportaciones de las entidades sociales.

Asimismo, la mayor parte de los PMD han realizado actuaciones dirigidas hacia la sensibilización de toda la comunidad en torno a la prevención. Por ejemplo, en el año 2008: 28 PMD realizaron intervenciones en radios, televisiones y periódicos locales; 30 PMD desarrollaron otro tipo de iniciativas de divulgación (reparto de folletos y carteles, webs, difusión de mensajes a través de sms o del correo electrónico, etc.).

Los PMD, y varias de las entidades sociales subvencionadas, han impulsado la prevención comunitaria a través de acciones de sensibilización, de asesoramiento técnico a diferentes agentes de la comunidad y la creación de espacios de coordinación.

También las entidades sociales subvencionadas han realizado una importante labor de divulgación de sus actividades y de sensibilización social, utilizando para ello distintos medios locales, pero también de ámbito Foral y Estatal. Así por ejemplo, en el año 2008 podríamos destacar la labor de la asociación Hegoak, que ha desarrollado medios de comunicación propios (página web y revista) y ha logrado aparecer en 24 medios de comunicación. También el Plan Comunitario del Casco Viejo, la Federación Gaz Kalo, Askagintza o la asociación Aralar, han utilizado los medios de comunicación para difundir sus actividades y mensajes. Asimismo, el Consejo de la Juventud de Navarra elaboró nuevos materiales divulgativos sobre su área de

salud, enviándolos a 70 entidades del Consejo, 50 asociaciones, 49 servicios sociales de base y 11 ayuntamientos.

Finalmente, debemos resaltar que algunos programas municipales han organizado actividades dirigidas hacia la sensibilización y formación de los diferentes agentes comunitarios. Por ejemplo, en las memorias del PFD se recoge que desde el año 1997 una media anual de cinco PMD organizan jornadas relacionadas con la prevención de las drogodependencias en sus respectivas comunidades. Asimismo, cuatro PMD en el año 2007 y dos en el año 2008, han desarrollado actividades para la formación de mediadores comunitarios: personal de instalaciones deportivas, personal de centros juveniles, camareros y camareras, monitores y monitoras de tiempo libre, profesorado de autoescuelas, etc.

PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

Programas Municipales de Drogodependencias (PMD)

Desde su inicio, los PMD han orientado parte de su trabajo hacia la intervención con población infantil, juvenil y adolescente que estuviera afectada por una especial concentración de factores de riesgo: adolescentes con fracaso escolar, infractores, jóvenes con problemática de adaptación y de incorporación sociolaboral, hijos e hijas de personas drogodependientes, etc. El modelo de intervención asumido ha sido el del trabajo en red, promoviendo la participación de todos los sectores profesionales de la comunidad. No obstante, se ha producido una especial interacción entre los servicios sociales y los centros educativos, dada la especial relevancia del fracaso escolar como factor de riesgo.

En el año 2008, dieciséis PMD han realizado esta labor a través de un abordaje individual y doce a través de un abordaje grupal. Como complemento esencial de este trabajo, veinte PMD han puesto en marcha un servicio de abordaje familiar individual con un enfoque de prevención selectiva. Asimismo, aunque en menor medida, otros PMD han organizado grupos de prevención selectiva con padres y madres (ocho en el año 2008).

Dieciséis PMD han realizado actuaciones de prevención selectiva con población infantil, adolescente y juvenil. Se ha actuado desde el trabajo en red, con especial interacción entre servicios sociales y centros educativos.

Veinte PMD han abordado la prevención familiar desde un enfoque de prevención selectiva.

Programa Suspertu

La Fundación Proyecto Hombre puso en marcha el Programa Suspertu para jóvenes de 13 a 20 años en el año 1997. Desde este programa se atiende de manera ambulatoria a jóvenes que se encuentran en una situación conflictiva o de riesgo y a sus familias. Es un programa con un enfoque educativo y de prevención selectiva e indicada. Desde el año 2008 tiene 18 de sus 40 plazas concertadas con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Dianova Zanduetza

La asociación Dianova gestiona el Centro Educativo Terapéutico Zanduetza desde el año 2001. Es un centro residencial para menores con problemas relacionados con el uso de drogas y con otros trastornos de conducta. El modelo de intervención utiliza la metodología de comunidad terapéutica y se enmarca dentro de los programas de prevención indicada. De las 20 plazas que dispone el centro, 4 están conveniadas con el Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra.

Otras entidades sociales.

Las entidades sociales se encuentran muy bien posicionadas de cara a desarrollar labores de detección, motivación, seguimiento, etc., adaptadas a poblaciones con características especiales. De hecho, la mayor parte de las entidades subvencionadas por el PFD desarrollan actuaciones de prevención selectiva e indicada. Destacaremos a continuación dos experiencias recogidas en las memorias del año 2008:

Se han concertado plazas con entidades sociales que desarrollan programas de prevención selectiva e indicada. También se ha subvencionado a otras entidades sociales que desarrollan programas de prevención selectiva.

- Hegoak. Esta asociación trabaja fundamentalmente en espacios donde el consumo de drogas está muy presente (zonas de ocio nocturno juvenil, bajeras, fiestas, conciertos, etc.) utilizando un enfoque orientado hacia la reducción de riesgos y daños. A través de diferentes programas (Zona Druida, Ikaró, etc.), Hegoak ha llegado durante el año 2008 aproximadamente a 5.000 jóvenes.
- Intervención preventiva con la comunidad gitana. El PFD ha subvencionado desde el año 1995 a una media de tres entidades gitanas. Durante el año 2008 la entidades subvencionadas han sido las siguientes: Gaz Kalo, La Majarí y Chachipén Gau Kalo. Las actividades desarrolladas tienen que ver con la elaboración de materiales educativos adaptados culturalmente, el asesoramiento a profesionales, el apoyo escolar, el desarrollo de talleres preventivos adaptados culturalmente, etc.

PREVENCIÓN ÁMBITO LABORAL

En el documento del PFD se contemplaban numerosas medidas relacionadas con el ámbito laboral:

- Actuaciones informativas y formativas dirigidas a todos los niveles de la empresa.
- Establecer un sistema de vigilancia para la salud de los trabajadores y las trabajadoras respecto a los diferentes consumos y dependencias.
- Investigar los factores de riesgo laboral que inciden en el consumo problemático de drogas.
- Poner en marcha medidas dirigidas a reducir el consumo de tabaco y alcohol entre el personal del Gobierno de Navarra.

No ha existido una coordinación estable entre el PFD y el Instituto de Salud Laboral que permitiera un abordaje focalizado de la prevención laboral.

La realidad es que las escasas actuaciones específicas realizadas lo han sido desde el Instituto de Salud Laboral y que no ha existido una coordinación estable con el PFD que permitiera un abordaje focalizado de la prevención en este ámbito.

No obstante, debemos señalar que existen algunas oportunidades que pueden favorecer un adecuado desarrollo de este ámbito de la prevención en el futuro próximo:

- El II Plan de Salud Laboral (2007-2012) menciona específicamente la necesidad de formar en prevención a los diferentes agentes del ámbito laboral.
- Existe un sistema de información de salud laboral (SISLAN) que analiza el consumo de tabaco, el uso de fármacos sedantes y antidepresivos, así como la incidencia de síntomas psicosociales que pueden constituirse en factor de riesgo.

ANÁLISIS DE LAS OPINIONES DE COLECTIVO DE PROFESIONALES VINCULADOS A LA PREVENCIÓN EN NAVARRA

Como parte del proceso para el diseño del nuevo PFD hemos utilizado dos técnicas de investigación:

- Encuesta por correo a profesionales de los centros educativos, los centros de atención primaria de salud y los programas municipales de drogodependencias. Fue realizada durante los meses de septiembre y octubre de 2009.
- Entrevistas en profundidad a una muestra tipológica de 15 profesionales que trabajan en diferentes programas de prevención en Navarra.

Resumiremos a continuación las ideas más relevantes recogidas a través de estas técnicas:

Encuestas por correo.

De todas las preguntas planteadas en los cuestionarios, vamos a centrarnos en aquellas que nos parecen más útiles para la planificación:

- ¿Qué factores pueden tener una mayor influencia en la mejora del trabajo preventivo? Los factores más señalados fueron los siguientes:

Encuesta a centros educativos	Encuesta a centros de salud	Encuesta a PMD
<ul style="list-style-type: none"> • La formación del profesorado. • La mejora de la coordinación con los recursos del entorno. • La disponibilidad en los centros educativos de materiales educativos y audiovisuales de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La formación de los y las profesionales de los centros de salud. • La mejora de la coordinación externa. • La creación de protocolos específicos. • La disponibilidad de materiales de soporte (manuales, guías) en los centros de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación del personal técnico de los PMD. • Mejora de la financiación. • La coordinación con las instituciones del entorno.

La formación, la coordinación y la disponibilidad de materiales educativos, son los factores que los distintos colectivos de profesionales señalan como claves para la mejora del trabajo preventivo.

- ¿Cuáles son los temas más importantes para la formación de profesionales? Los temas más señalados fueron los siguientes:

Encuesta a centros educativos	Encuesta a centros de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas grupales para trabajar con el alumnado. • Factores de riesgo y protección. • Pautas para la utilización de materiales educativos. • Técnicas individuales para trabajar con el alumnado y las familias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de asesoramiento y consejo. • Trabajo con familias. • Sustancias. • Características de los programas de prevención.

Las técnicas de asesoramiento, ya sea individual como grupal o con familias, se constituyen en uno de los temas de formación más demandados por los centros educativos y los centros de salud.

- ¿Con qué instituciones del entorno se relacionan más para trabajar la prevención? Las instituciones más señaladas fueron las siguientes:

Encuesta a centros educativos	Encuesta a PMD
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sociales. • PFD. 	<ul style="list-style-type: none"> • PFD. • Centros educativos (especialmente infantil y primaria). • Asociaciones.

Indicamos también otras respuestas señaladas mayoritariamente en la encuesta a PMD:

- Se señala que la ubicación institucional actual es mayoritariamente el programa de infancia y familia de los servicios sociales municipales. Se propone, como ubicación institucional ideal en el futuro, la de tipo transversal.
- En el futuro, se propone priorizar fundamentalmente las siguientes áreas:
 - Coordinación comunitaria, y en especial con centros educativos.
 - Prevención universal y selectiva con familias.

- Los centros de salud son señalados mayoritariamente como la institución del entorno con la que más se debería incrementar el trabajo en el futuro.

Entrevistas.

Describimos a continuación las principales conclusiones extraídas del análisis del discurso recogido en las entrevistas:

- Se identifica la coordinación como una de las herramientas fundamentales para el adecuado desarrollo de la prevención. En las entrevistas hemos recogido algunas experiencias muy positivas de trabajo en red a nivel local. En otros casos nos han transmitido experiencias anteriores de coordinación, pero que en la actualidad se encuentran bloqueadas o estancadas. No obstante, se es consciente de la necesidad de retomar este tipo de dinámicas.

Se manifiesta la necesidad de trabajo en red, reforzando especialmente la coordinación entre centros educativos, PMD y centros de salud.

- En el caso de los PMD, las dificultades de coordinación se detectan incluso entre las áreas del propio ayuntamiento. Asimismo, se echa en falta la coordinación entre los programas municipales de drogodependencias.
- Los PMD conciben la coordinación con los centros de salud y con los centros educativos como el eje fundamental para el trabajo en red. En general se valora más positivamente los avances en la coordinación con los centros educativos. Sin embargo, se señala la coordinación con los centros de salud como una importante debilidad que debe ser afrontada de manera prioritaria.

Creo que falta un poco el tema de salud, de atención primaria. Creo que tienen que meter un poco el diente desde el PFD. Con educación ya se está trabajando y van entrando y yo creo que hay que empezar a trabajar con salud.

- También en el caso de los PMD se valora la importancia de la implicación de los políticos municipales, de la colaboración y coordinación entre agentes políticos y personal técnico, aunque en ocasiones sea complicada. Esta cuestión es detectada como una importante debilidad.
- No obstante, las necesidades de mejora en la coordinación no se refieren únicamente al nivel local, sino también a las relaciones entre Departamentos del Gobierno de Navarra, a la coordinación o liderazgo del PFD y a la planificación estratégica de la prevención en la Comunidad Foral.

Esa idea de la red que en algunos ayuntamientos hemos puesto en marcha, por qué no se hace también a nivel de Departamentos: Salud, Educación, Asuntos Sociales. Creo que optimizaríamos mucho más las estructuras municipales... porque creo que estos fenómenos trascienden también a los municipios...

Se demanda liderazgo y planificación estratégica de la prevención en la Comunidad Foral.

Bueno, echamos en falta planes más generales. Con esto lo que queremos decir es que hay veces que sí que lo que hacemos es: "oye, que quiero hacer una actividad sobre drogas aquí", pero echamos en falta que, a veces, esa actividad puntual no forme parte de un plan más general.

- En cuanto a la ubicación idónea de un programa municipal de drogodependencias, las respuestas han sido unánimes en cuanto a que debe ser variada. La ubicación en el programa de infancia y familia facilita la coordinación comunitaria y el trabajo con las familias; la ubicación en incorporación permite el abordaje de objetivos de apoyo al tratamiento e incorporación social; la ubicación en juventud es fundamental para llegar a ese tipo de población; finalmente, la posibilidad de concertar servicios con entidades sociales permite abordar otro tipo de actuaciones en las que la identificación con una institución pública sería un inconveniente (por ejemplo: educación *de calle*, trabajo en *bajeras*, etc.).

Se apuesta por una ubicación más transversal de los PMD.

- En relación con los convenios que regulan el desarrollo de los PMD, las principales propuestas son las siguientes: una mayor implicación y compromiso de los y las representantes políticos municipales en su elaboración; ampliar su alcance a periodos al menos bianuales; introducir en los documentos contenidos que concreten aún más los compromisos técnicos y políticos a cumplir por ambas partes; incorporar una mayor supervisión por parte del PFD respecto al cumplimiento de los convenios.

Se apuesta por una mejora en los convenios con los PMD.

- Dos son las cuestiones recogidas en relación con los recursos humanos vinculados a los PMD: la necesidad de mejorar las cuestiones de tipo laboral; la necesidad de clarificar sus funciones, tareas y capacitación.

El tema de prevención se queda como a lo que llegues. ... Estoy ahí y saben que soy el cajón de sastre en que todo cabe lo que tiene que ser con intervención y de actividades.

Igual insistir a esas vueltas que hay que darle a la cuestión del técnico, de dónde tiene que trabajar, de cuál es su perfil, del rol. ... no sé, o la formación que debe recibir.

En cuanto al personal de los PMD, se propone una mejora en las condiciones laborales y en la clarificación de funciones y tareas.

PROGRAMA DE CONTROL DE LA OFERTA

En el documento del PFD se planteaban fundamentalmente el siguiente tipo de medidas:

FORMACIÓN DE PERSONAS RESPONSABLES DE EJERCER LA ACCIÓN POLICIA

La formación de los cuerpos policiales de Navarra es responsabilidad de la Escuela de Seguridad de Navarra, adscrita al Instituto Navarro de Administración Pública (INAP). Durante estos años no ha habido una participación sistemática del PFD en las actividades de la Escuela.

En la actual oferta formativa aparecen dos cursos vinculados al control de la oferta (“guías caninos-drogas-“ y “delitos contra la salud”).

No ha existido una colaboración sistemática entre el PFD y la Escuela de Seguridad de Navarra.

MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La Ley Foral 8/2006 de Seguridad Pública recoge la preocupación por la investigación en materia de seguridad, aunque sin referirse específicamente al tráfico de drogas. Para cumplir esta función, la Dirección General de Interior va a crear próximamente el denominado Observatorio de Seguridad Pública de Navarra.

Asimismo, se está trabajando actualmente en la creación de un Sistema de Información Policial de Navarra que permita el intercambio de información entre los Cuerpos Policiales de Navarra y los Cuerpos de Seguridad del Estado.

La próxima creación del Observatorio de Seguridad Pública abre nuevas oportunidades de avance.

DESARROLLAR NORMATIVA Y FACILITAR EL CUMPLIMIENTO DE LA EXISTENTE

Respecto al tráfico y consumo de drogas ilegales, no existe legislación foral específica.

En relación con las bebidas alcohólicas, sigue rigiendo la Ley Foral 10/1991, de 16 marzo. Señalamos a continuación sus principales características:

- Prohibida la venta, suministro o dispensación, gratuita o no, de bebidas alcohólicas a personas menores de 18 años.
- Prohibida la venta, expedición o consumo de bebidas alcohólicas en locales y centros dedicados específicamente a un público compuesto mayoritariamente por menores de 18 años, incluyendo en la misma a los centros educativos de infantil, primaria y secundaria.
- Prohibida la venta, suministro o dispensación de bebidas alcohólicas de más de 18 grados en centros de enseñanza superior y universitaria, en dependencias de las administraciones públicas y las estaciones y áreas de servicio de autovías y autopistas.
- En la publicidad de estos productos no podrán ser utilizados argumentos dirigidos a los menores de edad, ni podrán participar menores de 18 años en tales anuncios.
- No podrá realizarse promoción de bebidas alcohólicas en actividades dirigidas preferentemente a menores de 18 años. Asimismo, no podrán otorgarse bebidas alcohólicas como premio en actividades a las que puedan concurrir menores de 18 años.
- Prohibida la publicidad de estos productos en:
 - Centros que puedan ser utilizados predominantemente por menores de 18 años.

- Instalaciones educativas, deportivas y sanitarias. En salas de cine y espectáculos únicamente se podrá hacer publicidad de bebidas alcohólicas en sesiones dirigidas a mayores de 18 años.
- Publicaciones y programas de radio o televisión (emitidos desde Navarra) dirigidos a población menor de 18 años. También programas de radio o televisión (emitidos desde Navarra) de carácter informativo sobre temas de interés público.

La Ley Foral 10/1991 delimita también las competencias administrativas:

Existe normativa precisa sobre la venta y consumo de drogas ilegales, de tabaco y de alcohol. Su cumplimiento es responsabilidad de diferentes instituciones.

- Ayuntamientos:
 - Vigilancia y control de los locales donde se venden bebidas alcohólicas y de los lugares donde se halla prohibida su venta.
 - Adoptar todas las medidas dirigidas a asegurar la ejecución de las disposiciones de esta ley.
 - La sanción de las infracciones.
- Departamento de Presidencia e Interior:
 - Adoptar, en coordinación con los Ayuntamientos, las medidas necesarias para asegurar la ejecución de las disposiciones de esta ley.
 - La sanción de las infracciones cuando los hechos excedan el ámbito territorial de un municipio; cuando denunciado un hecho el ayuntamiento competente no incoe el expediente sancionador en el plazo de 10 días.

En cuanto al tabaco, el Parlamento de Navarra aprobó la Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco.

- En el ámbito de la prevención, esta Ley recoge que el Gobierno de Navarra debe promover la información y la educación para la salud.
- En el ámbito del tratamiento de la dependencia, la Ley recoge el desarrollo de programas desde los centros de salud, los servicios de prevención de riesgos laborales, los centros de atención a la mujer, los centros de salud mental, los servicios de atención especializada y el centro penitenciario. Posteriormente se aprobó el Decreto Foral 139/2003, de 16 de junio, por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar.
- En el ámbito de la regulación de la venta y consumo, la Ley ha sido superada por la Ley estatal 28/2005, de 26 de diciembre. Esta Ley establece las siguientes medidas:
 - Prohibición de toda clase de publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco.
 - Prohibición de la venta a menores de 18 años.

- Prohibición del consumo de tabaco en centros de las administraciones públicas, centros sanitarios, docentes, culturales, medios de transporte, estaciones de servicio y establecimientos donde se elaboren, preparen, degusten o vendan alimentos.
- Prohibición del consumo de tabaco, excepto al aire libre, en centros de trabajo públicos y privados, centros comerciales, instalaciones deportivas, centros de ocio utilizados por menores de 18 años y lugares donde se desarrollen espectáculos públicos.
- Los locales de hostelería de menos de 100 metros cuadrados deben elegir si se puede fumar o no; los locales de mayor tamaño deben habilitar una zona para fumar que no podrá superar el 30% de la superficie útil del local.
- La venta y suministro de tabaco sólo podrá efectuarse en estancos y en máquinas expendedoras ubicadas en establecimientos donde esté permitido fumar.

MEJORAR LA COORDINACIÓN

La Ley Foral 8/2006 de Seguridad Pública contempla la coordinación como una de sus principales finalidades. Para ello crea diferentes órganos consultivos y de participación:

- Consejo de Seguridad Ciudadana.
- Comisión Interdepartamental para la Seguridad Pública.
- Junta de Seguridad de Navarra.
- Juntas de Seguridad Locales.
- Comisión de Coordinación de Policías Locales de Navarra.

La nueva Ley de Seguridad Pública contempla la creación de diferentes espacios de coordinación que abren nuevas oportunidades de mejora.

MEJORAR LOS RECURSOS DE LA POLICÍA FORAL Y POLICÍAS LOCALES

En el año 2001 fue creada la Brigada asistencial dentro de la División de Policía Judicial. En la Orden Foral 71/2009, de 16 de febrero, se especifica que corresponde a esta Brigada

“la ejecución directa de las tareas policiales de la División de Policía Judicial y especialmente de todas aquellas relacionadas con los delitos contra la libertad sexual, contra las relaciones familiares y los de violencia de género y menores y tercera edad. Igualmente le corresponden cuantas funciones les sean encomendadas, de forma individual o colectiva, en razón de las necesidades colectivas del Cuerpo de la Policía Foral.

Para la mejor especialización en la ejecución de sus tareas, la Brigada Asistencial se estructura en los siguientes grupos:

- Grupo de atención a personas en situación de riesgo social.
- Grupo de violencia de género”.

En la Policía Local de Pamplona existe otra brigada policial con funciones equivalentes.

Se han mejorado los recursos de la Policía Foral en línea con lo planteado en el documento del PFD.

En la División de Policía Judicial existe otra Brigada denominada de delitos contra la salud, más centrada en el control de la oferta.

PRINCIPALES IDEAS-FUERZA DE LOS DIFERENTES APARTADOS DEL DIAGNÓSTICO

En este apartado recogeremos las principales *ideas-fuerza* que ya hemos ido aportando en los recuadros de los márgenes del texto. Para su presentación utilizaremos el mismo esquema empleado en el capítulo.

▪ Contexto socioeconómico y sociocultural de Navarra

- La población de Navarra se ha incrementado en los últimos diez años, fundamentalmente a través de la incorporación de población inmigrante.
- Disminuye la población con estudios primarios y se incrementa el número de personas con titulación superior. No obstante, más de cuatro de cada diez personas adultas no ha superado el nivel equivalente a la ESO. La tasa de personas jóvenes que abandonaron prematuramente los estudios obligatorios es de un 12%.
- Influencia de la clase social sobre la salud. Se incrementa la importancia de los riesgos para la salud vinculados a los estilos de vida (dieta, ejercicio, etc)
- Los datos de crecimiento económico, la tasa de actividad y los índices de pobreza, sitúan a Navarra en un nivel de desarrollo superior a la media española. No obstante, los efectos de la crisis económica pueden afectar especialmente a los colectivos más vulnerables.
- Durante la época de bonanza económica no se aprovechó para incrementar el porcentaje de gasto social: durante esa época, el porcentaje del PIB dedicado a gasto social en Navarra fue inferior a la media de la UE-27 (y en la actualidad lo sigue siendo).
- La situación del mercado laboral y de vivienda dificulta que la población joven construya proyectos vitales autónomos. Como consecuencia, se alarga la estancia en el hogar familiar. Este hecho obliga a una redefinición de las relaciones familiares.
- En relación con los valores, se pueden señalar dos grandes tendencias complementarias en Europa: la individualización y la secularización. Las amistades y el tiempo libre ocupan el espacio central a la hora de buscar el bienestar personal en la sociedad actual.
- Los y las jóvenes identifican la felicidad con aspectos relacionales (familia, pareja, amistades,...) y ubican su identidad en lo local, en lo más próximo.

- **Datos sobre consumo de drogas en la Comunidad Foral de Navarra**
 - Se estabilizan los datos sobre consumo de bebidas alcohólicas.
 - Estrecha vinculación entre consumo de bebidas alcohólicas y fin de semana.
 - Entre la población de 14-29 años, importante presencia de las experiencias de consumo intensivo (algo más de un tercio tuvo alguna en el último mes) y de las borracheras (30% afirma haberse emborrachado en el último mes).
 - La mayoría de la población menor de edad percibe que se incumple la normativa sobre consumo de bebidas alcohólicas y menores.
 - Incorporación de las mujeres jóvenes a los patrones de consumo episódico e intensivo de bebidas alcohólicas.
 - Descenso en el consumo de tabaco en la población general y en la población joven.
 - Más de la mitad de la población joven navarra afirma no fumar, mientras que algo menos de un tercio dice fumar diariamente.
 - Los porcentajes de consumo de tabaco en la población joven son muy similares entre varones y mujeres.
 - El cannabis es la droga ilegal más consumida, seguido a distancia por la cocaína y speed/anfetaminas.
 - El 43,4% de los y las jóvenes afirmó haber consumido alguna vez cannabis. De entre ellos son mayoría aquellos que la última vez que consumieron lo hicieron en función del contexto grupal (en más de la mitad de los casos fueron unas caladas, en 3 de cada 4 casos fueron invitados).
 - Entre la población joven, el porcentaje de varones consumidores de drogas ilegales es muy superior al de mujeres.
 - Tras un crecimiento constante en el consumo declarado de drogas ilegales, las encuestas del año 2007 señalan una reducción.
 - Importante presencia del policonsumo.
 - La mayor parte de la población joven prevé que en el futuro abandonará el consumo de tabaco y drogas ilegales. Sin embargo, creen que mantendrán su relación actual con el alcohol.
 - El alcohol es la sustancia sobre la que la población joven percibe menores riesgos y mayores beneficios. En cuanto al tabaco y el cannabis, la percepción de riesgo es prácticamente equiparable, pero la percepción de beneficios es superior en el caso del cannabis.
 - El denominado consumo intensivo de drogas afecta a un 14,7% de la población joven (14-29 años).

- **Otros indicadores indirectos sobre la evolución del fenómeno**

- El número de casos de consumo excesivo de alcohol registrados por la atención primaria de salud, supone prácticamente el 1% de la población navarra mayor de 15 años, mientras que los casos de abuso excesivo de medicamentos y drogas alcanzan el 0,54%.
 - La población atendida en el Programa de Drogodependencias de los CSM ha seguido una evolución bastante estable. Supone entre el 0,26% y el 0,32% de la población navarra mayor de 15 años.
 - Se observa una clara tendencia hacia el descenso en el número de personas que están en tratamiento por consumo de heroína, mientras que se incrementa en el caso de la cocaína y “sustancias múltiples”. No obstante, la mayor parte de la población atendida puede ser definida como policonsumidora.
 - La población atendida es mayoritariamente masculina. El incremento en los consumos de drogas por parte de la población femenina, no se ha traducido aún en un aumento de las demandas de tratamiento.
 - Desde el año 2005, el grupo mayoritario de pacientes es el de 40-64 años.
 - Aumento en la heterogeneidad de perfiles atendidos: personas jóvenes; personas con edad avanzada; personas con trastorno mental grave; personas muy cronificadas y en situación de exclusión grave; personas con una situación de incorporación social aceptable; personas con adicción al alcohol; jóvenes que acuden por presiones familiares o judiciales.
 - El tabaco y el alcohol son las sustancias que provocan, con diferencia, una mayor morbi-mortalidad: aproximadamente 60.000 muertes al año en España.
 - La puesta en marcha de los programas de mantenimiento con metadona, y de otras estrategias como la distribución de jeringuillas, han influido en el descenso de las muertes por sobredosis y en la reducción de los casos de VIH/SIDA relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral.
 - El volumen global de ventas de bebidas alcohólicas en España ha ido descendiendo lentamente en los últimos años. Se ha reducido la venta de vino, al tiempo que aumenta la de cerveza y licores.
 - Las ventas de cigarrillos se han incrementado en los últimos años, a pesar del descenso en el consumo. La razón hay que buscarla en la reducción de las ventas de contrabando y en la mayor exportación.
 - En cuanto a las incautaciones de drogas ilegales, en Navarra se observa una reducción en el caso de la heroína y un incremento en la cocaína y el cannabis.
- **Políticas sobre drogas en la Unión Europea**
- La Unión Europea tiene escasas competencias normativas o de ejecución de políticas en este ámbito.
 - A través de las sucesivas Estrategias Europeas sobre Drogas (actualmente está vigente la 3ª.-2005-2012), la UE procura avanzar en la construcción de un modelo europeo de acción sobre las drogas.

- En las últimas dos décadas asistimos en Europa a un importante aumento de la diversidad y disponibilidad de las actuaciones preventivas, así como de los tratamientos.

- **Políticas sobre drogas en el Estado Español**

- En el año 1985 comienza a articularse una respuesta global y estructurada a través del Plan Nacional sobre Drogas.
- A partir de la década de los 90 se incrementa el protagonismo de las comunidades autónomas.
- En los últimos años se ha incrementado el interés por incidir sobre el control de la oferta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.
- Los programas de prevención universal son los que más se han extendido. La prevención selectiva comienza a desarrollarse. El mayor déficit reside en la insuficiente implantación de la prevención indicada.
- Se ha avanzado de manera relevante en la consolidación de la oferta asistencial. Los principales riesgos son los siguientes: excesiva medicalización y compartimentación.

- **Políticas sobre drogas en la Comunidad Foral de Navarra**

- La primera respuesta institucional surge en el año 1986: Plan de Alcoholismo y Toxicomanías. El PAT nace en un contexto marcado por la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas (1985) y el inicio de la reforma psiquiátrica en Navarra (1986).
- En lo asistencial, el PAT optó por integrar la atención en la red de salud mental y por la creación de algunos recursos específicos (muchos de ellos aún presentes en nuestros días).
- En el ámbito de la prevención, se desarrollaron algunas interesantes iniciativas de prevención comunitaria. También se iniciaron los primeros programas municipales sobre drogodependencias.
- En el año 1993 se aprueba el denominado PFD, estructurado en seis programas y trece subprogramas.

- **Grado desarrollo Programa de coordinación**

- No se han mantenido las estructuras de participación interinstitucional previstas por el Plan.
- Son reseñables otras experiencias de coordinación interinstitucional: financiación de PMD y entidades sociales; comisión mixta Educación-Salud.

▪ **Grado desarrollo Programa de asistencia**

- La Dirección de Atención Primaria contempla la actuación ante el uso de drogas dentro de su Cartera de Servicios.
- Según los datos del OMI, existe una importante desproporción entre el número de casos de consumo excesivo de alcohol registrados y aquellos con los que se interviene específicamente desde la atención primaria de salud.
- Aunque la Cartera de Servicios del Departamento de Asuntos Sociales apenas hace alusión a las drogodependencias, se puede entender que en varios de sus servicios tiene cabida el abordaje de objetivos relacionados con este fenómeno.
- Los PMD son otro marco para la intervención de los servicios sociales en este ámbito. Sin embargo, únicamente el 28% de los PMD registraron en las memorias del año 2008 alguna actuación de apoyo al tratamiento o a la incorporación social.
- No se han creado “subequipos especialmente dedicados al Programa de Drogodependencias” en los CSM, una de las propuestas contenidas en el documento del PFD.
- La atención ambulatoria en CSM está caracterizada por una media de 6 citas anuales y una atención realizada básicamente por personal de enfermería y psiquiatría. Esta es la modalidad de tratamiento que recibe un mayor porcentaje de drogodependientes en Navarra.
- Se ha incrementado el número de personas atendidas en la modalidad de tratamiento diurno. A las plazas del Hospital de Día Zuria se le añadieron en el año 2002 veinticuatro plazas concertadas de tratamiento ambulatorio en el Centro de Día Aldatu. La participación de los Hospitales de Día en el tratamiento de las drogodependencias ha sido muy reducida durante todos estos años.
- El número de personas atendidas en comunidad terapéutica se estabilizó desde el año 1996. El incremento de personas con trastorno mental grave atendidas es una de las principales transformaciones producidas en los últimos años.
- El programa de distribución de jeringuillas, iniciado desde el Comité AntiSIDA, se extendió a farmacias y a la Prisión.
- El programa de mantenimiento con metadona fue implantado en toda la red de CSM y posteriormente se extendió a la Prisión, comunidades terapéuticas, Hospital de Día Zuria, farmacias y algunos centros de salud.
- A través de equipos externos, y del personal penitenciario, se ha facilitado que en la Prisión de Pamplona exista una oferta de alternativas de tratamiento similar a la que se puede encontrar en el exterior. Se han puesto en marcha todas las medidas que el Código Penal y el Reglamento Penitenciario prevé para el tratamiento en el exterior de la Prisión, con especial atención a la suspensión de condena.
- Las derivaciones desde los CSM a recursos específicos no responden suficientemente a un diagnóstico previo ni a una indicación profesional.
- Insuficiente definición de programas adaptados a perfiles.
- Inexistencia de recursos y programas adaptados a población cronificada.

- Las comunidades terapéuticas no terminan de formar parte de la red sanitaria como un recurso más: copago, requisito de empadronamiento previo, sistema de pago a las comunidades terapéuticas, etc.
 - Debilidad en el trabajo en red. Carencia de liderazgo por parte del PFD en el ámbito del tratamiento.
 - Necesidad de trabajar aspectos formativos y actitudinales entre el colectivo de profesionales de la red de salud mental.
- **Grado desarrollo Programa de prevención**
 - El modelo del PFD apuesta por vincular la prevención con los espacios y agentes más próximos y normalizados.
 - Aproximadamente el 80% de la población navarra cuenta con un PMD en su zona de residencia.
 - El tipo de actividades desarrolladas por un mayor número de PMD son las siguientes: creación de espacios de coordinación, “Voy y vengo”, prevención escolar y prevención familiar. La prevención selectiva con jóvenes se encuentra entre las actividades realizadas por un menor número de PMD.
 - Desde el Departamento de Salud se subvenciona tanto a entidades sociales específicas del ámbito de las drogodependencias como a entidades no específicas. Desde el año 2002 los programas preventivos son los que reciben un mayor porcentaje de las subvenciones.
 - Respecto a la prevención familiar, además de las actividades desarrolladas por los PMD, desde el PFD se han impulsado otras iniciativas (guía de prevención en familia, programa prevenir en familia, etc.).
 - En cuanto a la prevención escolar, desde la comisión mixta Educación-Salud se ha impulsado la formación del profesorado y la distribución de materiales educativos por los centros. Ha sido relevante la colaboración de los PMD.
 - Los PMD, y varias de las entidades sociales subvencionadas, han impulsado la prevención comunitaria a través de acciones de sensibilización, de asesoramiento técnico a diferentes agentes de la comunidad y la creación de espacios de coordinación.
 - El PFD ha desarrollado once campañas dirigidas hacia la sensibilización de la población juvenil en torno a la toma de decisiones responsable en los espacios de ocio nocturno.
 - Los PMD trabajan con asociaciones juveniles, pero también con grupos no formales y en espacios privados (“bajeras”, “txoznak”, etc.).
 - El programa “Voy y Vengo” ofrece un servicio de transporte nocturno para jóvenes, pero también trabaja objetivos relacionados con la información, la sensibilización, la educación y la participación.
 - Dieciséis PMD han realizado actuaciones de prevención selectiva con población infantil, adolescente y juvenil. Se ha actuado desde el trabajo en red, con especial interacción entre servicios sociales y centros educativos.

- Veinte PMD han abordado la prevención familiar desde un enfoque de prevención selectiva.
 - Se han concertado plazas con entidades sociales que desarrollan programas de prevención selectiva e indicada. También se ha subvencionado a otras entidades sociales que desarrollan programas de prevención selectiva.
 - No ha existido una coordinación estable entre el PFD y el Instituto de Salud Laboral que permitiera un abordaje focalizado de la prevención laboral.
 - La formación, la coordinación y la disponibilidad de materiales educativos, son los factores que los distintos colectivos de profesionales señalan como claves para la mejora del trabajo preventivo.
 - Las técnicas de asesoramiento, ya sea individual como grupal o con familias, se constituyen en uno de los temas de formación más demandados por los centros educativos y los centros de salud.
 - Se manifiesta la necesidad de trabajo en red, reforzando especialmente la coordinación entre centros educativos, PMD y centros de salud.
 - Se demanda liderazgo y planificación estratégica de la prevención en la Comunidad Foral.
 - Se apuesta por una ubicación más transversal de los PMD.
 - Se demanda una mejora en los convenios con los PMD.
 - En cuanto al personal de los PMD, se propone una mejora en las condiciones laborales y en la clarificación de funciones y tareas.
- **Grado desarrollo Programa de control de la oferta**
 - No ha existido una colaboración sistemática entre el PFD y la Escuela de Seguridad de Navarra.
 - Existe normativa precisa sobre la venta y consumo de drogas ilegales, de tabaco y de alcohol. Su cumplimiento es responsabilidad de diferentes instituciones.
 - La nueva Ley de Seguridad Pública contempla la creación de diferentes espacios de coordinación que abren nuevas oportunidades de mejora.
 - Se han mejorado los recursos de la Policía Foral en línea con lo planteado en el documento del PFD.
 - La próxima creación del Observatorio de Seguridad Pública abre nuevas oportunidades de avance.

CONCLUSIONES APLICACIÓN TÉCNICA DAFO

DAFO es una técnica cualitativa de diagnóstico muy utilizada en el ámbito del desarrollo organizacional. Su dinámica de funcionamiento consiste en reunir a un grupo de personas expertas en determinada materia y estructurar su reflexión y debate en torno a los 4 ejes formados por las palabras con cuyas iniciales se construye el acrónimo DAFO:

- Debilidades.
- Amenazas.
- Fortalezas.
- Oportunidades.

El valor añadido de esta técnica consiste en que, además de permitir un debate participativo y estructurado, facilita que el grupo tenga en cuenta dos dimensiones fundamentales para el diagnóstico y la planificación:

- La dimensión interno-externo. Se analizan factores internos, propios de la organización, el programa o el fenómeno que se está analizando (las “debilidades” y las “fortalezas”), pero también se analizan factores externos, propios del contexto que rodea a la organización, el programa o el fenómeno (las “amenazas” y las “oportunidades”).
- La dimensión positivo/negativo. Se analizan los aspectos que deben ser conservados (“fortalezas”) o aprovechados (“oportunidades”), pero también los que deben ser remediados (“debilidades”) o minimizados (“amenazas”). Se evita así que el grupo (si se encuentra en un momento anímico depresivo) se centre únicamente en los aspectos negativos, pero también se evita que un grupo muy entusiasta se olvide de los puntos débiles.

La técnica DAFO ha sido la última fase del diagnóstico del Plan, por lo que para su elaboración se ha contado previamente con los datos, los análisis y las conclusiones del resto de técnicas utilizadas. Podríamos decir entonces que este DAFO se constituye en una síntesis valorativa del diagnóstico.

FACTORES INTERNOS: FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Para una mejor comprensión, hemos organizado la presentación de los factores internos en seis bloques:

- Fortalezas y debilidades referidas a la coordinación.
- Fortalezas y debilidades referidas a la asistencia.
- Fortalezas y debilidades referidas a la prevención.
- Fortalezas y debilidades referidas al control de la oferta.
- Fortalezas y debilidades referidas a la formación.
- Fortalezas y debilidades referidas al sistema de información, evaluación e investigación.

COORDINACIÓN

FORTALEZAS

- Liderazgo de la Dirección Técnica del PFD en el ámbito de la prevención.
- Existencia de la Comisión Mixta Educación-Salud.

- La experiencia de coordinación interinstitucional que supone la red de escuelas promotoras de la salud.
- Dilatada y consolidada experiencia de participación del PFD en la financiación de PMD y entidades sociales.
- Amplia cobertura de PMD (80% población navarra).
- Experiencia del grupo de trabajo jurídico-penal, que se puso en marcha en el año 1995 y que definió un modelo de actuación en este ámbito.
- En el Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD) del centro penitenciario participan profesionales de equipos externos.
- Positiva experiencia de coordinación de los distintos cuerpos policiales en la vigilancia de los alrededores de los centros educativos.

DEBILIDADES

- Ausencia de liderazgo en el ámbito de la asistencia a drogodependientes.
- Ausencia de coordinación formal y sistemática entre la Dirección Técnica del PFD y algunas estructuras fundamentales para el cumplimiento de los objetivos del Plan: Subdirección de Salud Mental; Plan Foral de Tabaco; Instituto de Salud Laboral; organismos de Seguridad Pública; Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte.
- Insuficiente trabajo en red entre los recursos que deben construir conjuntamente itinerarios individualizados de tratamiento: centros de salud, PMD, entidades sociales, CSM, centros específicos, programas de incorporación, etc.
- Insuficiente encaje de los centros de salud en el trabajo preventivo en red con los centros educativos y los PMD.
- Modelo de financiación anual desde el Departamento de Salud a PMD y entidades sociales.

ASISTENCIA

FORTALEZA

- La ubicación del tratamiento a drogodependientes en la red de salud facilita la accesibilidad y posibilita una atención adecuada.
- La ubicación del tratamiento a drogodependientes en la red de salud facilita la atención a personas con trastornos mentales graves y, en general, el abordaje de la comorbilidad.
- La existencia de una serie de recursos de salud mental dirigidos a población Infanto-Juvenil ofrece un marco adecuado para incorporar también el abordaje de las problemáticas relacionadas con el uso de drogas.
- La existencia en nuestra Comunidad de un centro residencial especializado en la intervención con población infanto-juvenil afectada por problemas relacionados con el uso de drogas.

- Dilatada experiencia en la aplicación de medidas alternativas al ingreso en centro penitenciario.
- Ofrecimiento en el centro penitenciario de un abanico de alternativas de tratamiento similar al que se realiza en el exterior. En la aplicación de varias de estas alternativas participan profesionales de equipos externos.
- La mayor parte de los recursos específicos cuentan con una trayectoria de más de veinte años. Asimismo, se cuenta con un colectivo de profesionales con una amplia experiencia en el tratamiento de las drogodependencias.

DEBILIDADES

- El crecimiento de la demanda y oferta de servicios que se ha producido en el ámbito de la salud mental, no se ha visto acompañado por un crecimiento equiparable de los recursos humanos. Como consecuencia, en el Programa de Drogodependencias la intensidad de la atención ofrecida es muy baja y las intervenciones psicosociales escasas.
- Insuficiente adaptación de programas e itinerarios a la heterogeneidad de perfiles de población drogodependiente existente. Se señala especialmente la ausencia de recursos y programas adaptados a población cronicada. Asimismo, no existen experiencias de adaptación a las necesidades específicas de mujeres con problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Las derivaciones desde los CSM a recursos específicos no responden suficientemente a un diagnóstico previo ni a una indicación profesional.
- El recientemente elaborado Programa Infanto-Juvenil de la Subdirección de Salud Mental no contempla específicamente el abordaje de los problemas relacionados con el uso de drogas.
- El Departamento de Salud no asume la asistencia residencial a población infanto-juvenil afectada por problemas relacionados con el uso de drogas. Las plazas existentes son financiadas desde el Departamento de Asuntos Sociales.
- Descompensación entre la prevalencia de casos detectados de uso problemático de alcohol y los casos sobre los que se interviene realmente.
- Algunas características del tratamiento en centros específicos concertados suponen una excepcionalidad respecto a otros tratamientos del sistema de salud en Navarra (copago, requisito de empadronamiento, etc.).

PREVENCIÓN

FORTALEZAS

- Notable impacto en el medio educativo: distribución de materiales preventivos, formación del profesorado, colaboración de PMD, etc.
- Colectivo de técnicos-as municipales de prevención con un buen conocimiento de sus territorios y muy consolidados como figura de referencia en sus municipios.
- Importante presencia de los PMD en la dinamización del trabajo en red desarrollado en sus municipios.

- Varios PMD han iniciado programas de prevención selectiva con población juvenil y con familias.
- Varias entidades sociales desarrollan programas de prevención selectiva e indicada.
- La experiencia de los centros de salud en la prevención y el tratamiento del tabaquismo.
- El Plan de Salud Laboral ofrece un contexto idóneo para el desarrollo de la prevención en el medio laboral.

DEBILIDADES

- Escasas iniciativas dirigidas al abordaje de la prevención en el ámbito laboral y en el ámbito de la inmigración.
- En el ámbito de la prevención familiar, dificultades para acceder a madres y, especialmente, padres.
- Débil planificación estratégica al interior de cada PMD.
- Insuficiente dedicación a la prevención selectiva por parte de los diferentes agentes: PMD, centros educativos, etc.
- Diversidad en el tipo de contratación y el grado de estabilidad laboral del personal de los PMD.
- Indefinición de la figura de técnico-a municipal de prevención: sus funciones, su formación, etc.
- Ausencia de PMD en una parte importante del municipio de Pamplona.

CONTROL DE LA OFERTA

FORTALEZAS

- Existe normativa precisa sobre la venta y consumo de drogas ilegales, de tabaco y de alcohol.
- La existencia de brigadas asistenciales, tanto en la Policía Foral como en la Policía Municipal de Pamplona.
- La Ley Foral de Seguridad Pública ofrece un marco de desarrollo idóneo, especialmente a través del Observatorio de Seguridad Pública y de los diferentes espacios de coordinación que crea.

DEBILIDADES

- Insuficiente cumplimiento de la normativa, especialmente la relacionada con venta de bebidas alcohólicas a menores, publicidad y patrocinios.
- Generalizado desconocimiento de la normativa vigente por parte de amplios sectores de la sociedad.

FORMACIÓN

FORTALEZAS

- La formación continuada de profesionales es identificada como uno de los factores clave de mejora por todos los agentes consultados: PMD, centros educativos y atención primaria de salud.
- La experiencia de formación continuada de profesionales de PMD impulsada desde el PFD.

DEBILIDADES

- Carencia de programas formativos específicos dirigidos al personal de la red de salud mental.
- Dificultades para la participación en procesos de formación durante el horario laboral.
- Desde el PFD no se responde suficientemente a las necesidades formativas de las entidades sociales subvencionadas.

SISTEMA DE INFORMACIÓN, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

FORTALEZAS

- Existen sistemas de información, tanto en prevención como en asistencia.
- La serie de encuestas sobre consumo de drogas iniciada por la Fundación Bartolomé de Carranza y continuada por el Departamento de Salud.

DEBILIDADES

- Los sistemas de información, tanto de prevención como de asistencia, son muy rudimentarios. Las explotaciones son muy costosas.
- El Sistema de Información de la Subdirección de Salud Mental no permite conocer el número de personas diferentes que utilizan la Red.
- Las comunidades terapéuticas no tienen acceso a la historia clínica informatizada.
- Se desconoce el grado de aprovechamiento de los materiales educativos distribuidos por los centros educativos.
- Insuficientes procesos de evaluación de resultados, tanto en prevención como en asistencia.

FACTORES EXTERNOS: OPORTUNIDADES Y AMENAZAS

OPORTUNIDADES

- El contexto de crisis económica supone oportunidades para trabajar desde nuevas perspectivas:

- La menor disponibilidad de dinero en general, lo es también en lo relacionado con el consumo de drogas.
- La menor disponibilidad de dinero influye también en la modificación de los estilos de ocio, permitiendo el surgimiento de alternativas menos consumistas.
- El proceso para la elaboración del nuevo Plan surge a partir de un mandato parlamentario.
- Disponemos de mayores evidencias científicas y sistemas de información para definir mejor los programas. Más herramientas metodológicas (experiencias, manuales, cuestionarios, etc.). Modelos teóricos más asentados.
- La existencia de las estrategias sobre drogas de ámbito europeo y estatal posibilita el establecimiento de interesantes sinergias con las autonómicas.
- La referencia de los logros alcanzados respecto al consumo de tabaco.
- El tamaño de Navarra permite aportar una mayor visibilidad a las experiencias, logrando fácilmente el efecto “contagio”.
- En comparación con lo que ocurría en los años 80, y buena parte de la década de los 90, en la actualidad no existe tanta alarma social respecto al fenómeno del uso de drogas. En ese sentido, se pueden plantear estrategias más racionales.

AMENAZAS

- El contexto de crisis económica puede tener varios efectos:
 - Disminución o contención del gasto social público.
 - Incremento de los consumos de tipo “evasivo”.
 - Dificultades para la incorporación socio-laboral de personas en proceso de tratamiento.
- Dispersión geográfica de la población navarra, que dificulta la planificación de recursos.
- Los cambios sociales provocan tensiones en las familias, afectando a su eficacia como institución socializadora.
- Modelo social consumista. Las drogas aparecen como un objeto más de consumo.
- Tipo de tratamiento que los medios de comunicación social hacen de las drogas y de la juventud.
- Cambio en el modelo de consumo de drogas. Surge un tipo de consumo intensivo y en periodos cortos de tiempo. Ese tipo de consumo dificulta tanto la detección como la motivación hacia el tratamiento y la adherencia al mismo.
- Normalización-permisividad hacia el consumo de alcohol y cannabis en determinados sectores.
- Incorporación de la población femenina joven a los modelos de consumo de riesgo.
- Consumo de drogas integrado en lo recreativo, muy identificado con el ocio y el tiempo libre, que es uno de los espacios más prestigiados actualmente por nuestra sociedad.

- Se extiende un modelo de ocio basado en los espacios privados (“bajeras”, “txokos”). Esos espacios son menos accesibles para las iniciativas de prevención y fomentan la endogamia en las “cuadrillas”, limitando las relaciones intergrupales.
- Socialmente preocupa más lo que afecta a la esfera pública y menos lo que afecta a la privada. Trasladado a nuestro ámbito, podríamos decir que preocupan más las conductas antisociales, por ejemplo, que los efectos del consumo de drogas sobre la salud individual.

ÁREAS DE ACTUACIÓN

I. ÁREA DE GOBERNANZA

Objetivo general: Abordar el fenómeno social relacionado con el uso de drogas de forma planificada, coherente, corresponsable, participativa y con enfoque de género

INTRODUCCIÓN

El término gobernanza surge como un nuevo concepto que define las relaciones de poder en una sociedad cada vez más compleja, cada vez más globalizada e interdependiente. En la actualidad se asocia con el término gobernanza la búsqueda de soluciones de “buen gobierno” a través de la toma de decisiones públicas, atendiendo a las demandas y aportaciones de todos los actores sociales en beneficio de una adecuada acomodación de intereses diversos, pero asuntos comunes.

La Unión Europea definió en el año 2001 los cinco principios de la gobernanza³⁷:

- **Responsabilidad.**
Cada uno de los agentes participantes en un proceso debe tener bien definido su rol y asumir una clara responsabilización de sus funciones en el desarrollo y aplicación de las políticas a ejecutar.
- **Eficacia.**
Las medidas tomadas por los agentes deben ser eficaces y oportunas, atender a objetivos claros y contar con una evaluación de su futuro impacto de cara a conseguir los resultados buscados.
- **Coherencia.**
Las políticas desarrolladas y las acciones emprendidas deben ser coherentes y fácilmente comprensibles.
- **Apertura.**
Las Instituciones deben trabajar de forma más abierta, desarrollar una comunicación más activa sobre su labor y sus decisiones, así como utilizar un lenguaje accesible para el público en general.
- **Participación.**
La calidad, la pertinencia y la eficacia de las políticas implican una amplia participación de la ciudadanía en todas y cada una de las fases del proceso, desde la concepción hasta la aplicación de las políticas.

³⁷ Unión Europea, 2001. “Libro de la gobernanza europea”.

Como ya hemos definido en los principios del II PFD, el fenómeno del uso de drogas obedece a múltiples determinantes y su comprensión exige la observación de diferentes dimensiones. Para desarrollar una política integral es necesario que se mantenga una visión global y se intervenga sobre los diferentes ámbitos en los que se produce la interacción entre la persona, la sustancia y su contexto. Para ello es imprescindible garantizar la participación de instituciones de muy diverso tipo:

- Administraciones públicas de ámbito municipal, foral, estatal y europeo.
- Administraciones públicas y organizaciones no gubernamentales específicas del ámbito de las drogodependencias y no específicas.
- Administraciones públicas y organizaciones no gubernamentales de diferentes sectores: educación, salud, servicios sociales, seguridad pública, etc.

Las políticas sobre drogas son, por tanto, un ámbito en el que resulta imprescindible la puesta en marcha de procedimientos de gobernanza en los que se clarifiquen:

- Los procesos para la toma de decisiones.
- Las estructuras desde las que se toman las decisiones.
- Los agentes implicados en la toma de decisiones.

En esa línea, desde el área de gobernanza proponemos diferentes objetivos y líneas de actuación que contribuyan a lograr que la respuesta ante las problemáticas relacionadas con el uso de drogas sea planificada, coherente y corresponsable. Para ello planteamos cinco objetivos específicos. Con el primero se propone la creación de espacios para el encuentro entre las distintas entidades. Con el segundo se busca la mejora del trabajo en red que ya se venía desarrollando desde el I PFD. Con el tercero se pretende consolidar la participación de las instituciones y agentes que ya venían contribuyendo al desarrollo del PFD, a la vez que se promueve la implicación de otras nuevas. Con el cuarto objetivo específico se pretende desarrollar el liderazgo institucional y los procedimientos de coordinación en algunas áreas que según el diagnóstico realizado son clave para el desarrollo del PFD. Finalmente, con el quinto objetivo se busca incrementar el alineamiento de las diferentes instituciones en el cumplimiento de los principios, los objetivos y las líneas de actuación definidas en el PFD.

Objetivo General del Área de Gobernanza.

Abordar el fenómeno social relacionado con el uso de drogas de forma planificada, coherente, corresponsable, participativa y con enfoque de género

Estrategia del Área de Gobernanza.

Construir una red institucional y social de relaciones sinérgicas, liderada desde el Departamento de Salud y aprovechando las estructuras organizativas existentes.

Objetivo Específico 1:

Potenciar la reflexión conjunta, sobre el fenómeno del uso de drogas y otras dependencias, entre las instituciones implicadas en el desarrollo del PFD, determinando también responsabilidades.

Nº	Líneas de actuación	Responsables	Colaboran	Tiempo
1	Promover la creación de espacios de encuentro formal y sistemático entre los distintos agentes implicados en el desarrollo del PFD (por ejemplo: PMD o entidades sociales del sector).	DT del PFD	PMD, ONG	2012-2016
2	Participación activa de la DT del PFD en las estructuras de coordinación existentes en áreas prioritarias para el desarrollo del Plan (educación, salud laboral, plan del tabaco, juventud, salud mental, etc.)	DT del PFD	Departamentos de Gobierno Navarra	2012-2016
3	Proponer prioridades de actuación anual en las convocatorias de subvenciones a entidades sociales y a entidades locales, procurando avanzar con otros departamentos de la administración en la unificación de criterios en las diferentes convocatorias de subvenciones	DT del PFD.	Departamentos de Gobierno Navarra y otras entidades públicas	2012-2016

Objetivo Específico 2:

Desarrollar el PFD favoreciendo el trabajo en red como forma adecuada de abordar fenómenos sociales complejos.

Nº	Líneas de actuación	Responsables	Colaboran	Tiempo
4	Reforzar el rol de la Comisión Técnica Salud-Educación en el desarrollo de la promoción de la salud. .	Comisión de Coordinación Autonómica Salud-Educación	Comisión técnica de salud-educación	2012-2016
5	Impulsar la creación de otros espacios de trabajo (grupos, comisiones...) para la coordinación del PFD con otras áreas de interés (juventud, familia, servicios sociales de base, atención primaria de salud, salud laboral, responsables del control de la oferta, etc) para el cumplimiento de los objetivos del PFD.	DT del PFD	INJ, INSL, DAP Salud y de Servicios Sociales, DSM, DG de Familia, Instituto Navarro de Igualdad, Cuerpos de Seguridad	2012-2016
6	Participar en las reuniones interautonómicas convocadas por el Plan Nacional sobre Drogas y en todas las reuniones y actos que faciliten la coordinación entre el PFD, el PNSD, los planes autonómicos sobre drogas y la Estrategia Europea sobre Drogas y otras instancias internacionales.	DT del PFD	PNSD, CCAA y estructuras supranacionales	2012-2016

Objetivo Específico 3:

Diversificar las actuaciones con las instituciones que participan en el desarrollo del PFD y profundizar en ellas, en aras a un abordaje multidimensional

Nº.	Líneas de actuación	Responsables	Colaboran	Tiempo
7	Promover la redacción de planes municipales que estén en consonancia con el PFD y que sean elaborados de una manera participativa e intersectorial y aprobados en sesión plenaria de la entidad municipal. Priorizar su elaboración en los municipios y mancomunidades de más de 10.000 habitantes.	DT del PFD Ayuntamientos y Mancomunidades.	EELL	2012-2016
8	Apoyar la puesta en marcha, la profundización y el desarrollo de PMD a través de la participación del Departamento de Salud en su financiación mediante convocatoria pública.	DT del PFD	Dto. Salud. Dto. AASS, familia, juventud y deporte. EELL.	2012-2016
9	Apoyar la participación de las entidades sociales en el desarrollo de iniciativas relacionadas con los objetivos del PFD, a través de la financiación de proyectos de entidades sociales mediante convocatoria pública.	DT del PFD	Departamento de Salud. Departamento Asuntos Sociales.	2012-2016

Objetivo Específico 4:

Desarrollar el liderazgo institucional y los procedimientos de colaboración en los espacios social, sanitario, educativo y jurídico-penal para el desarrollo del PFD.

Nº.	Líneas de actuación	Responsables	Colaboran	Tiempo
10	Definir y aplicar, en colaboración con la Dirección de Salud Mental, un sistema para la coordinación y desarrollo de la asistencia a las conductas adictivas, de acuerdo con las líneas de actuación marcadas por el II PFD y el Plan de Salud Mental	DT del PFD Dirección de Salud Mental	Red de Atención a las Drogodependencias	2012-2016
11	Definir y aplicar, entre los Departamentos de Salud y Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, los elementos necesarios para la intervención con población afectada por conductas adictivas, especialmente en los siguientes casos: población infanto-juvenil mujeres víctimas de violencia de género y personas en situación de alta exclusión.	DT del PFD Sección de Atención al Menor y Servicio de Incorporación Social	Redes de atención a la población-infanto juvenil y Redes de exclusión social Recursos de acogida a víctimas de violencia de género	2012-2016
12	Impulsar la constitución de un grupo de trabajo jurídico-penal que revise los procedimientos para el tratamiento a personas drogodependientes inmersas en procesos judiciales	DT del PFD	Red de Atención a las dependencias, SSP, Sistema Jurídico Penal y Cuerpos de Seguridad	2012-2014
13	Proponer la constitución de un grupo de trabajo que aborde la situación de la población menor de edad con problemas con la justicia.	DT del PFD	Red de Atención a las dependencias, SSP, Sistema Jurídico Penal, Cuerpos de Seguridad, Sección de Atención al Menor	2012-2014

II. ÁREA DE PREVENCIÓN

Objetivo general: Disminuir la prevalencia de los usos de drogas, retrasar la edad de inicio, reducir los usos problemáticos de drogas, así como disminuir los daños y consecuencias negativas de los usos de drogas en la población Navarra.

INTRODUCCIÓN

La salud es un valor que sobre todo se tiene en cuenta cuando falta o se siente amenazada. La mejor manera de preservarla es tratar de evitar e impedir que le afecte aquello que le pueda dañar, por lo que la prevención es la mejor compañera de la salud, también en el caso de los consumos de drogas. La tradicional idea de más vale prevenir que curar debería ser la opción más razonable por su eficacia y rentabilidad social. Sin embargo, sabido es que el ser humano no opta siempre por las respuestas más razonables, sino que frecuentemente acude a la resolución del problema creado antes que a evitarlo. No obstante, y ya desde el I PFD, la Dirección Técnica participa de la máxima más vale prevenir... y dedica gran parte de sus esfuerzos a esta labor, buscando la complicidad de las redes de profesionales que trabajan en nuestra sociedad.

Existe un claro consenso en torno a cuáles son los objetivos de prevención en relación a los problemas que ocasionan las drogas. Estos son: disminuir la prevalencia, retardar la edad de inicio, reducir los usos problemáticos así como disminuir los riesgos, daños y consecuencias negativas que dichos consumos pueden ocasionar.

La consecución de estos objetivos nos exige considerar simultáneamente todos los factores que influyen en los inicios de los usos de drogas, los que influyen en el paso a usos problemáticos y también los factores que disminuyen los riesgos y daños asociados.

En la actualidad, el enfoque preventivo que identifica desde un punto de vista multidimensional estos elementos es el modelo de Factores de Riesgo (FR) y Factores de Protección (FP). Dicho modelo nos define con claridad las variables sobre las que tenemos que incidir ya sea a nivel de las personas, como de los diferentes contextos en los que se relacionan, es decir, la escuela, la familia, el trabajo, el grupo y la comunidad, entre otros.

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

En este II PFD utilizamos la clasificación del Observatorio Europeo que distingue entre estrategias ambientales, prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada³⁸.

³⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu>

Además, proponemos la respuesta desde estructuras normalizadas, que surge de la organización de los servicios sanitarios, sociales y educativos de Navarra y de nuestra práctica en el desarrollo de la prevención. Nuestra propuesta consiste en que todas estas estrategias convivan en la oferta preventiva que se desarrolle.

- Las estrategias ambientales se dirigen a modificar el ambiente cultural, social, físico y económico en el que las personas toman sus decisiones acerca de las drogas, fundamentalmente influyendo en las actitudes y las normas en relación a los usos de drogas.
- La distinción entre prevención universal, selectiva o indicada está basada en el riesgo en relación a los usos de drogas y nos define la población, grupo o individuos a los que nos dirigimos. Así la Prevención universal se dirige a toda la población (alumnado, barrio, comunidad, familia...) sin tener en cuenta las situaciones de riesgo o vulnerabilidad. Sus contenidos son hacer especial hincapié sobre los factores de protección ante los consumos de drogas y fomentar las actitudes y hábitos saludables.
- La Prevención selectiva se dirige a subgrupos que presentan un especial riesgo de consumo de drogas. Los grupos en situación de riesgo pueden establecerse en base a cualquiera de los factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales, caracterizados como factores de riesgos. Estas intervenciones se dan en cualquier ámbito (escolar, familiar, comunitario, etc.) y van dirigidas a reducir los riesgos y a fomentar actitudes responsables ante los consumos de drogas.
- La Prevención indicada se dirige a personas afectadas por un conjunto de factores de riesgo y/o que experimentan los primeros síntomas de abuso o tienen otros problemas de conducta vinculados. En ningún caso se dan criterios diagnósticos de adicción y la intervención se dirige a evitar usos problemáticos.
- La estrategia de normalización. Para este Plan se opta también, tal y como se vino haciendo en el anterior, por desarrollar estructuras preventivas normalizadas y cercanas a las personas, proponiendo principalmente acciones en los ámbitos de la vida cotidiana.

Además de estas estrategias preventivas descritas, el II Plan tiene como referentes técnicos y normativos los modelos europeo y estatal, junto al trabajo que se realiza en coordinación con las CCAA desde la responsabilidad pública.

Por todo ello y con el claro referente del objetivo general del área se plantean los siguientes objetivos:

- Tres objetivos están orientados a toda la población, con perspectiva de prevención universal, que abordan las normas sociales formales e informales en relación a los usos de drogas y las consecuencias negativas del actual modelo de consumo. Uno de ellos se dirige a la población infante juvenil para fomentar el ocio saludable y creativo como factor de protección, tratando de desvincular los usos de drogas con el tiempo de ocio. (Objetivos 1, 2 y 3)
- La población en situación de mayor vulnerabilidad, más afectada por factores de riesgo (prevención selectiva e indicada), es objeto del objetivo 4 del área de prevención.
- En los objetivos 5, 6 y 7 se abordan los ámbitos en los que se desenvuelve la vida cotidiana, en los que existen factores de protección y también situaciones de riesgo (ámbitos familiar, educativo y laboral) y que en sí mismos son a su vez agentes preventivos frente a los problemas relacionados con los usos de drogas.

- El trabajo con el centro penitenciario y las distintas situaciones de la población reclusa centra un objetivo con el fin de aplicar acciones de la estrategia preventiva del Plan a este ámbito (Objetivo 8).
- Por último se plantea un objetivo para los servicios y entidades de carácter comunitario que se consideran básicas en el desarrollo de la estrategia preventiva del Plan: los Centros de Atención Primaria de Salud y de Servicios Sociales, los Programas Municipales de Drogodependencias y las Asociaciones (Objetivo 9).

A lo largo de las líneas de actuación de la mayor parte de los objetivos de prevención se incluye la metodología comunitaria y el trabajo en red de los diferentes actores, ya iniciados en los programas que se realizan en la actualidad y que han mostrado su eficiencia.

Objetivo General del Área de Prevención

Disminuir la prevalencia de los usos de drogas, retrasar la edad de inicio, reducir los usos problemáticos de drogas, así como disminuir los daños y consecuencias negativas de los usos de drogas en la población navarra.

Estrategia del Área de Prevención (E de P)

Ambientales (Am); Prevención Universal (PU); Prevención Selectiva (PS); Prevención Indicada (PI); De Normalización (Nor)¹

Objetivo Específico 1: Incidir sobre las normas sociales formales e informales que maneja la población navarra en relación a los usos de drogas, propiciando la reflexión y la responsabilidad individual y pública.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
1	Establecer un debate de creencias y normas sociales sobre el consumo de drogas, incluidos los medicamentos, en la sociedad navarra.	Am	DT del PFD	MMCC, PMD, EE SS,	2012-2016
2	Transmitir a la sociedad el contenido de la normativa sobre las drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales y su cumplimiento a partir de la colaboración de las entidades responsables.	Am	DT del PFD e Instituto de Salud Pública	EE LL, Dpto. Interior, Delegación del Gobierno, MMCC, INSL, Dto.de Educación y Deleg.Gob. para el PND	2012-2016
3	Promover con adolescentes y jóvenes, la reflexión sobre la percepción del cannabis y los efectos y consecuencias de su consumo.	Am	DT del PFD	MMCC, PMD, Entidades Sociales, INJ y EAP	2012-2016
4	Incidir en la responsabilidad que la población adulta tiene en relación al consumo de drogas legales (fundamentalmente alcohol y fármacos) así como sobre las consecuencias negativas de su consumo ² .	Am	DT del PFD	MMCC, PMD, Entidades Sociales, APYMA y EAP	2012-2016

¹ Estas siglas van a ser utilizadas a lo largo de las páginas que siguen

² Con especial atención a la población adulta que vive en familia con menores a su cargo.

Objetivo Específico 2: Disminuir las consecuencias negativas del actual modelo de consumo de drogas, particularmente del alcohol.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
5	Desarrollar acciones dirigidas a retrasar la edad de acceso a los primeros consumos y disminuir el actual consumo intensivo de alcohol y otras drogas en la juventud	PU y PS	DT del PFD	PMD, Entidades Sociales, INJ, EAP, Departamento de Educación, ISP, Cuerpos de Seguridad y APYMAS	2012-2016
6	Extender y mejorar los programas de prevención de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de drogas: "Voy y Vengo", utilización de transporte público y otros.	PU y PS	DT del PFD, Sección de Tráfico y Seguridad vial (Dto. Presidencia, Justicia e Interior).	PMD, EE SS, EAP, Autoescuelas, Centros de Educación.	2012-2016
7	Desarrollar programas para los momentos de ocio, que aborden consecuencias negativas como accidentes de tráfico, infecciones, violencia, intoxicaciones y otras, causadas y favorecidas por el consumo de drogas legales e ilegales.	PU y PS	DT del PFD	PMD, EE SS, Profesionales de hostelería, EAP, ISP y CAM.	2012-2016

Objetivo Específico 3: Aumentar las capacidades y habilidades personales de la población infanto juvenil para fomentar el ocio saludable y creativo y la toma de decisiones autónoma y responsable ante los usos de drogas.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
8	Impulsar campañas y otras actuaciones dirigidas a informar, sensibilizar e incidir en el cambio de actitudes ante el binomio ocio y drogas	PU	DT del PFD	PMD, EE LL, EAP, INJ, EE SS, Centros Educativos y Entidades Recreativo-deportivas	2012-2016
9	Desarrollar actividades formativas sobre los usos de drogas con adolescentes y jóvenes, fomentando la participación de jóvenes mediadores.	PU	DT del PFD e INJ	PMD, EAP, EE SS, Centros Educativos	2012-2016
10	Intervenir con grupos de adolescentes, potenciando el asociacionismo y las relaciones grupales e intergrupales, a partir del acompañamiento profesional tanto en espacios públicos como privados	PU	DT del PFD	PMD, EE LL, INJ y EE SS	2012-2016
11	Impulsar actividades de ocio y tiempo libre mediante la creación de redes socioeducativas, centros juveniles y otros espacios de encuentro con el fin de potenciar los factores de protección del ocio en relación al consumo de drogas.	PU	DT del PFD	PMD, EE LL, INJ y EE SS	2012-2016
12	Incorporar contenidos preventivos en los programas de ocio y tiempo libre impulsados desde el Instituto Navarro de Juventud y otras instituciones que trabajan con esta población.	PU	INJ	DT del PFD, PMD y EESS	2012-2016

Objetivo Específico 4: Atender a la población en situación de mayor vulnerabilidad por factores de riesgo relacionados con el uso problemático de drogas: absentismo y fracaso escolar, enfermedad mental y problemas de comportamiento, consumos de drogas, pobreza, jóvenes infractores, población con problemáticas de adaptación y de incorporación sociolaboral e hijos e hijas de progenitores drogodependientes, entre otros.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
13	Desarrollar procedimientos eficaces para la detección de personas con factores de riesgo en relación al consumo de drogas.	PS y Nor.	DT del PFD	PMD, SS SS, EAP, EE SS, Centros Educativos, Red de Salud Mental y Cuerpos de seguridad	2012-2016
14	Apoyar a las asociaciones y servicios que trabajan con mujeres que presentan una mayor vulnerabilidad en relación con el uso de drogas: ejercicio de la prostitución, violencia de género, etc.	PS y PI	DT del PFD	SS SS, Dpto. de Salud, CAM, Programa SIDA, EE SS., Instituto Navarro Igualdad.	2012-2016
15	Apoyar a las asociaciones y programas que atienden a población infante juvenil en situación de mayor vulnerabilidad.	PS y PI	DT del PFD	DSM, Sección de protección al menor (DG familia, infancia y consumo), SS SS, EAP, PMD, Centros escolares, EE SS, red de centros protección-reforma.	2012-2016
16	Potenciar la atención individual, familiar y grupal específica a personas con mayor vulnerabilidad, mediante el trabajo en red en los servicios comunitarios: PMD, EAP, Centros Educativos y otros.	PS y PI	DT del PFD	DSM, SS SS, EAP, PMD, Centros escolares, EE SS.	2012-2016

Objetivo Específico 5: Potenciar los factores de protección de la familia con el fin de mejorar su rol educador como agente preventivo y apoyar a aquellas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
17	Reforzar el rol educativo y preventivo de la familia e informar sobre los recursos de orientación a los que puede acudir	PU	DT del PFD	SS SS, EAP, PMD, DG de familia, infancia y consumo, Centros escolares, APYMAS, EE SS.	2012-2016
18	Fomentar los factores de protección familiar (apego, comunicación, establecimiento de normas y límites, tipo de modelo de consumo de drogas en la familia, supervisión, etc.), a través de la formación familiar que se desarrolla en espacios como el medio educativo, en los servicios comunitarios y desde las propias APYMAS.	PU	DT del PFD	DG de familia, infancia y consumo, SS SS, EAP, PMD, Centros escolares, APYMAS, EE SS.	2012-2016
19	Continuar con el trabajo con familias, facilitando su formación a través de las federaciones de APYMAS, de las APYMAS y otras agrupaciones de familias, con intervenciones del tipo 'prevenir en familia' y otras.	PU	DT del PFD	Federaciones de APYMAS, APYMAS, otras agrupaciones de familias, PMD y Centros escolares	2012-2016
20	Impulsar acciones para que la familia sea un agente activo en el desarrollo del ocio de sus miembros y oriente a sus menores hacia el uso de espacios de ocio tutelados públicos o privados.	PU	DT del PFD	PMD, Centros escolares, APYMAS, EAP, EE SS, Entidades deportivo-recreativas, agrupaciones de familias y EE LL.	2012-2016
21	Desarrollar acciones de prevención selectiva e indicada dirigidas a familias que presentan especial vulnerabilidad en relación al consumo de drogas. Las acciones perseguirán de forma prioritaria la reducción de factores de riesgo: alta conflictividad, desapego, escasa supervisión, consumo y/o tráfico de drogas en la familia, etc.	PS y PI	DT del PFD	CSM, SS SS, EAP, PMD, Centros escolares, EESS, Sección de protección al menor (DG familia, infancia y consumo)	2012-2016

Objetivo Específico 6: Promocionar en el alumnado la salud en la construcción del estilo de vida, dotándoles de capacidades para la toma de decisiones en relación a los usos de drogas y otros factores de riesgo.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
22	Información, sensibilización y apoyo al profesorado para que pueda responder educativamente ante los retos de la prevención de drogodependencias	PU y Nor.	Comisión Técnica Salud-Educación	Centros educativos, PMD, EAP, EESS	2012-2016
23	Desarrollar programas de prevención en el ámbito educativo, definiendo criterios de intervención y dotándoles de materiales educativos y otros instrumentos ampliando la cobertura actual	Am, PU y PS	Comisión Técnica Salud-Educación	Centros educativos, PMD, EAP, EESS, Sección de protección al menor (DG de familia, infancia y consumo)	2012-2016
24	Apoyar el Programa de Red de Escuelas para la Salud en Navarra	Am, PU y Nor.	Comisión de Coordinación Autonómica Salud-Educación	Comisión Técnica Salud-Educación, Centros educativos, PMD, EAP, APYMAS y EESS	2012-2016
25	Poner en marcha, de manera experimental, proyectos de prevención escolar en los que se utilice la metodología de la educación entre iguales.	PU y PS	DT del PFD, Sección de Innovación Educativa	Centros escolares, PMD	2012-2016
26	Favorecer el desarrollo de espacios de participación comunitaria con presencia de los centros educativos, APYMAS, SS SS, EAP y otros agentes comunitarios.	PU	DT del PFD	SS SS, EAP, PMD, Centros escolares, APYMAS, EE SS, EE LL.	2012-2016
27	Apoyar intervenciones dirigidas a escolares con vulnerabilidad (fracaso y absentismo escolar, problemas de conducta, falta de atención familiar, consumo de drogas y otros).	PS y PI	DT del PFD	PMD, Centros escolares, APYMAS, SS SS, EE SS y EAP	2012-2016

Objetivo Específico 7: Incidir sobre las condiciones de trabajo de manera que se reduzcan los factores de riesgo y se potencien los factores de protección relacionados con los consumos de drogas, según establece el II Plan de Salud Laboral de Navarra.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
28	Desarrollar las actuaciones de prevención universal establecidas en el II Plan de Salud Laboral	PU	INSL	DT del PFD, Sindicatos, Patronal y Mutuas.	2012-2016
29	Aportar recursos personales a la población trabajadora para que cuando se relacionen con las drogas puedan valorar los riesgos y decidir de manera responsable.	PU	DT del PFD	INSL, Sindicatos, Patronal, Mutuas y técnicos de prevención	2012-2016
30	Favorecer el diagnóstico precoz de las personas que presentan consumos problemáticos de drogas, fundamentalmente a través de los servicios de salud laboral y la búsqueda de soluciones sin perjuicios sobre el puesto de trabajo.	PS y PI	INSL	DT del PFD, EAP, Servicios de Prevención de Salud Laboral, Mutuas	2012-2016
31	Profundizar en el conocimiento del fenómeno de las drogas en el ámbito laboral	PS	INSL	Población trabajadora y DT del PFD	2012-2016

Objetivo Específico 8: Disminuir en la población del Centro Penitenciario en Navarra los factores de riesgo relacionados con los usos problemáticos de drogas y potenciar los factores de protección.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
32	Potenciar el desarrollo de programas de educación para la salud que favorezcan los factores de protección en relación al consumo de drogas en el interior del centro penitenciario, contemplando la educación entre iguales como una de las metodologías a utilizar.	PS	DT del PFD e ISP	EE SS, Servicios sanitarios penitenciarios	2012-2016
33	Reforzar el programa de Prevención de riesgos y desarrollar otros programas en el interior de la prisión, con actividades que aborden consecuencias negativas como infecciones, violencia, intoxicaciones y otras, causadas y favorecidas por el consumo de drogas legales e ilegales.	PI	DT del PFD e ISP	EE SS, Servicios sanitarios penitenciarios	2012-2016
34	Apoyar a las asociaciones y servicios que trabajen con personas afectadas por medidas jurídico penales y presenten una mayor vulnerabilidad ante el uso problemático de drogas (dentro o fuera del centro penitenciario)	PS	DT del PFD	ISP, EE SS, SSP, Servicio de Gestión de Penas y medidas alternativas de Navarra	2012-2016
35	Potenciar la atención específica individual, familiar y grupal, incidiendo especialmente en la motivación al tratamiento, a personas ingresadas en el centro penitenciario, mediante el trabajo en red con los diferentes servicios que intervienen en él.	PI	DT del PFD	Servicios sanitarios penitenciarios (internos y externos), SSP, Servicio de Gestión de Penas y medidas alternativas de Navarra, EE SS, Profesionales externos, DGJ	2012-2016

Objetivo Específico 9: Potenciar la capacidad de acción preventiva que tienen las estructuras y servicios normalizados y cercanos a las personas, basados en la atención primaria de salud y de servicios sociales y los programas municipales de drogodependencias y centros educativos.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	E de P	Responsables	Colaboran	Tiempo
36	Desarrollar en los Centros de Atención Primaria de Salud la detección del consumo de drogas y factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad relacionados.	PU, PS, PI y Nor.	DT del PFD y DAP	EAP	2012-2016
37	Desarrollar en los Centros de Atención Primaria de Salud el asesoramiento individual y familiar e intervenciones breves, especialmente en el alcohol.	PU, PS, PI y Nor.	DT del PFD y DAP	EAP	2012-2016
38	Impulsar y profundizar en el desarrollo del actual modelo de prevención comunitaria de los Programas Municipales de Drogodependencia basados en acciones hacia la comunidad, el ámbito escolar y la familia, con especial relevancia en la población infante juvenil	Am, PU, PS, PI y Nor.	DT del PFD	EE LL, PMD, SS SS, Centros educativos	2012-2016
39	Apoyar a las entidades de iniciativa social que actúan en la acción preventiva para que desarrollen su papel en colaboración con los servicios comunitarios.	Am, PU, PS, PI y Nor.	DT del PFD	EE SS y PMD	2012-2016
40	Promover formas de trabajo en red y metodología comunitaria mediante la creación de espacios comunitarios de participación que favorezca la relación entre todos los servicios y profesionales comunitarios y otros agentes sociales, para desarrollar la prevención en sus diferentes dimensiones.	PU, PS, PI y Nor.	DT del PFD	EE SS, PMD, EAP, SS SS, Centros escolares y EE LL	2012-2016

III. ÁREA DE ATENCIÓN

Objetivo general: Mejorar la atención en salud mental de las personas con problemas relacionados con conductas adictivas, para ello, la Dirección de Salud Mental garantizará que puedan encontrar una respuesta indicada en los recursos de la Comunidad Foral

INTRODUCCIÓN

Las personas que se inician en edades tempranas en los consumos de drogas aumentan las probabilidades de presentar mas tarde problemas de dependencia a las mismas. El hecho de dedicarse al consumo con frecuencia les aparta de sus tareas principales en cada momento, la escolarización, la formación profesional o el propio trabajo. Esto hace que pierdan o que no adquieran capacidades para afrontar una vida de forma autónoma y cuando inician un proceso terapéutico se tenga que tener en cuenta que este culmina de forma satisfactoria cuando la persona adquiere un estado de autonomía personal, económica y social. De ahí que los itinerarios terapéuticos tengan que concurrir con estos otros, denominados de incorporación, que van a ser la clave para conseguir dicha autonomía. De poco vale un buen tratamiento si no se modifican las condiciones personales y del entorno para alcanzar esa autonomía.

En los últimos años de atención a personas drogodependientes se ha puesto de manifiesto la dificultad que entraña esta tarea cuando coinciden en la misma persona dos o más enfermedades mentales. Como primera premisa para abordar un tratamiento es preciso conocer el diagnóstico correcto. Esta tarea a la que de debe dedicar tiempo se complica a medida que en la misma persona coexisten varios procesos mentales que es preciso discernir si existe relación entre ellos, son consecuencia o son procesos independientes.

Los conflictos actuales que se presentan relacionados con los consumos de drogas no tienen nada que ver con los que aparecían en los años en que se diseñaron las estructuras asistenciales. En estos momentos se trata de personas que se pueden considerar integradas, en ocasiones suficientemente formadas o en proceso de formación, y con suficiente apoyo social. Esto obliga a que la red de atención también sufra un proceso de cambio. Coincide en el tiempo la elaboración de un nuevo Plan de Salud Mental para que la red de atención pública se adapte a las necesidades actuales, por los que ambos planes están alineados en el área de atención.

Para que esta asistencia pueda ser de calidad y adecuada a las necesidades de la población beneficiaria, el diagnóstico se considera imprescindible. Además de potenciar los recursos especializados, fundamentalmente los de hospitalización parcial y reducir estancias en los centros de internamiento. Estos últimos, idealmente deberían estar ubicados en zonas urbanas cercanos al resto de recursos necesarios en el proceso de atención.

Pero dadas las características de la población a atender y el tiempo que transcurre desde que se iniciaban consumos y la aparición de los problemas, se hace imprescindible reforzar la captación de estas personas desde aquellas estructuras sociales, sanitarias o educativas más cercanas. Por lo que los equipos de atención primaria sanitarios y sociales junto con los educativos deben jugar un papel primordial. Una Comunidad como la nuestra, con estructuras de este tipo, tan próximas y accesibles, constituidas por profesionales de alta cualificación, tiene que hacer un esfuerzo para conseguir acortar el tiempo de silencio clínico en los consumos problemáticos de drogas y de otras conductas adictivas. Esta tarea se verá favorecida si además se consigue dar una respuesta a sus demandas cuando necesiten derivar a las personas a recursos específicos. La coordinación entre los diferentes niveles en la que se incluyan a todo tipo de profesionales es la clave para realizar una tarea adecuada, tarea que se verá favorecida si contamos con las herramientas necesarias que faciliten el trabajo y delimitan claramente el nivel de competencia de cada profesional

Además, las personas y recursos que participen en el proceso deben conocer en todo momento la evolución del mismo. La información entre niveles durante un proceso terapéutico aporta valor al mismo y ofrece a la persona que lo sufren las garantías profesionales necesarias para que no se dupliquen las intervenciones y se potencien y complementen las realizadas.

La red de Salud Mental, con sus centros, tiene que seguir jugando un papel preponderante. Las conductas adictivas son enfermedades mentales y por lo tanto de su competencia.

Hay que tener en cuenta el desarrollo que ha llevado nuestra sociedad a la hora de concebir la enfermedad mental. En nuestra Comunidad, la cercanía de la red y la posibilidad de acceso directo a la misma, ha conseguido saturarla. Para que se pueda garantizar la atención a las personas dependientes en la fase inicial del tratamiento, se requiere una reflexión sobre la situación actual, sobre todo teniendo en cuenta la importancia de la fase de diagnóstico y la subsiguiente de motivación para el tratamiento.

Una vez configurada la red, en la que hay que integrar las diferentes actuaciones (captación, diagnóstico, motivación y tratamiento), se hace necesario que estas se realicen en toda Navarra de la misma manera, por lo que la elaboración de una guía clínica con los respectivos protocolos de actuación en cada fase es tarea primordial.

Existe una población drogodependiente de larga evolución en los consumos y que se ha beneficiado de los diferentes programas terapéuticos en la que se ha puesto de manifiesto el carácter crónico de las drogodependencias. Esta población, con grave deterioro psico-físico y social, requiere una oferta de atención diferente a la que ahora se le puede ofrecer. Su proceso de inserción se considera difícil, cuando no imposible, pero no por eso se les debe abandonar a su suerte. La situación podría mejorar de forma considerable en entornos de cuidados socio-sanitarios, también puede ser que desde esas instancias, si las condiciones

personales, sociales... se modifican, desde donde se pueda iniciar un nuevo proceso terapéutico.

Porque estas enfermedades tienen una edad de comienzo en la adolescencia, el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil debe jugar un papel central en el diagnóstico y tratamiento precoces. De la misma manera que se tiene que valorar la oportunidad de aprovechar la existencia de un recurso socio-sanitario educativo residencial en nuestra Comunidad,

En todo este proceso terapéutico no podemos olvidarnos de las personas que pueden contribuir de manera fundamental al éxito terapéutico, y son los familiares, que también podemos considerar que enferman, por lo que hay que tratarles además de considerarles como colaboradores. La atención y el apoyo a los familiares de las personas en tratamiento es una actuación complementaria que puede facilitar el proceso terapéutico y también contribuye al propio bienestar de la familia.

La sociedad se ha transformado en los últimos años. Se van instalado en nuestra Comunidad Foral un número considerable de personas de diferentes países y continentes que también tienen la posibilidad de enfermar y a las que tenemos la obligación de atender. La red asistencial que se configure para atender las conductas adictivas tiene que ser capaz de dar cobertura a la totalidad de las personas que viven en Navarra. Para ello tendremos que buscar alianzas en las organizaciones que existen cuando sea necesario por motivos culturales o de idioma.

Hasta ahora la proporción de mujeres atendidas por la red difiere considerablemente de los datos de prevalencia de consumos de drogas que determinan las encuestas. Esta desproporción nos obliga a tener presente la necesidad de adaptar los procesos asistenciales a la situación de las mujeres de manera que podamos garantizar la equidad. Por lo tanto la actuación estará diseñada con enfoque de género.

Una población que requiere una consideración particular es aquella que se encuentra inmersa en procesos jurídicopenales. La ley permite que lleven a cabo tratamientos en esas situaciones y por lo tanto estamos obligados a garantizárselos. Habrá que establecer las condiciones en las que estas personas puedan disfrutar de un tratamiento durante su proceso jurídico penal. La relación entre profesionales de la administración de justicia y la sanitaria deberá determinar estas condiciones.

En el momento de elaborar este plan se está construyendo en nuestra Comunidad un nuevo centro penitenciario en el que se puede incluir un área de tratamiento libre de drogas, además de continuar con la colaboración actual entre el servicio navarro de salud y el centro penitenciario.

En todo caso se garantizará a las personas privadas de libertad o inmersas en procesos judiciales la posibilidad de recibir tratamiento de su conducta adictiva, bien en el interior del centro penitenciario o bien en la red asistencial de utilización pública.

Objetivo General del Área de Atención

Mejorar la atención de salud mental de las personas con problemas relacionados con conductas adictivas, para ello, la Dirección de Salud Mental garantizará que puedan encontrar una respuesta indicada en los recursos de la Comunidad Foral.

Estrategia del Área de Atención

La red integral, coordinada, normalizada y profesional, con enfoque de género, basada en la evidencia científica, de utilización pública y en las mismas condiciones que el resto de problemas de salud definirá los procesos de tratamiento integrados en la misma

Objetivo Específico 1: Incrementar la capacidad del sistema para la detección e intervención precoz y para la continuidad en el proceso terapéutico.

Nº.	Líneas de actuación	Responsables	Colaboran	Tiempo
1	Diseño y aplicación de protocolos para las intervenciones desde los recursos no específicos (captación, motivación, intervención breve, orientación, atención a la familia, etc.).	AP y DSM	CSM, EAP, CAM, UHP, urgencias, SS.SS, Servicios de Prevención de Salud Laboral.	2013-2016
2	Desarrollar programas específicos de atención a las personas con trastornos adictivos en jóvenes y mejorar su acceso al tratamiento, con especial atención a los internados en centros de menores.	DSM	CSM Infanto-Juvenil, DGPS	2012-2016

Objetivo Específico 2: Mejora de la atención sanitaria de las personas con trastornos adictivos

Nº.	Líneas de actuación	Responsable	Colaboran	Tiempo
3	Definir y protocolizar un programa transversal y específico de trastornos adictivos y patología dual en todos los dispositivos de la RSMNa que incluya aspectos preventivos y de diagnóstico precoz.	DSM	Servicios de la RSMNa	2012-2016
4	Establecer un circuito integral e integrado de todos los servicios de la RSMNa, propios y concertados, para la óptima atención de este grupo de población.	DSM	Servicios de la RSMNa	2012-2016
5	Impulsar un programa de atención a las familias de las personas afectadas por problemas relacionados con conductas adictivas, reforzando su papel en el tratamiento.	DSM	Servicios de la RSMNa	2013-2016

Objetivo Específico 3:

Mejorar la organización funcional de los recursos específicos para el tratamiento de las personas con trastornos adictivos.

Nº.	Líneas de actuación	Responsable	Colaboran	Tiempo
6	Potenciar el Hospital de Día monográfico para el tratamiento de alta intensidad de los trastornos adictivos y patología dual	DSM	HD monográfico	2013-2016
7	Mejorar la coordinación e impulsar la integración funcional de las CCTT en la RSMNa mediante el desarrollo de criterios de derivación unificados y programas integrados de tratamiento	DSM	CCTT	2012-2016
8	Orientar la oferta de tratamiento residencial hacia un modelo de comunidad terapéutica en Pamplona o comarca, de utilización pública, adecuando el número de plazas y la duración de los tratamientos a los nuevos perfiles y al incremento de plazas diurnas.	DSM	DGPS, CCTT	2015-2016

Objetivo Específico 4: Mejorar la atención socio-sanitaria y facilitar la atención a personas inmersas en procesos jurídico penales que presenten problemas relacionados con conductas adictivas.

Nº.	Líneas de actuación	Responsables	Colaboran	Tiempo
9	Evaluar la necesidad de un programa para la atención sociosanitaria a personas drogodependientes en situación de alta exclusión y con gran deterioro físico, psíquico y social;	DSM Coordinación Plan Socio-Sanitario	DSM, DGPSyCD	2012-2014
10	Establecer, desde el punto de vista jurídico y sanitario, las condiciones que permitan la atención sanitaria a las personas con adicciones e inmersas en procesos jurídico penales.	DSM	Grupo de trabajo jurídico-penal.	2013-2014
11	Colaborar con Instituciones Penitenciarias en el desarrollo de la atención a las adicciones, en consonancia con Salud Mental	DSM e IIPP	Grupo de trabajo jurídico-penal, GAD, Servicios Médicos Penitenciarios, Recursos de Atención a las adicciones y EESS	2012-2014

IV. ÁREA DE FORMACIÓN

Objetivo general: Facilitar el acceso a la formación de los diferentes agentes institucionales y sociales para que puedan acometer los objetivos y el desarrollo de las líneas de actuación que desde el documento del PFD se les asignan

INTRODUCCIÓN

En el Área de Gobernanza hemos podido ver cómo en un fenómeno multidimensional como éste es necesaria la participación de instituciones muy variadas: públicas, no gubernamentales, locales, autonómicas, de salud, de educación, de servicios sociales, etc. Para poder optimizar su participación, además de la puesta en marcha de estrategias de gobernanza, es imprescindible garantizar la formación que permita cumplir de manera eficaz la función que cada una de ellas debe llevar a cabo.

Esta realidad ha sido recogida en las encuestas a profesionales realizadas para el diagnóstico del I PFD. A través de ellas hemos podido conocer su opinión mayoritaria respecto a que la formación es uno de los factores clave para la mejora del trabajo. En concreto, se señalaba en primer lugar la necesidad de poner en marcha actuaciones formativas relacionadas con el manejo de técnicas de asesoramiento, ya sea individual como grupal o con familias.

Por todo ello, en el Área de Formación proponemos la puesta en marcha de una oferta formativa continua y adaptada a las necesidades de cada sector y a la evolución de un fenómeno tan complejo y dinámico como el que nos ocupa. Una oferta diversificada que abarque, desde la incorporación de contenidos en programas generales de formación, hasta la puesta en marcha de programas de formación específica, pasando por la autoformación o el asesoramiento *ad-hoc*.

Siempre que sea posible se realizará la formación en grupos de profesionales que procedan de diferentes espacios de trabajo, de forma que promoviendo la 'formación en red' se favorezca el 'trabajo en red'.

Objetivo General del Área de Formación

Facilitar el acceso a la formación de los diferentes agentes institucionales y sociales para que puedan acometer los objetivos y el desarrollo de las líneas de actuación que desde el documento del PFD se les asignan.

Estrategia del Área de Formación

Garantizando una oferta formativa continua y adaptada a las necesidades para el desarrollo del PFD en cada ámbito, y a la evolución del fenómeno ya sea esta oferta propia y/o ajena incluyendo el enfoque de género como indicador de calidad.

Nº	Líneas de actuación	Responsables	Colaboran	Tiempo
1	Incorporar y desarrollar, en los programas de formación continuada de cada ámbito, ofertas de formación relacionadas con los objetivos y las líneas de actuación del PFD.	DT del PFD	Planes y Programas docentes de la Administraciones Públicas (Salud, Educación, Juventud, Administración Local, Interior, etc)	2012-2016
2	Ofertar formación anual dirigida a profesionales implicados en el desarrollo del PFD (CSM, CCTT, CD, EAP, PMD, EESS...)	DT del PFD	Profesionales implicados en el desarrollo del PFD	2012-2016
3	Difundir entre los profesionales vinculados al desarrollo de las líneas de actuación del PFD información sobre actividades formativas impulsadas por instituciones de ámbito foral, estatal o internacionales.	DT del PFD		2012-2016
4	Crear espacios en la <i>web</i> (intranet y extranet) que sirvan para la difusión de documentación técnica entre el conjunto de profesionales vinculados al desarrollo de las líneas de actuación del PFD.	DT del PFD	Servicio de Información Sanitaria	2012-2016
5	Desarrollar iniciativas de formación sobre seguridad vial y su relación con el consumo de drogas, en colaboración con autoescuelas y policías.	DT del PFD	Servicio de Desarrollo de las Políticas de Seguridad, PMDs, Asociación Provincial de Autoescuelas de Navarra y Policías	2013-2016
6	Poner en marcha actuaciones de sensibilización, formación y asesoramiento dirigidas a profesionales de los medios de comunicación navarros.	DT del PFD	COAN Periódicos y revistas de ámbito foral y local y EESS	2012-2016
7	Facilitar la incorporación de contenidos relacionados con la intervención en drogodependencias dentro de los estudios universitarios, de formación profesional y de educación no formal	DT del PFD	Departamento de Educación, UPNA, UN y EESS	2012-2016

V. ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Objetivo general: Promover la investigación y el desarrollo de los diferentes sistemas de información, en aras a tener un mejor conocimiento de la evolución del fenómeno del consumo de drogas y de las actuaciones que en este ámbito se desarrollan.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principios que orientan este Plan es el de la evidencia científica. Según este principio, los objetivos, las líneas de actuación y las metodologías a utilizar, deben ser elegidas de acuerdo con el conocimiento científico existente sobre el fenómeno del uso de drogas y sobre las respuestas más adecuadas ante el mismo. Asimismo, se sostiene que el permanente aumento de la evidencia científica, a través de la investigación y la evaluación, redundará en una mayor eficacia de las intervenciones.

Para lograr que la investigación y la evaluación construyan evidencia científica que facilite la toma de decisiones en planificación, desde este área proponemos un conjunto de líneas de actuación dirigidas a mejorar los sistemas de información ya existentes, incrementar los esfuerzos en evaluación y desarrollar la investigación en este ámbito.

Objetivo General del Área de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Información

Promover la investigación y el desarrollo de los diferentes sistemas de información, en aras a tener un mejor conocimiento de la evolución del fenómeno del consumo de drogas y de las actuaciones que en este ámbito se desarrollan.

Estrategia del Área de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Información

Desarrollando una sistemática de recogida, explotación y valoración de información sobre la evolución del fenómeno y el desarrollo de los diferentes programas vinculados a los objetivos y líneas de actuación del PFD. Toda la selección, recogida y tratamiento de datos se realizará siempre que sea posible desagregado por sexos

Nº	Líneas de actuación	Responsables	Colaboran	Tiempo
1	Reforzar las acciones dirigidas a evaluar las diferentes líneas de trabajo del PFD, priorizando la utilización de técnicas cualitativas de investigación.	DT del PFD	Todos los agentes implicados en el desarrollo del PFD.	2013-2016
2	Adecuar el sistema de información del PFD sobre actividades preventivas para que permita una mejor recogida de datos que faciliten la evaluación.	DT del PFD	Colaboradores e intervinientes en prevención	2012-2016
3	Adecuar el sistema de información de la Dirección de Salud Mental, para que permita un mejor análisis de datos relacionados con nuevos patrones de consumo y perfiles sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos de la población en tratamiento por conductas adictivas en aras a facilitar la evaluación del proceso terapéutico	DSM DT del PFD	Red de Salud Mental y recursos de Atención a las Adicciones	2012-2016
4	Adecuar el sistema de información de la Dirección de Salud Mental para que permita el análisis de los datos relacionados con nuevos patrones de consumos y perfiles sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos de la población en tratamiento por conductas adictivas que faciliten la evaluación del proceso terapéutico.	DSMI DT del PFD	Red de Salud Mental y recursos de Atención a las Adicciones	2012-2016
5	Apoyar el desarrollo de investigaciones que puedan facilitar la toma de decisiones en planificación. Se priorizarán, entre otras materias de estudio: la búsqueda de aquellos factores de riesgo y protección más vinculados al uso de drogas, la identificación de perfiles de personas consumidoras, los policonsumos, respuestas terapéuticas según diagnósticos, caracterización del consumo de drogas en mujeres, evaluación de la prevención escolar, la familia como agente preventivo y terapéutico, el fracaso escolar como factor de riesgo, etc. La violencia de género y los abusos como factores de riesgo.	DT del PFD	Entidades con capacidad de financiación, Unión Europea, Observatorio Europeo de Drogas, PNSD, Departamento de Salud y otros Departamentos del Gobierno de Navarra. Universidades	2012-2016
6	Continuar con la serie "Encuesta navarra de juventud y salud".	Dpto de Salud	DT del PFD	2013-2016
7	Continuar colaborando en estudios realizados en Navarra por otras instituciones que tengan relación con los objetivos y líneas de actuación del II PFD.	DT del PFD		2012-2016

EVALUACIÓN DEL PLAN

La Ley Foral 21/2005, de 29 de diciembre, de evaluación de las políticas públicas y de la calidad de los servicios públicos, define la evaluación de las intervenciones públicas como un instrumento al servicio y para la mejora de las mismas.

La evaluación de los Planes y/o de las intervenciones sobre el fenómeno de los consumos de drogas parte de la base de que se trata de un hecho social influenciado por múltiples factores que actúan desde distintas dimensiones: la personal, la del entorno más próximo a los individuos y la del contexto social y que nuestra capacidad de intervención sobre cada una de ellas es diferente. También tenemos que tener en cuenta que la efectividad de las acciones que se plantean está sujeta a la influencia que puedan tener otras actuaciones no controladas por el Plan.

La evaluación que proponemos pretende responder a si se han alcanzado los objetivos propuestos, a si el proceso de desarrollo del Plan es el definido y a si el desarrollo se traduce en los resultados esperados. Asimismo, en el proceso de evaluación se analizarán indicadores sociales que son relevantes en el fenómeno del consumo de drogas.

El objeto de nuestra evaluación serán los objetivos y acciones que el Plan propone. Para su ejecución se tendrán en cuenta las referencias metodológicas del Servicio de calidad de las políticas y servicios públicos del INAP que incluye entre otras las relativas a la evaluación del impacto en función de género³⁹.

Además, en aras a facilitar la visibilización de los productos contempla el II PFD, incorporamos como primer anexo un documento en el que se ordenan el conjunto de las actuaciones en cinco ámbitos: 'acciones de atención directa a la población', 'acciones orientadas a la potenciación de los recursos de atención y prevención y otros agentes del plan', 'acciones de apoyo al plan', 'acciones en el ámbito del centro penitenciario' y 'acciones en el ámbito laboral'.

Desde el punto de vista de los momentos de realización de la evaluación, identificamos dos tiempos distintos: el primero referido al periodo durante el cual el Plan esté funcionando, en el que se procederá a ejecutar una evaluación continua, que permitirá aportar información a la Dirección Técnica del Plan sobre la evolución de las acciones realizadas. De esta forma se podrán corregir y redefinir las intervenciones que se considere que no responden a los objetivos propuestos; será por lo tanto una evaluación formativa que será realizada de forma interna apoyándonos prioritariamente en los sistemas de información de origen administrativo de la Administración Pública.

39

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Presidencia+justicia+e+interior/Organigrama/Estructura+Organica/INAP/Publicaciones/Evaluacion+y+calidad/Guias+y+Recursos+metodologicos.htm

Para esta fase se ha elaborado un repertorio de indicadores de los cuales se aporta en anexo 2 su detalle: línea de actuación, previsión temporal, indicador propuesto y fuentes a utilizar para recogerlo.

El segundo momento de evaluación llegará una vez concluya el periodo de ejecución del Plan y en él se procederá a realizar una evaluación final en base a la totalidad de indicadores definidos. Esta evaluación contemplará la participación de los diferentes actores e incorporará análisis particulares, cuantitativos y cualitativos, a través de los cuales se tratará de conocer el grado de consecución de los objetivos y el nivel de satisfacción de los distintos actores que hayan intervenido en el Plan. En esta segunda evaluación se abordará igualmente el análisis de indicadores sociales de contexto, indicadores ligados a la evolución del consumo de sustancias, indicadores ligados a las repercusiones en la salud (morbi-mortalidad) e indicadores ligados a las intervenciones sociales y/o sociosanitarias. Todos ellos están recogidos en el anexo 3 'Indicadores para la evaluación final'.

Esta evaluación se realizará previsiblemente, de forma mixta, entre profesionales del propio Plan y personal externo ya que las aportaciones que realizan observadores externos entrañan visiones por lo general diferentes y con frecuencia enriquecedoras.

Las fuentes prioritarias en este caso serán las memorias del PFD y todos los sistemas de información de la Administración Pública, los de origen administrativo y los basados en encuestas u otro tipo de investigaciones.

El proceso de evaluación viene impulsado por la Dirección Técnica del Plan en coherencia con los principios de Gobernanza. Particularmente se apela al principio de responsabilidad que entraña que cada agente debe tener bien definido su rol y funciones. En este marco es la Dirección Técnica del PFD quien asume esta tarea, con la responsabilidad de monitorizar durante la vigencia del Plan las acciones implementadas y de dotar de un instrumento para mejorar la futura planificación.

ANEXO 1 - ACCIONES DEL II PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS

Las acciones del II PFD han sido ordenadas según el fin que perseguían, lo que nos ha permitido integrar las actuaciones de las cinco áreas contempladas y visibilizar los productos resultantes de su desarrollo.

Así, el conjunto de líneas de acción del Plan quedan ordenadas en tres tipos:

- Las de atención a la población.
- Las que están orientadas a la potenciación de los recursos de atención y prevención de las drogodependencias y otros agentes del Plan.
- Las acciones de apoyo al desarrollo del Plan.

Además se especifican para la evaluación, las acciones a realizar en el ámbito de la prisión y el ámbito laboral, por sus particularidades.

1. ACCIONES DE ATENCIÓN DIRECTA A LA POBLACIÓN

1. 1.- "Comunicación/Material divulgativo/Campañas"

Material divulgativo, campañas y otras actividades de comunicación a realizar en el ámbito local y de CF para desarrollar las Líneas de Actuación: II.1.1; II.1.2; II.1.3; II.1.4; II.3.8.

1. 2.- "Asesoramiento y Formación"

Acciones de sensibilización, asesoramiento, formativas y de utilización de materiales educativos que se han de realizar para el desarrollo de las Líneas de Actuación: II.2.5; II.3.9; II.5.18; II.9.36; II.9.37.

1. 3.- " Intervención Socioeducativa Individual/Familiar y Grupal y desarrollo de redes socioeducativas"

Intervenciones de carácter informativo, de consejo, psicosocial, preventivo y de preparación de materiales educativos para desarrollar las Líneas de Actuación: II.4.16; II.5.17;II.5.20 ;II.5.21; II.3.11; II.6.27;II.9.37;III.2.8.

1. 4.- "Atención en el ámbito de la población adolescente: Acompañamiento Social, Mediadores y Talleres de Formación"

Desarrollar acciones con el grupo de menores adolescentes mediante el acompañamiento social y la presencia de la figura del mediador en las Líneas de Actuación: II.3.9; II.3.10: II.5.19

1.5.- “Acciones derivadas del cumplimiento de las normas legales”

Comprende actuaciones sobre el control de la oferta de drogas legales e ilegales como inspecciones, sanciones y aprehensiones. Líneas de Actuación: I.1.2 y 1.2.3.

1.6.- "Programas y actividades de prevención"

Acciones de prevención y de reducción de daños para retrasar la edad de inicio al consumo de drogas y disminuir las consecuencias negativas en materia de accidentes, prostitución, etc. Líneas de Actuación: II.2.5; II.2.6; II.2.7; II.4.14; II.6.23; II.9.38; II.9.39.

1.7.- “La atención y apoyo a la incorporación”

Las acciones de detección precoz, atención e incorporación para desarrollar las Líneas de Actuación: III.2.4; III.2.5; III.2.6; III.2.7; III.2.8; III.3.10; III.3.11; III.3.12.; III.4.13.; III.4.14.; III.4.15.

2. ACCIONES ORIENTADAS A LA POTENCIACIÓN DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN Y OTROS AGENTES DEL PLAN**2.1.- Los Programas Municipales de Drogodependencias**

Los Programas municipales de drogodependencias constituyen una de las principales bases de desarrollo del Plan y en ellos pivota principalmente el área de prevención. Líneas de Acción: I.1.1.; I.1.3; I.3.7; I.3.8.; II.9.38

2.2.- Las Entidades Sociales. APYMAS

Las acciones orientadas a la importante presencia de las Entidades Sociales en el desarrollo del Plan se recogen en las Líneas de Acción: I.1.1; I.1.3.; I.3.9; II.4.14; II.4.15; II.5.19; II.6.24; II.9.39.

2.3.- Los Centros Educativos de Navarra y la Red de Escuelas para la Salud

Los centros educativos constituyen el pilar básico para el desarrollo de la prevención de los problemas con los usos de drogas en la edad educativa. Las Líneas de Acción orientadas a los centros educativos son: I.2.4; II.6.22; II.6.23; II.6.24; II.6.25

2.4.- Sistema de atención a drogodependencias

Acciones en los Sistemas de Salud (Centros de Salud, Salud Mental...) y de Servicios Sociales. Líneas de Acción: I.4.10; I.4.11; I.4.12; I.4.13; II.9.36; II. 9.37; III.2.4; III.2.5; III.2.6; III.2.7; III.2.8; III.3.9; III.3.10; III.3.11, III.3.12.

3. ACCIONES DE APOYO AL PLAN

3.1.- Coordinación/Cooperación y Creación de Espacios Comunitarios”

Acciones de coordinación y cooperación para realizar sesiones de trabajo conjunto entre distintos organismos y entidades y determinadas comisiones, entre ellas la actual Comisión Salud-Educación y el Grupo de trabajo jurídico penal, así como el desarrollo de espacios comunitarios a nivel local. Líneas de Acción: I.1.2.; I.2.4; I.2.5; I.2.6; I.4.11; I.4.12; I.4.13; II.4.15; II.6.26; II.3.12; II.9.40.

3.2.- Documentos Técnicos: Protocolos, Guías, Material educativo, Planes Municipales y otros.

Las acciones están orientadas a la disposición de documentos técnicos que promuevan principalmente la calidad de actividad del Plan. Líneas de Acción: I.4.12; I.4.13; II.4.13;II.6.23; II.9.36; III.1.1; III.1.2; III.1.3; III.2.4; III.2.5; III.2.6; III.4.13; III.4.16; IV.1.3.

3.3.- Formación y Asesoramiento.

Se trata de acciones de tipo formativo, sesiones en grupo e individuales orientadas al apoyo de la utilización de los documentos técnicos y material educativo disponible. Líneas de Acción: IV.1.1; IV.1.2; IV.1.3; IV.1.4; IV.1.5; IV.1.6; IV.1.7.

3.4.- Investigación/Sistemas de Información

Las acciones relacionadas con los sistemas de información, análisis e investigaciones desarrollarán las Líneas de Acción: V.1.1; V.1.2; V.1.3; V.1.4; V.1.5; V.1.6; V.1.7.

4. ACCIONES EN EL ÁMBITO DEL CENTRO PENITENCIARIO

El centro penitenciario como espacio social delimitado y específico requiere de un plan de acción que haga llegar a la población reclusa de Navarra la atención en materia de drogadicción, en las dimensiones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras. Líneas de Acción: II.8.32; II.8.33; II.8.34; II.8.35; III.4.13; III.4.14, III.4.15.

5. ACCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

El II Plan de salud laboral de Navarra establece actuaciones orientadas a la reducción de factores de riesgo y potenciación de los de protección relacionadas con el consumo de drogas en las condiciones de trabajo. En el objetivo seis del apartado de Prevención se recogen las siguientes líneas de actuación: II.7.28; II.7.29; II.7.30; II.7.31.

ANEXO 2 – INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES

Objetivo del Área de Gobernanza.

Abordar el fenómeno social relacionado con el uso de drogas de forma planificada, coherente, corresponsable, participativa y con enfoque de género

Estrategia del Área de Gobernanza.

Construir una red institucional y social de relaciones sinérgicas, liderada desde el Departamento de Salud y aprovechando las estructuras organizativas existentes.

Objetivo Específico 1:

Potenciar la reflexión conjunta, sobre el fenómeno del uso de drogas y otras dependencias, entre las instituciones implicadas en el desarrollo del PFD, determinando también responsabilidades.

Nº	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
1	Promover la creación de espacios de encuentro formal y sistemático entre los distintos agentes implicados en el desarrollo del PFD (por ejemplo: PMD o EESS del sector).	2012-2016	Nº. y tipo de encuentros, nº. de entidades participantes en cada encuentro.	Actas y acuerdos
2	Participación activa de la Dirección Técnica del PFD en las estructuras de coordinación existentes en áreas prioritarias para el desarrollo del Plan (educación, salud laboral, plan del tabaco, juventud, salud mental, etc.)	2012-2016	Órganos de coordinación en los que participa la Dirección Técnica del PFD.	Actas y convocatorias
3	Proponer prioridades de actuación anual en las convocatorias de subvenciones a entidades sociales y a entidades locales, procurando avanzar con otros departamentos de la administración en la unificación de criterios en las diferentes convocatorias de subvenciones	2012-2016	Prioridades que recogen las convocatorias de subvenciones	Convocatorias y resoluciones

Objetivo Específico 2:

Desarrollar el PFD favoreciendo el trabajo en red como forma adecuada de abordar fenómenos sociales complejos.

Nº	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
4	Reforzar el rol de la Comisión Técnica Salud-Educación en el desarrollo de la promoción de la salud.	2012-2016	Nº de reuniones . acuerdos de las actas ejecutados, asistentes a las reuniones	Actas
5	Impulsar la creación de otros espacios de trabajo (grupos, comisiones...) para la coordinación del PFD con otras áreas de interés (juventud, familia, servicios sociales de base, atención primaria de salud, salud laboral, responsables del control de la oferta, etc) para el cumplimiento de los objetivos del PFD.	2012-2016	Comisiones técnicas creadas/participación en otras estructuras de coordinación.	Actas y convocatorias.
6	Participar en las reuniones interautonómicas convocadas por el Plan Nacional sobre Drogas y en todas las reuniones y actos que faciliten la coordinación entre el PFD, el PNSD, los planes autonómicos sobre drogas y la Estrategia Europea sobre Drogas y otras instancias internacionales.	2012-2016	Nº de reuniones y actos del PNSD, Respuestas a invitaciones nacionales e internacionales	Convocatorias y actas. Invitaciones cursadas

Objetivo Específico 3:

Diversificar las actuaciones con las instituciones que participan en el desarrollo del PFD y profundizar en ellas, en aras a un abordaje multidimensional

Nº.	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
7	Promover la redacción de planes municipales que estén en consonancia con el PFD y que sean elaborados de una manera participativa e intersectorial y aprobados en sesión plenaria de la entidad municipal. Priorizar su elaboración en los municipios y mancomunidades de más de 10.000 habitantes.	2012-2016	Nº planes aprobados	Memoria del PFD
8	Apoyar la puesta en marcha, la profundización y el desarrollo de PMD a través de la participación del Departamento de Salud en su financiación mediante convocatoria pública.	2012-2016	Cofinanciación (PFD-EE.LL). Cobertura poblacional	Memoria del PFD y Resolución subvenciones
9	Apoyar la participación de las entidades sociales en el desarrollo de iniciativas relacionadas con los objetivos del PFD, a través de la financiación de proyectos de entidades sociales mediante convocatoria pública.	2012-2016	Proyectos financiados	Memoria del PFD y Resolución subvenciones

Objetivo Específico 4:

Desarrollar el liderazgo institucional y los procedimientos de colaboración en los espacios social, sanitario, educativo y jurídico-penal para el desarrollo del PFD.

N°.	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
10	Definir y aplicar, en colaboración con la Dirección de Salud Mental, un sistema para la coordinación y desarrollo de la asistencia a las conductas adictivas, de acuerdo con las líneas de actuación marcadas por el II PFD y el Plan de Salud Mental	2012-2016	Participación en el sistema de coordinación	Actas
11	Definir y aplicar, entre los Departamentos de Salud y Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, los elementos necesarios para la intervención con población afectada por conductas adictivas, especialmente en los siguientes casos: población infanto-juvenil, mujeres víctimas de violencia de género y personas en situación de alta exclusión .	2012-2016	Constitución del grupo de trabajo de los Departamentos de Salud y Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. Criterios de intervención definidos. Acciones aplicadas a partir del grupo de trabajo	Actas y memorias de los Departamentos
12	Impulsar la constitución de un grupo de trabajo jurídico-penal que revise los procedimientos para el tratamiento a personas drogodependientes inmersas en procesos judiciales	2012-2014	Constitución del grupo de trabajo jurídico-penal. Documento de criterios de intervención definidos. Acciones aplicadas a partir del grupo de trabajo	Actas y memoria PFD
13	Proponer la constitución de un grupo de trabajo que aborde la situación de la población menor de edad con problemas con la justicia.	2012-2014	Constitución del grupo de trabajo. Documento de criterios de intervención definidos. Acciones aplicadas a partir del grupo de trabajo	Actas y memoria PFD

Objetivo del Área de Prevención.

Disminuir la prevalencia de los usos de drogas, retrasar la edad de inicio, reducir los usos problemáticos de drogas, así como disminuir los daños y consecuencias negativas de los usos de drogas en la población navarra.

Estrategia del Área de Prevención (E de P).

Ambientales (Am); Prevención Universal (PU); Prevención Selectiva (PS); Prevención Indicada (PI); De Normalización (Nor)³

Objetivo Específico 1: Incidir sobre las normas sociales formales e informales que maneja la población navarra en relación a los usos de drogas, propiciando la reflexión y la responsabilidad individual y pública.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN ⁴	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
1	Establecer un debate de creencias y normas sociales sobre el consumo de drogas, incluidos los medicamentos, en la sociedad navarra.	2012-2016	Nº de actividades de comunicación realizadas en el ámbito local y de la Comunidad Foral	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Seguimiento de prensa
2	Transmitir a la sociedad el contenido de la normativa sobre las drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales y su cumplimiento a partir de la colaboración de las entidades responsables.	2012-2016	Nº de campañas y otras actuaciones de comunicación Iniciativas de mediación con profesionales en espacios de ocio. Infracciones por venta de alcohol a menores Infracciones relacionadas con la tolerancia, consumo público y tenencia de drogas ilegales (art.23.i y art.25.1 L.O. 1/1992)	Memorias PMD, EE.SS, Dpto. Interior, Fiscalía y PFD.
3	Promover con adolescentes y jóvenes, la reflexión sobre la percepción del cannabis y los efectos y consecuencias de su consumo.	2012-2016	Nº de actividades de comunicación realizadas en el ámbito local y de CF	Memorias PMD, EE.SS y PFD
4	Incidir en la responsabilidad que la población adulta tiene en relación al consumo de drogas legales (fundamentalmente alcohol y fármacos) así como sobre las consecuencias negativas de su consumo ⁵ .	2012-2016	Actividades realizadas	Memorias PMD, EE.SS y PFD

³ Estas siglas van a ser utilizadas a lo largo de las páginas que siguen

⁴ La perspectiva de género estará presente en todas las líneas de actuación, así como en todo el proceso de evaluación.

⁵ Con especial atención a la población adulta que vive en familia con menores a su cargo.

Objetivo Específico 2: Disminuir las consecuencias negativas del actual modelo de consumo de drogas, particularmente del alcohol.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
5	Desarrollar acciones dirigidas a retrasar la edad de inicio de los primeros consumos y disminuir el actual consumo intensivo de alcohol y otras drogas en la juventud	2012-2016	Nº de actividades realizadas Población a la que se dirige (jóvenes, adultos, profesionales) Finalista/mediadores	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP
6	Extender y mejorar los programas de prevención de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de drogas: "Voy y Vengo", utilización de transporte público y otros.	2012-2016	Nº y tipo de programas realizados. Evaluación y análisis de contenidos y participantes del programa "Voy y vengo".	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP
7	Desarrollar programas para los momentos de ocio, que aborden consecuencias negativas como accidentes de tráfico, infecciones, violencia, intoxicaciones y otras, causadas y favorecidas por el consumo de drogas legales e ilegales.	2012-2016	Actividades realizadas. Población a la que se dirige (finalista, mediadores)	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP

Objetivo Específico 3: Aumentar las capacidades y habilidades personales de la población infanto juvenil para fomentar el ocio saludable y creativo y la toma de decisiones autónoma y responsable ante los usos de drogas.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
8	Impulsar campañas y otras actuaciones dirigidas a informar, sensibilizar e incidir en el cambio de actitudes ante el binomio ocio y drogas	2012-2016	Nº de acciones	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP. Memoria INJ.
9	Desarrollar actividades formativas sobre los usos de drogas con adolescentes y jóvenes, fomentando la participación de jóvenes mediadores.	2012-2016	Nº de actividades	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP. Memoria INJ.
10	Intervenir con grupos de adolescentes, potenciando el asociacionismo y las relaciones grupales e intergrupales, a partir del acompañamiento profesional tanto en espacios públicos como privados	2012-2016	Grupos y espacios a los que nos dirigimos	Memorias PMD y EE.SS. Memoria INJ.
11	Impulsar actividades de ocio y tiempo libre mediante la creación de redes socioeducativas, centros juveniles y otros espacios de encuentro con el fin de potenciar los factores de protección del ocio en relación al consumo de drogas.	2012-2016	Nº de actividades Redes activas. Cobertura territorial y poblacional	Memorias PMD y EE.SS. Memoria INJ.
12	Incorporar contenidos preventivos en los programas de ocio y tiempo libre impulsados desde el Instituto Navarro de Juventud y otras instituciones que trabajan con esta población.	2012-2016	Nº de programas del INJ que incorporan contenidos preventivos	Memoria PFD

Objetivo Específico 4: Atender a la población en situación de mayor vulnerabilidad por factores de riesgo relacionados con el uso problemático de drogas: absentismo y fracaso escolar, enfermedad mental y problemas de comportamiento, consumos de drogas, pobreza, jóvenes infractores, población con problemáticas de adaptación y de incorporación sociolaboral e hijos e hijas de progenitores drogodependientes, entre otros.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
13	Desarrollar procedimientos eficaces para la detección de personas con factores de riesgo en relación al consumo de drogas.	2012-2016	Difusión de criterios, protocolos, guías, etc. Documento de consenso de detecciones	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP
14	Apoyar a las asociaciones y servicios que trabajan con mujeres que presentan una mayor vulnerabilidad en relación con el uso de drogas: ejercicio de la prostitución, violencia de género, etc.	2012-2016	Actuaciones realizadas/entidades que trabajan	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria CAM e ISP
15	Apoyar a las asociaciones y programas que atienden a población infanto juvenil en situación de mayor vulnerabilidad.	2012-2016	Actuaciones realizadas/entidades que trabajan.	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DSM.
16	Potenciar la atención individual, familiar y grupal específica a personas con mayor vulnerabilidad, mediante el trabajo en red en los servicios comunitarios: PMD, EAP, Centros Educativos y otros.	2012-2016	Nº de personas beneficiarias desagregadas por sexos	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria SSM. Memoria Red de Escuelas para la Salud en Navarra

Objetivo Específico 5: Potenciar los factores de protección de la familia con el fin de mejorar su rol educador como agente preventivo y apoyar a aquellas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
17	Reforzar el rol educativo y preventivo de la familia e informar sobre los recursos de orientación a los que puede acudir	2012-2016	Nº de intervenciones de orientaciones/consejo a familias (nº de familias beneficiarias). Creación de un espacio web educativo destinado a familias	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP
18	Fomentar los factores de protección familiar (apego, comunicación, establecimiento de normas y límites, tipo de modelo de consumo de drogas en la familia, supervisión, etc.), a través de la formación familiar que se desarrolla en espacios como el medio educativo, en los servicios comunitarios y desde las propias APYMAS.	2012-2016	Actividades formativas e informativas (materiales). Nº de APYMAS implicadas	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP
19	Continuar con el trabajo con familias, facilitando su formación a través de las federaciones de Apymas, de las Apymas y otras agrupaciones de familias, con intervenciones del tipo 'prevenir en familia' y otras.	2012-2016	Actividades formativas e informativas (materiales). Nº de APYMAS implicadas	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP
20	Impulsar acciones para que la familia sea un agente activo en el desarrollo del ocio de sus miembros y oriente a sus menores hacia el uso de espacios de ocio tutelados públicos o privados.	2012-2016	Nº de actividades realizadas	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP
21	Desarrollar acciones de prevención selectiva e indicada dirigidas a familias que presentan especial vulnerabilidad en relación al consumo de drogas. Las acciones perseguirán de forma prioritaria la reducción de factores de riesgo: alta conflictividad, desapego, escasa supervisión, consumo y/o tráfico de drogas en la familia, etc.	2012-2016	Nº de actuaciones de prevención selectiva/indicada con familias	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria DAP. Memoria DSM.

Objetivo Específico 6: Promocionar en el alumnado la salud en la construcción del estilo de vida, dotándoles de capacidades para la toma de decisiones en relación a los usos de drogas y otros factores de riesgo.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
22	Información, sensibilización y apoyo al profesorado para que pueda responder educativamente ante los retos de la prevención de drogodependencias	2012-2016	Nº centros educativos que participan/solicitan materiales	Memoria PFD. Memoria Red de Escuelas para la Salud en Navarra
23	Desarrollar programas de prevención en el ámbito educativo, definiendo criterios de intervención y dotándoles de materiales educativos y otros instrumentos ampliando la cobertura actual	2012-2016	Nº de centros con programas Nº de centros con actividades de prevención	Memorias PMD y PFD. Memoria Red de Escuelas para la Salud en Navarra
24	Apoyar el Programa de Red de Escuelas para la Salud en Navarra	2012-2016	Nº de centros adheridos a la Red	Memoria Red de Escuelas para la Salud en Navarra
25	Poner en marcha, de manera experimental, proyectos de prevención escolar en los que se utilice la metodología de la educación entre iguales.	2012-2016	Nº de proyectos implementados Evaluación de los proyectos	Memoria del PFD
26	Favorecer el desarrollo de espacios de participación comunitaria con presencia de los centros educativos, APYMAS, SS SS, EAP y otros agentes comunitarios.	2012-2016	Nº de actividades	Memorias PMD, EE.SS y PFD. Memoria Red de Escuelas para la Salud en Navarra. Memoria DAP.
27	Apoyar intervenciones dirigidas a escolares con vulnerabilidad (fracaso y absentismo escolar, problemas de conducta, falta de atención familiar, consumo de drogas y otros).	2012-2016	Nº de centros con intervenciones psicosociales / personas beneficiarias Nº de programas de apoyo escolar / personas beneficiarias desagregadas por sexo	Memorias PMD y EE.SS. Memoria Red de Escuelas para la Salud en Navarra.

Objetivo Específico 7: Incidir sobre las condiciones de trabajo de manera que se reduzcan los factores de riesgo y se potencien los factores de protección relacionados con los consumos de drogas, según establece el II Plan de Salud Laboral de Navarra.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
28	Desarrollar las actuaciones de prevención universal establecidas en el II Plan de Salud Laboral	2012-2016	Nº de actuaciones.	Memorias INSL
29	Aportar recursos personales a la población trabajadora para que cuando se relacionen con las drogas puedan valorar los riesgos y decidir de manera responsable.	2012-2016	Nº de campañas y materiales divulgativos. Correos electrónicos	Memorias INSL
30	Favorecer el diagnóstico precoz de las personas que presentan consumos problemáticos de drogas, fundamentalmente a través de los servicios de salud laboral y la búsqueda de soluciones sin perjuicios sobre el puesto de trabajo.	2012-2016	Protocolos de detección precoz. Presentación de los protocolos	Memorias INSL
31	Profundizar en el conocimiento del fenómeno de las drogas en el ámbito laboral	2012-2016	Resultados de las encuestas del INSL y PNSD Desagregadas por sexo	Memorias INSL. Publicación PNSD

Objetivo Específico 8: Disminuir en la población del Centro Penitenciario en Navarra los factores de riesgo relacionados con los usos problemáticos de drogas y potenciar los factores de protección.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
32	Potenciar el desarrollo de programas de educación para la salud que favorezcan los factores de protección en relación al consumo de drogas en el interior del centro penitenciario, contemplando la educación entre iguales como una de las metodologías a utilizar.	2012-2016	Nº y tipo de intervenciones y población beneficiaria	Memorias PFD, EE.SS e ISP
33	Reforzar el programa de Prevención de riesgos y desarrollar otros programas en el interior de la prisión, con actividades que aborden consecuencias negativas como infecciones, violencia, intoxicaciones y otras, causadas y favorecidas por el consumo de drogas legales e ilegales.	2012-2016	Nº y tipo de intervenciones y población beneficiaria	Memorias PFD, EE.SS e ISP
34	Apoyar a las asociaciones y servicios que trabajen con personas afectadas por medidas jurídico penales y presenten una mayor vulnerabilidad ante el uso problemático de drogas (dentro o fuera del centro penitenciario)	2012-2016	Nº de actividades y nº de entidades que intervienen	Memorias PFD, EE.SS, ISP y centro penitenciario.
35	Potenciar la atención específica individual, familiar y grupal, incidiendo especialmente en la motivación al tratamiento, a personas ingresadas en el centro penitenciario, mediante el trabajo en red con los diferentes servicios que intervienen en él.	2012-2016	Nº de personas beneficiarias desagregadas por sexo Puesta en marcha del protocolo de trabajo en red.	Memorias PFD, EE.SS, centro penitenciario y DGJ.

Objetivo Específico 9: Potenciar la capacidad de acción preventiva que tienen las estructuras y servicios normalizados y cercanos a las personas, basados en la atención primaria de salud y de servicios sociales y los programas municipales de drogodependencias y centros educativos.

Nº	LÍNEAS DE ACTUACIÓN	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
36	Desarrollar en los Centros de Atención Primaria de Salud la detección del consumo de drogas y factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad relacionados.	2012-2016	Criterios de intervención introducidos en el OMI/Atenea	Memoria DAP
37	Desarrollar en los Centros de Atención Primaria de Salud el asesoramiento individual y familiar e intervenciones breves, especialmente en el alcohol.	2012-2016	Registro de OMI desagregado por sexos	Memoria DAP
38	Impulsar y profundizar en el desarrollo del actual modelo de prevención comunitaria de los Programas Municipales de Drogodependencia basados en acciones hacia la comunidad, el ámbito escolar y la familia, con especial relevancia en la población infante juvenil	2012-2016	Nº de PMD que tienen espacios comunitarios de coordinación	Memoria PFD
39	Apoyar a las entidades de iniciativa social que actúan en la acción preventiva para que desarrollen su papel en colaboración con los servicios comunitarios.	2012-2016	Nº de actuaciones de asesoramiento Nº de entidades sociales asesoradas	Memoria PFD
40	Promover formas de trabajo en red y metodología comunitaria mediante la creación de espacios comunitarios de participación que favorezca la relación entre todos los servicios y profesionales comunitarios y otros agentes sociales, para desarrollar la prevención en sus diferentes dimensiones.	2012-2016	Nº de intervenciones de potenciación de los espacios comunitarios	Memoria PFD, EE.SS y PMD

Objetivo del Área de Atención

Mejorar la calidad de vida de las personas con problemas relacionados con conductas adictivas, para ello, la Dirección de Salud Mental garantizará que puedan encontrar una respuesta indicada en los recursos de la Comunidad Foral.

Estrategia del Área de Atención e Incorporación.

La red integral, coordinada, normalizada y profesional, con enfoque de género, basada en la evidencia científica de utilización pública y en las mismas condiciones que el resto de problemas de salud definirá los procesos de tratamiento integrados en la misma

Objetivo Específico 1: Incrementar la capacidad del sistema para la detección e intervención precoz y para la continuidad en el proceso terapéutico.

Nº.	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
1	Diseño y aplicación de protocolos para las intervenciones desde los recursos no específicos (captación, motivación, intervención breve, orientación, atención a la familia, etc.).	2013-2016	Diseño de un protocolo para intervención Actuaciones de promoción del protocolo	Memorias DSM, OMI, Hospitales y SIUSS
2	Desarrollar programas específicos de atención a las personas con trastornos adictivos en jóvenes y mejorar su acceso al tratamiento, con especial atención a los internados en centros de menores.	2012-2016	Elaboración y aplicación de protocolos y programas	Memorias DSM

Objetivo Especifico 2: Mejora de la atención sanitaria de las personas con trastornos adictivos

Nº	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
3	Definir y protocolizar un programa transversal y específico de trastornos adictivos y patología dual en todos los dispositivos de la RSMNA que incluya aspectos preventivos y de diagnóstico precoz.	2012-2016	Elaboración y aplicación de protocolos y programas	Memorias DSM
4	Establecer un circuito integral e integrado de todos los servicios de la RSMNA, propios y concertados, para la óptima atención de este grupo de población.	2012-2016	Definición de vías clínicas y protocolos y grado de implantación	Memorias DSM
5	Impulsar un programa de atención a las familias de las personas afectadas por problemas relacionados con conductas adictivas, reforzando su papel en el tratamiento.	2013-2016	Elaboración e implantación del programa	Memorias DSM

Objetivo Especifico 3: Mejora de la organización funcional de los recursos específicos para el tratamiento de las personas con trastornos adictivos.

Nº.	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
6	Potenciar el HD monográfico para el tratamiento de alta intensidad en el ámbito comunitario de los trastornos adictivos y patología dual	2013-2016.	Nº de recursos profesionales Nº de pacientes atendidos	Memoria DSM
7	Mejorar la coordinación e impulsar la integración funcional de las CCTT en la RSMNa mediante el desarrollo de criterios de derivación unificados y programas integrados de tratamiento	2013-2016	Nº de protocolos de coordinación establecidos	Memoria DSM
8	Orientar la oferta de tratamiento residencial hacia un modelo de comunidad terapéutica en Pamplona o comarca, de utilización pública, adecuando el número de plazas y la duración de los tratamientos a los nuevos perfiles y al incremento de plazas diurnas.	2013-2016	Construcción de CCTT en el área de Pamplona. Evolución del nº de plazas de comunidad terapéutica por tipología y localización.	Memorias DSM y PS

Objetivo Específico 4: Mejorar la atención socio-sanitaria y facilitar la atención a personas en procesos jurídico-penales que presenten trastornos adictivos.

Nº.	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
9	Evaluar la necesidad de un programa para la atención sociosanitaria a personas drogodependientes en situación de alta exclusión y con gran deterioro físico, psíquico y social,	2012-2014	Estudio de necesidades	Documento específico
10	Establecer, desde el punto de vista jurídico y sanitario, las condiciones que permitan la atención sanitaria a las personas con adicciones e inmersas en procesos jurídico penales.	2012-2014	Documento de reparto de responsabilidades	Documento específico
11	Colaborar con Instituciones Penitenciarias en el desarrollo de la atención a las adicciones, en consonancia con Salud Mental	2012-2014	Nº de programas y personas atendidas en Centro Penitenciario	Memoria DSM

Objetivo del Área de Formación

Facilitar el acceso a la formación de los diferentes agentes institucionales y sociales para que puedan acometer los objetivos y el desarrollo de las líneas de actuación que desde el documento del PFD se les asignan.

Estrategia del Área de Formación.

Garantizando una oferta formativa continua y adaptada a las necesidades para el desarrollo del PFD en cada ámbito, y a la evolución del fenómeno ya sea esta oferta propia y/o ajena incluyendo el enfoque de género como indicador de calidad

Nº	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
1	Incorporar y desarrollar, en los programas de formación continuada de cada ámbito, ofertas de formación relacionadas con los objetivos y las líneas de actuación del PFD.	2012-2016	Oferta de formación anual integrada en distintos ámbitos	Memorias PFD
2	Ofertar formación anual dirigida a profesionales implicados en el desarrollo del PFD (CSMI, CCTT, CD, EAP, PM, EESS...)	2012-2016	Plan de formación propuesto	Memorias PFD y DSM.
3	Difundir entre los profesionales vinculados al desarrollo de las líneas de actuación del PFD información sobre actividades formativas impulsadas por instituciones de ámbito foral, estatal o internacionales.	2012-2016	Nº de envíos (personas suscritas a recepción de mensajes)	Memorias PFD
4	Crear espacios en la <i>web</i> (intranet y extranet) que sirvan para la difusión de documentación técnica entre el conjunto de profesionales vinculados al desarrollo de las líneas de actuación del PFD.	2012-2016	Nº documentos incorporados y número de visitas a la web	Memorias PFD
5	Desarrollar iniciativas de formación sobre seguridad vial y su relación con el consumo de drogas, en colaboración con autoescuelas y policías.	2013-2016	Nº de acciones formativas realizadas	Memorias PFD, DGI y PMD
6	Poner en marcha actuaciones de sensibilización, formación y asesoramiento dirigidas a profesionales de los medios de comunicación navarros.	2012-2016	Nº de acciones formativas realizadas	Memorias PFD y PMD
7	Facilitar la incorporación de contenidos relacionados con la intervención en drogodependencias dentro de los estudios universitarios, de formación profesional y de educación no formal	2012-2016	Nº de acciones formativas realizadas. Alumnado. Nº de horas y ámbito educativo (universitario, FP y no formal)	Memorias PMD y universidades

Objetivo del Área de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Información.

Promover la investigación y el desarrollo de los diferentes sistemas de información, en aras a tener un mejor conocimiento de la evolución del fenómeno del consumo de drogas y de las actuaciones que en este ámbito se desarrollan.

Estrategia del Área de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Información.

Desarrollando una sistemática de recogida, explotación y valoración de información sobre la evolución del fenómeno y el desarrollo de los diferentes programas vinculados a los objetivos y líneas de actuación del PFD. Toda la selección, recogida y tratamiento de datos se realizará siempre que sea posible desagregado por sexos

Nº	Líneas de actuación	Tiempo	Indicador/es	Fuentes
1	Reforzar las acciones dirigidas a evaluar las diferentes líneas de trabajo del PFD, priorizando la utilización de técnicas cualitativas de investigación.	2013-2016	Nº de líneas de trabajo evaluadas	Memoria PFD
2	Adecuar el sistema de información del PFD sobre actividades preventivas para que permita una mejor recogida de datos que faciliten la evaluación.	2012-2016	Diseño de un sistema de información y grado de cumplimentación	Memoria PFD
3	Colaborar con la DSM para adecuar el sistema de información, para que permita un mejor análisis de datos relacionados con nuevos patrones de consumo y perfiles sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos de la población en tratamiento por conductas adictivas en aras a facilitar la evaluación del proceso terapéutico	2012-2016	Incidencia y prevalencia anual por edad, sexo y tipo de droga, primer y segundo diagnóstico y zona y sector de salud mental	Memoria DSM
4	Colaborar con la DSM para adecuar para adecuar el sistema de información que permita el análisis de los datos relacionados con nuevos patrones de consumos y perfiles sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos de la población en tratamiento por conductas adictivas que faciliten la evaluación del proceso terapéutico.	2012-2016	Adherencia al tratamiento (basado en el SISM). Nº de consultas paciente/año. Grado de multidisciplinariedad en la atención. Definición de criterios de calidad en la HCI	Memoria DSM
5	Apoyar el desarrollo de investigaciones que puedan facilitar la toma de decisiones en planificación. Se priorizarán, entre otras materias de estudio: la búsqueda de aquellos FR/FP más vinculados al uso de drogas, la identificación de perfiles de personas consumidoras, los policonsumos, respuestas terapéuticas según diagnósticos, caracterización del consumo de drogas en mujeres, evaluación de la prevención escolar, la familia como agente preventivo y terapéutico, el fracaso escolar como factor de riesgo, etc. La violencia de género y los abusos como factores de riesgo.	2012-2016	Nº de investigaciones y Nº de investigaciones incorporadas a la Web	Memoria PFD
6	Continuar con la serie "Encuesta navarra de juventud y salud".	2013-2016	Realización de la ENJS en 2012	Memoria PFD
7	Continuar colaborando en estudios realizados en Navarra por otras instituciones que tengan relación con los objetivos y líneas de actuación del II PFD.	2012-2016	Nº. de estudios con los que se colabora	Memoria PFD

ANEXO 3 – INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN FINAL

Indicadores sociales de contexto: elementos vinculados a la evolución del fenómeno

Indicadores de vulnerabilidad social en el ámbito económico-laboral

1. **Tasa de paro de larga duración desagregadas por sexos:** porcentaje de parados que llevan 1 año o más en búsqueda de empleo, sobre el total de la población activa. Fuente: Encuesta de Población Activa.
2. **Proporción de menores de edad que viven en hogares en los que todos los miembros están en par desagregadas por sexos o.** Fuente: Encuesta de Población Activa.
3. **Proporción de menores de 25 años que viven en hogares en los que todos los miembros están en paro.** Fuente: Encuesta de Población Activa.
4. **Tasa de paro por grupos de edad y sexo desagregadas por sexos.** Fuente: Encuesta de Población Activa.
5. **Tasa de paro según lugar de nacimiento desagregadas por sexos.** Fuente: Encuesta de Población Activa.

Indicadores de vulnerabilidad social en el ámbito educativo-formativo

1. **Personas que han abandonado la enseñanza prematuramente y no siguen ningún tipo de educación o formación desagregadas por sexos : proporción de personas de 18 a 24 años con nivel de formación alcanzado según la Clasificación Internacional de Niveles Educativos, códigos: 0, 1, 2, 31 ó 36 y que no cursan estudios o formación.** Fuente: Encuesta de Población Activa.
2. **Tasa de idoneidad desagregadas por sexos : proporción del alumnado en cada grupo de edad matriculado en el curso que teóricamente le corresponde.** Fuente: Estadísticas de enseñanza no universitaria.

Indicadores de consumo y de precios de las drogas

1. **Consumo medio por persona de bebidas alcohólicas y tabaco desagregadas por sexos: cantidad media consumida por persona. Desagregación por subgrupos de consumo a cinco dígitos.** Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares. Base 2006.
2. **Porcentaje de gasto familiar destinado a alcohol, tabaco y narcóticos.** Fuente. Encuesta de Presupuestos familiares. Base 2006.

3. **Relación entre el Índice de Precios al Consumo Total y el Índice de Precios al Consumo del grupo 'Bebidas alcohólicas y tabaco' (medias anuales).** Fuente: IPC.
4. **Porcentaje de gasto/persona/'salida o fiesta', destinado a sustancias tóxicas desagregadas por sexos.** Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud
5. **Precio drogas ilegales: Coste medio de las distintas sustancias en España.** Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
6. **Porcentaje de población que ha consumido medicamentos desagregadas por sexos. Porcentaje de personas que han consumido algún medicamento en las últimas 2 semanas.** Fuente: Encuesta Nacional de Salud.

Indicadores de control de la oferta

1. **Número de detenciones por familias de drogas.** Fuente: Ministerio de Interior. Delegación Provincial.
2. **Número de decomisos por familias de drogas.** Fuente: Ministerio de Interior. Delegación Provincial.
3. **Cantidades incautadas por familias de drogas.** Fuente: Ministerio de Interior. Delegación Provincial.
4. **Infracciones por tolerancia al consumo o tráfico en locales públicos desagregadas por sexos (art.23.i, L.O. 1/1992).** Fuente: Ministerio de Interior. Delegación Provincial.
5. **Infracciones por consumo público/tenencia ilícita desagregadas por sexos (art.25.1 L.O. 1/1992).** Fuente: Ministerio de Interior. Delegación Provincial.

Indicadores de jóvenes

1. **Población de 15 a 29 años que participa o ha participado en alguna asociación desagregadas por sexos.** Fuente: Encuesta Juventud en Navarra. Instituto Navarro de la juventud .
2. **Grado de apoyo sentido por la población de 14 a 29 años por las estructuras del entorno más próximo desagregadas por sexos.** Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.
3. **Porcentaje de jóvenes de 14 a 29 años que tienen conductas de riesgo al volante asociadas a consumos de Alcohol u otras sustancias desagregadas por sexos.** Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.

4. Porcentaje de jóvenes de 14 a 29 años que adoptan medidas de protección grupales en el binomio conducción-consumo de alcohol u otras sustancias desagregadas por sexos. Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud (P. 63. Categoría 1 sobre 1,2 y 3).
5. Porcentaje de población de 16 a 29 años, que no tiene empleo, no estudia y no busca trabajo desagregadas por sexos. Fuente: Encuesta de Población.
6. Porcentaje de población de 14 a 29 años que ha vendido drogas ilegales alguna vez en su vida desagregadas por sexos. Fuente: Encuesta Navarra de Salud y Juventud.

Indicadores ligados a la evolución del consumo

1. Porcentaje de población que fuma diariamente desagregadas por sexos . Porcentaje de mayores de 15 años que fuman diariamente, según sexo. Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de la Población Navarra.
2. Porcentaje de hombres 15 o más años que consumen más de 40 gr./día de alcohol desagregadas por sexos. Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de la Población Navarra y Encuesta Nacional de Salud.
3. Porcentaje de mujeres mayores de 15 años que consumen más de 30 gr./día. Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de la Población Navarra y Encuesta Nacional de Salud.
4. Porcentaje de población que ha consumido hipnosedantes desagregadas por sexos . Porcentaje de personas que han consumido medicamentos hipnosedantes en las últimas 2 semanas. Fuente: Encuesta Nacional de Salud.
5. Porcentaje de población de 15 o más años que han consumido sustancias ilegales en los últimos 30 días, según sexo desagregadas por sexos. Fuente: EDADES.
6. Edad media al inicio en el consumo de sustancias: alcohol, tabaco, cannabis, etc, por sexo entre la población que tiene de 14 a 29 años. Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.
7. Porcentaje de población de 14 a 29 años que consume tabaco diariamente por sexo. Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.
8. Porcentaje de población de 14 a 29 años que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días durante los fines de semana desagregadas por sexos. Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.
9. Porcentaje de población de 14 a 29 años que afirma haberse emborrachado en el último mes, por sexo. Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.

10. **Porcentaje de población de 14 a 29 años clasificada por intensidad del consumo de alcohol en fin de semana, según sexo. La Clasificación utilizada es la de la Dirección General de Salud Pública (Ministerio de Sanidad y Consumo). Consumos referidos al fin de semana (viernes a domingo). Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.**
11. **Porcentaje de población de 14 a 29 años que ha realizado consumo de ‘binge- drinking’ en el último mes, según sexo. El concepto de binge-drinking responde al consumo de al menos 4 Unidades Bebida Estándar en un intervalo aproximado de 2 horas en el caso de las mujeres y 5 UBE’s en el mismo tiempo para los hombres. Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.**
12. **Población de 14 a 29 años clasificada en función de la frecuencia de consumo de cannabis en el último mes, por sexo. Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.**
13. **Población de 14 a 29 años clasificada en función de la frecuencia de consumo de otras sustancias ilegales en el último mes, por sexo (cocaína, Speed y, anfetaminas...). Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.**
14. **Riesgo percibido con relación al Beneficio en el consumo de sustancias, según experiencia de consumo. Población de 14 a 29 años desagregadas por sexos. Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud.**

Indicadores ligados a las repercusiones en la salud (morbi-mortalidad)

1. **Nº de nuevas infecciones de VIH en usuarios de drogas por vía parental, por sexo. Fuente: Instituto de Salud Pública de Navarra. Servicio de epidemiología, prevención y promoción de la Salud.**
2. **Porcentaje de usuarios de drogas por vía parenteral. Nº Usuarios de drogas por vía parenteral en tratamiento en el sistema asistencial /total de consumidores en tratamiento desagregadas por sexos. Fuente: Dirección de Salud Mental. Sistema de Información de Salud Mental.**
3. **Porcentaje de muertes atribuibles al tabaco por sexo. Fuente: Instituto de Salud Pública de Navarra. Servicio de epidemiología, prevención y promoción de la Salud.**
4. **Porcentaje de muertes atribuibles al alcohol por sexo. Fuente: Instituto de Salud Pública de Navarra. Servicio de epidemiología, prevención y promoción de la Salud.**
5. **Tasa de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas, por sexo. Fuente: Memoria anual del PFD.**

6. **Porcentaje de conductores fallecidos en accidentes de circulación que han dado positivo en análisis toxicológicos a alcohol (superior a 0.3gr/l), drogas o medicamentos desagregadas por sexos. Fuente: Dirección General de Tráfico. Informe: Las principales cifras de la Siniestralidad vial.**

Indicadores ligados a las intervenciones sociales y/o sociosanitarias

1. **Porcentaje de población de 15 o más años exfumadora desagregadas por sexos. Población que ha dejado el hábito tabáquico con relación a la población que fuma actualmente y a la que ha abandonado el hábito. Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de la Población Navarra.**
2. **Porcentaje de población de 15 o más años con más de dos años de abandono del hábito de fumar, según sexo. Población que lleva 2 o más años con abandono del hábito de fumar, sobre el total de población que ha abandonado el hábito de fumar. Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de la Población Navarra.**
3. **Nº de nuevos pacientes en tratamiento por drogodependencias, según sexo. Fuente: Sistema de Información de Salud Mental. Dirección de Salud Mental.**
4. **Nº de altas terapéuticas de tratamiento de drogodependientes con relación al nº total de pacientes con diagnóstico de drogodependencias, según sexo. Fuente: Sistema de Información de Salud Mental. Dirección de Salud Mental.**
5. **Proporción de personas en programas terapéuticos alternativos a la pena de privación de libertad, según sexo. Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.**
6. **Proporción de toxicómanos atendidos por la Red de Servicios Sociales en programas de Inserción Social desagregadas por sexos. Fuente: SIUSS- DG. Asuntos Sociales y Cooperación al Desarrollo.**
7. **Proporción de población reclusa o exclusa, atendida por la Red de Servicios Sociales en recursos relacionados con atención a toxicomanías desagregadas por sexos. Fuente: SIUSS- DG. Asuntos Sociales y Cooperación al Desarrollo.**

SIGLAS

APYMA	Asociación de Padres Y Madres
APS	Atención Primaria de Salud
AASS	Asuntos Sociales
CAM	Centro de Atención a la Mujer
CC AA	Comunidades Autónomas
CC TT	Comunidades Terapéuticas
CD	Centro de Día
CF	Comunidad Foral
CSM	Centros de Salud Mental
COAN	Consejo Audiovisual de Navarra
DAP	Dirección de Atención Primaria
DGAS y CD	Dirección General de Acción Social y Cooperación al Desarrollo
DGF I y C	Dirección General de Familia Infancia y Consumo
DGI	Dirección General de Interior
DGJ	Dirección General de Justicia
DSM	Dirección de Salud Mental
DT del PFD	Dirección Técnica del Plan Foral de Drogodependencias
EAP	Equipo de Atención Primaria.
EE LL	Entidades Locales
EE SS	Entidades Sociales
E de P	Estrategia de Prevención
ENJS	Encuesta Navarra de Juventud y Salud
FNMC	Federación Navarra de Municipios y Concejos
FP	Factor de Protección FFPP: Factores de Protección
FR	Factor de Riesgo FFRR Factores de Riesgo
GAD	Grupo de Atención a Drogodependientes

HCI	Historia Clínica Informatizada
II PP	Instituciones Penitenciarias
INI	Instituto Navarro para la Igualdad
INJ	Instituto Navarro de la Juventud
INSL	Instituto Navarra de Salud Laboral
ISP	Instituto de Salud Pública
LO	Ley Orgánica
MM CC	Medios de Comunicación
Nor	Normalización
OMI	
OMS	Organización Mundial de la Salud
PFD	Plan Foral de Drogodependencias
PI	Prevención Indicada
PMD	Programa Municipal de Drogodependencias
PMM	Programa de Mantenimiento de Metadona
PNSD	Plan Nacional Sobre Drogas
PS	Prevención Selectiva
PU	Prevención Universal
SIUSS	Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales
SISM	Sistema de Información de Salud Mental
SNS/O	Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea
SS SS	Servicios Sociales
SSP	Servicio Social Penitenciario
TIS	Tarjeta Individual Sanitaria
UHP	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
UN	Universidad de Navarra
UPNA	Universidad Pública de Navarra