

# VII Plan de ADICCIÓNES

Euskadi 2017-2021

“Arriskuei aurre eginez,  
osasuna eraikiz”

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2017

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red  
Bibliotekak del Gobierno Vasco:

<http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>

**Edición:**

1.<sup>a</sup>, junio 2017

**Tirada:**

60 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Salud

**Internet:**

[www.euskadi.eus](http://www.euskadi.eus)

**Edita:**

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
C/ Donostia-San Sebastián, 1  
01010 Vitoria-Gasteiz

**Diseño:**

Begoña Paino Ortuzar

**Impresión:**

**Depósito Legal:**



# Presentación

Entre las múltiples tareas que, como instrumentos al servicio de las personas, corresponden a las instituciones, resultan especialmente gratificantes aquellas directamente relacionadas con la salvaguarda de los derechos universales. El cuidado y la construcción de la salud, eje fundamental del bienestar individual y colectivo de las personas, es una de ellas y, desde luego, también la razón de ser del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

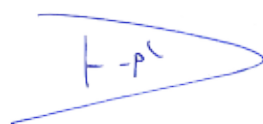
Desde esa convicción, la promoción de valores, hábitos y estilos de vida saludables; la prevención; la reducción de riesgos; y la atención a personas con adicciones; constituyen una línea de trabajo asentada desde hace muchos años en la acción de las administraciones vascas. La primera piedra sobre la que se han ido erigiendo los sucesivos planes de drogodependencias fue sin duda el Plan de actuación en el ámbito de las Drogodependencias aprobado en el año 1982. Desde entonces, Ayuntamientos, Diputaciones Forales y Gobierno Vasco, a través de sus respectivos y consecutivos planes, programas y actuaciones en esta materia, han avanzado en el cuidado y la construcción de la salud individual y colectiva de la sociedad vasca. Y es de justicia subrayar que lo han hecho gracias también a la ejemplar labor desempeñada en todo este tiempo por numerosas entidades vascas dedicadas en cuerpo y alma a la prevención y asistencia a personas afectadas por las drogodependencias.

La aprobación en 2016 de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, supuso un hito trascendental en esta andadura conjunta. Tuvimos entonces ocasión de revisar y adaptar nuestra normativa a las realidades actuales, con el fin de seguir dando una respuesta adecuada y efectiva al fenómeno de las adicciones y a los problemas que éstas generan en tantas y tantas personas. Y lo hicimos desde el enfoque de la salud pública, con una visión integral de las adicciones y sustentándonos en el paradigma de Salud en Todas las Políticas, es decir, apostando por la acción intersectorial efectiva y sostenible en todos y cada uno de los niveles de la administración.

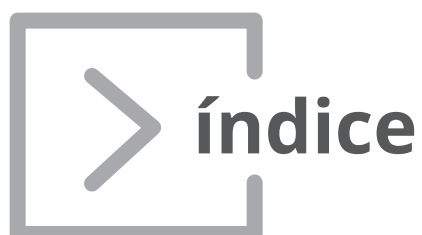
El VII Plan de Adicciones de Euskadi supone ahora un claro y firme paso adelante. Su objetivo: planificar, ordenar y coordinar los programas e intervenciones de promoción de la salud; prevención; reducción de la oferta; asistencia; e inclusión social de las personas afectadas por las adicciones. Siempre en coordinación con otros planes y estrategias del conjunto de las administraciones públicas vascas. Y con el propósito de actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, en general; no solo mediante medidas de atención individual, sino

también a través de acciones orientadas a crear entornos saludables y a influir en factores más estructurales de orden social, económico y político.

Al mismo tiempo, los cinco grandes apartados en los que se estructura el plan, además de proporcionar una visión global de la situación de las adicciones en Euskadi, permiten hacer hincapié en los conceptos y principios que enmarcan nuestra acción en este ámbito; delimitan los ejes prioritarios, objetivos y líneas de acción que conforman el núcleo del plan; y explican el mecanismo para su implantación y seguimiento. Disponemos, por tanto, una hoja de ruta nítidamente definida para los próximos años. Ahora nos toca, a todos y a todas, continuar avanzando. "Arriskuei aurre eginez, Osasuna eraikiz".

A handwritten signature in blue ink, consisting of the letters 'J-D-S' inside a stylized, elongated shape that resembles a triangle or a pointed oval.

**Jon Darpón Sierra**  
*Consejero de Salud*



# 1

## INTRODUCCIÓN

<b>1.1. Mandato y contexto institucional.....</b>	<b>13</b>
a) Hitos en los últimos 30 años.....	14
b) El VI Plan de Adicciones 2011-2015.....	15
c) Contexto normativo.....	16
d) Instrumentos de coordinación.....	17
e) Alineación con otros planes, estrategias y programas.....	17
<b>1.2. Proceso de elaboración.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3. Estructura del Plan.....</b>	<b>21</b>

---

# 2

## MARCO CONCEPTUAL Y PRINCIPIOS DEL VII PLAN

<b>2.1. Introducción al marco conceptual.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2. Principios del VII Plan.....</b>	<b>26</b>
a) Enfoque de salud pública y Salud en Todas las Políticas.....	26
b) Visión integral de las adicciones.....	26
c) Adicciones con sustancias, comportamentales y nuevas problemáticas.....	27
d) Intervención a tres niveles: persona, entorno social y comunitario, y contexto socioeconómico y político.....	28
e) Universalidad, solidaridad y equidad. Universalismo proporcional...29	29
f) Sostenibilidad.....	29

---

# 3

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA EN EUSKADI

### 3.1. Resumen del análisis de la situación de partida en Euskadi .. 33

- a) Evolución de la demanda y el consumo ..... 33
- b) Claves en la evolución de la oferta ..... 37
- c) Asistencia y tratamiento ..... 39
- d) Evolución de los recursos disponibles ..... 40

### 3.2. Conclusiones del análisis de la situación de partida ..... 42

- a) Principales logros y áreas de mejora ..... 42
  - b) Retos de futuro ..... 43
- 

# 4

## PRIORIDADES DEL PLAN DE ADICCIONES: OBJETIVOS, EJES Y ACCIONES

### 4.1. Objetivos y ejes prioritarios ..... 47

### 4.2. Estructura del Plan ..... 49

- EJE 1: Prevención de las adicciones y promoción de la salud ..... 50
  - EJE 2: Reducción de la oferta ..... 52
  - EJE 3: Asistencia sanitaria y sociosanitaria e inclusión social ..... 53
  - EJE 4: Gestión del conocimiento, formación y evaluación ..... 54
  - EJE 5: Liderazgo y coordinación ..... 55
- 

# 5

## SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL VII PLAN

### 5.1. Seguimiento y evaluación ..... 59

- a) Introducción ..... 59
  - b) Indicadores para la evaluación del VII Plan de Adicciones ..... 59
  - c) Modelo de gestión y coordinación del Plan ..... 63
-

# 6

## ANEXOS

6.1. Referencias y glosario .....	67
6.2. Relación de organismos y entidades participantes.....	72
6.3. Marco normativo e institucional .....	74
6.4. Evaluación del VI Plan de Adicciones.....	81
6.5. Análisis de la situación de partida.....	103
6.6. Contexto internacional.....	111
6.7. Previsión de recursos económicos.....	114

---





1



**INTRODUCCIÓN**





## 1.1. MANDATO Y CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Plan de Adicciones es el instrumento de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de las administraciones públicas vascas en esta materia, tal y como lo determina la Ley 1/2016 de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.

Dicha norma recoge en su artículo 70 que *“el Gobierno Vasco, a propuesta del Departamento competente en materia de adicciones, aprobará y remitirá al Parlamento Vasco (...) un Plan de Adicciones de Euskadi, con carácter quinquenal que, de conformidad con los objetivos y criterios inspiradores de esta Ley y vinculado con el Plan de Salud, será el instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de todas las administraciones públicas vascas durante su período de vigencia”*.

El Plan de Adicciones recoge los programas y las intervenciones de promoción de la salud, prevención, reducción de la oferta, asistencia e inclusión social de las personas afectadas, en coordinación con otros planes y estrategias de las administraciones públicas vascas y con un abordaje multidisciplinar e integral.

La elaboración de este VII Plan de Adicciones ha sido coordinada por el Departamento de Salud. Es relevante que la materia correspondiente al consumo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva reciba el enfoque de los principios y estrategias que rigen el trabajo de la Administración de Salud. Y es relevante por la integración del fenómeno de las adicciones en el entramado de las intervenciones de salud, sobre todo, de los objetivos estratégicos de promoción de la salud y de prevención de las adicciones.

También es relevante por la inclusión del Plan de Salud, instrumento superior de planificación y de programación del sistema de salud, como referente al que orientar las iniciativas contenidas en este documento. En palabras del Lehendakari, el Plan de Salud recoge los compromisos adquiridos por las administraciones de Euskadi y es la herramienta fundamental para mejorar la salud de la ciudadanía vasca, seguir aumentando su calidad de vida y reducir las desigualdades.

Además de en la mencionada Ley de Atención Integral de adicciones y Drogodependencias, este Plan de Adicciones encuentra soporte en la Ley de Ordenación Sanitaria, herramienta básica en el plano normativo no solo en el terreno asistencial sino, sobre todo, en el campo de la promoción de la salud y la prevención. Esto último se basa en lo establecido en el artículo 2: *“corresponde a todos los poderes públicos vascos la misión preferente de promocionar y reforzar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socio-económica. Compete al Gobierno Vasco presentar este marco institucional de la salud en Euskadi, adoptando las medidas que estime oportunas para velar por su consideración en todas las políticas sectoriales”*.

El presente Plan se alinea con otros planes e iniciativas de las administraciones públicas vascas, prioritariamente con:

- Programa Menores y Alcohol
- Estrategia Euskadi Libre del Humo de Tabaco
- Plan Joven de Euskadi 2020
- VI Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres de Euskadi
- III Plan Vasco de Inclusión Activa
- IV Plan de Justicia Juvenil 2014-2018
- III Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias de la CAPV 2011-2015
- Estrategia Nacional de Drogas 2009-2016
- Planes estratégicos de las Diputaciones Forales
- Planes y programas de los municipios Vascos

De igual modo, según la Ley 1/2016 de 7 de abril de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, el Gobierno Vasco remitirá al Parlamento Vasco un informe anual de cumplimiento del Plan de Adicciones, así como una memoria de evaluación final una vez concluido el período de vigencia del mismo.

## A) HITOS EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS

Euskadi dispone de una larga trayectoria en el abordaje de las adicciones y drogodependencias. Las primeras iniciativas se pusieron en marcha en los 80 para dar respuesta a la entonces emergente problemática del consumo de drogas.

Desde entonces y durante tres décadas, el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos, en coordinación con otras instituciones, entidades y organizaciones, han ido desarrollando la planificación y la normativa en este ámbito, dando respuesta a nuevas realidades. Además se han establecido diferentes estructuras y foros formales para reforzar la coordinación en esta materia, de por sí compleja, por parte de las instituciones, departamentos, agentes y diferentes niveles administrativos implicados.

Desde 1982, con la presentación del primer *“Plan de actuación en el ámbito de las Drogodependencias”* y a partir de 1987, se han desarrollado un total de seis planes de drogodependencias o adicciones de la CAPV, además de numerosos planes locales y forales.

Además, el área competente en materia de adicciones ha pasado a formar parte del Departamento de Salud, siguiendo la tendencia de otros gobiernos a nivel internacional de ejercer el liderazgo en temas de adicciones departamentos relacionados con la Sanidad y la Salud Pública, integrándose finalmente en la X Legislatura bajo la Dirección de Salud Pública y Adicciones.

## B) EL VI PLAN DE ADICCIONES 2011-2015

El VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco fue elaborado a lo largo de 2011, y aprobado por el Parlamento Vasco el 4 de abril de 2012. Está estructurado de la siguiente manera:

LÍNEA	META	PROGRAMAS
<b>CONTROL DE LA OFERTA</b>	Reducir la oferta de drogas y de actividades capaces de generar adicciones (juegos de azar, etc.) a través de su regulación y controlar el tráfico ilegal de drogas, haciendo cumplir la normativa existente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de comercio ilícito de drogas.</li> <li>2. Regulación y control de las actividades realizadas en torno a las actividades con drogas legales.</li> <li>3. Seguimiento de la regulación actual sobre actividades susceptibles de crear adicciones, en especial las que provienen de los juegos de azar.</li> </ol>
<b>PREVENCIÓN UNIVERSAL</b>	Potenciación de los factores de protección y fomento de actitudes y hábitos saludables para evitar los comportamientos adictivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Prevención universal en el ámbito escolar.</li> <li>5. Prevención universal en el ámbito familiar.</li> <li>6. Prevención universal en el ámbito laboral.</li> <li>7. Prevención universal en el ámbito comunitario.</li> </ol>
<b>PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA</b>	Garantizar como un derecho la prevención adaptada a las necesidades de las personas y colectivos vulnerables	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Prevención selectiva en el ámbito escolar.</li> <li>9. Prevención selectiva en el ámbito familiar.</li> <li>10. Prevención selectiva en el ámbito festivo y del ocio.</li> <li>11. Prevención selectiva en el ámbito comunitario.</li> <li>12. Prevención indicada con adolescentes y jóvenes altamente vulnerables y sus familias.</li> </ol>
<b>ASISTENCIA TERAPÉUTICA</b>	Adecuación de la red asistencial de la CAPV para dar respuesta a todas las necesidades asistenciales que plantee el fenómeno de las drogodependencias, ya sean devenidas del pasado o de reciente aparición	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Mejora y consolidación de los recursos y programas terapéuticos eficaces.</li> <li>14. Complementación del abordaje terapéutico.</li> <li>15. Atención a personas drogodependientes bajo medidas penales.</li> </ol>
<b>PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL</b>	Potenciar una estructura continuada de recursos que permitan atender desde la reducción de riesgos y la mitigación de daños a las personas adictas en alta exclusión, hasta la incorporación social de las personas que hayan tenido o tengan problemas de adicción	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Accesibilidad a los recursos sanitarios de las personas adictas y en riesgo de exclusión.</li> <li>17. Cobertura de necesidades básicas para personas con problemas de adicción en alta exclusión social.</li> <li>18. Medidas básicas de inclusión para personas adictas con consumos activos.</li> <li>19. Medidas a favor de los procesos de incorporación social.</li> <li>20. Intervención con personas drogodependientes bajo medidas penales.</li> </ol>
<b>COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES</b>	Incremento de la eficacia y eficiencia de los equipos profesionales de entidades públicas y de la iniciativa social, a través de la mejora de los soportes técnicos necesarios para el desarrollo de su labor	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. Coordinación de recursos e intervenciones.</li> <li>22. Investigación epidemiológica y básica en adicciones.</li> <li>23. Divulgación del conocimiento en adicciones.</li> <li>24. Formación de profesionales.</li> <li>25. Promoción de la intervención planificada: diseño, programación y evaluación.</li> </ol>

De la evaluación del VI Plan de Adicciones de la CAPV, se extraen las siguientes conclusiones principales:

- El trabajo en prevención de las adicciones y promoción de la salud constituye una de las principales herramientas para consolidar hábitos saludables y reducir los consumos y conductas de riesgo.

- Se ha reducido la incidencia del tabaquismo, por los importantes esfuerzos realizados en este ámbito, aunque es fundamental seguir trabajando y no bajar la guardia, para evitar dar pasos atrás.
- Sigue siendo preocupante el consumo intensivo de alcohol, muy especialmente el cambio de patrones entre las personas más jóvenes.
- A pesar de su reducción general, los consumos en Euskadi siguen a la cabeza de Europa, especialmente en el caso del alcohol, tabaco o cannabis, y se constata una baja percepción del riesgo, sobre todo en el caso del alcohol y del cannabis.
- Ante el ritmo acelerado con que nuevas sustancias ilegales irrumpen en el mercado, es preciso incidir en la vigilancia sobre su posible toxicidad.
- Asistimos a una emergencia de nuevas conductas y patrones asociados a las tecnologías digitales, también en lo relativo al juego, que apuntan a una necesidad de reforzar la prevención en este campo.

*Para mayor detalle sobre la evaluación del VI Plan, consultar anexo correspondiente.*

### **C) CONTEXTO NORMATIVO**

La nueva Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias establece un nuevo e importante hito en el abordaje de esta materia, dado que pretende contribuir a proteger la salud de las personas, velando de forma especial por los y las menores de edad y por los colectivos más vulnerables.

Algunas de las novedades de la nueva Ley son:

- El abordaje multidisciplinar e integral de las adicciones. El modelo de prevención y atención contemplado por la Ley se basa en un enfoque de salud pública y salud en todas las políticas.
- Contempla la promoción de la salud, aborda la prevención de forma separada a la reducción de la oferta e incluye la educación para la salud como pilar fundamental en la prevención. Se trata en definitiva de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo.
- Ahonda en el reconocimiento de la libertad personal y apela a la responsabilidad de personas consumidoras y usuarias. Resulta especialmente novedoso el reconocimiento de los derechos y el establecimiento de deberes y obligaciones de las personas consumidoras. Como manifestación de esta libertad, recoge la existencia de entidades legalmente registradas y sin ánimo de lucro, constituidas por personas mayores de edad consumidoras de cannabis.
- El endurecimiento de las medidas relacionadas con el control de la venta y consumo de alcohol, la prohibición del consumo de esta sustancia por parte de los y las menores de edad y la equiparación de la regulación de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina al tabaco, sujetos por tanto a iguales restricciones.
- La incorporación a la normativa de las adicciones comportamentales a efectos de prevención, asistencia, inclusión social y reducción de oferta; concretamente, la Ley incluye el juego patológico y las conductas excesivas en el uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones que, si bien aún no han sido reconocidas por la comunidad internacional como trastornos adictivos, existe la posibilidad de que

puedan ser incluidas en futuras versiones de las clasificaciones nosológicas. Más allá de estos trastornos conductuales, y por principio de cautela, se extienden las iniciativas en promoción de la salud y prevención a otras conductas excesivas que en la actualidad no han sido conceptualizadas como adicciones comportamentales.

## D) INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN

Las actuaciones en torno a las adicciones constituyen una materia muy transversal, en la que confluyen además de la salud, otros ámbitos como educación, cultura, juventud y deporte, inclusión social, política comunitaria, salud laboral, vivienda, medio ambiente, seguridad, administración de justicia, instituciones penitenciarias, publicidad y medios de comunicación.

El reparto competencial de los diferentes niveles administrativos implicados y el abordaje multidisciplinar e interinstitucional que requiere el ámbito de las adicciones, hace determinante la coordinación eficaz entre los diferentes agentes y las intervenciones desarrolladas por cada uno de ellos.

La nueva Ley recoge asimismo la existencia de dos foros específicos para la coordinación de las políticas en materia de adicciones en la Comunidad Autónoma de Euskadi:

- La **Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones**. Su creación implica la desaparición de la Comisión Interdepartamental (integrada únicamente por departamentos del Gobierno Vasco) y la incorporación a este foro de ayuntamientos y diputaciones forales, junto con el Ejecutivo.
- El **Consejo Vasco sobre Adicciones**, de carácter consultivo y asesor, en el que se ha introducido la representación de asociaciones de personas consumidoras de drogas y de personas con ludopatías y adicciones comportamentales, de medios de comunicación, etc.

La composición de ambos instrumentos de coordinación deberá ser paritaria, de acuerdo con la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres, así como contar con personas expertas en género.

Asimismo, la norma deja abierta la puerta a la creación de otros órganos de coordinación y participación social en los ámbitos foral y local.

## E) ALINEACIÓN CON OTROS PLANES, ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS

Por otro lado, y dada la diversidad y heterogeneidad de instituciones y agentes implicados en el ámbito de las adicciones, es preciso resaltar en este punto la existencia de numerosos planes, estrategias y programas en marcha, iniciativas de las diferentes instituciones que constituyen elementos a considerar en el contexto en el que se enmarca el presente Plan.

### Plan de Salud 2013 - 2020

El VII Plan de Adicciones se alinea con los objetivos del Plan de Salud 2013-2020. En concreto, en el área prioritaria 5 (Entornos y conductas saludables) se recoge en el objetivo de Adicciones: prevenir conductas adictivas (alcohol, tabaco, otras sustancias, adicciones sin sustancia), reducir y retardar el inicio del consumo de tabaco y alcohol y otras sustancias, así como minimizar el daño derivado de las adicciones.

Para la consecución de tales fines, contiene las siguientes acciones:

- Retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias.
- Disminuir la presencia y las ofertas de tabaco, alcohol y otras sustancias que causan adicción.
- Afianzar los programas de prevención universal, así como los orientados a colectivos de especial vulnerabilidad, priorizando los ámbitos escolar, familiar y comunitario.
- Promocionar estilos de vida, hábitos y valores saludables y pro-sociales, desde la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector.
- Consolidar la estrategia de reducción de riesgos y daños.
- Avanzar en la estrategia “Euskadi libre de humo de tabaco”.
- Desarrollar intervenciones para disminuir los consumos de riesgo de alcohol.
- Impulsar el abordaje de las adicciones sin sustancia en sus dimensiones de prevención y tratamiento.
- Revisar y actualizar la normativa reguladora de las adicciones.

### Otros planes y programas

El presente plan se coordina, además, con otros planes y estrategias de las distintas administraciones públicas vascas con los que pueda tener relación.

- El **Programa Menores y Alcohol**, que, entre otros, establece como objetivos intensificar la acción institucional ante el consumo de alcohol por parte de los y las menores, disminuir la cifra de menores que comienzan a consumir alcohol y retrasar la edad de inicio; reducir los consumos excesivos y de riesgo; incrementar la participación de los y las jóvenes en políticas relacionadas con su salud; y reducir las presiones para beber en la gente joven, especialmente las promociones, patrocinio y disponibilidad de alcohol.
- **La Estrategia Euskadi Libre de Humo de Tabaco, basada en la estrategia MPOWER de la OMS y diseñada para reducir la prevalencia** del consumo de tabaco; su objetivo se centra en el fortalecimiento del sistema sanitario de Euskadi para que, entre sus actuaciones de promoción y prevención de la salud, incida en la prevención del tabaquismo y en la ayuda a la persona fumadora para el abandono del tabaco.
- El **III Plan de Inclusión Activa**, que contempla como objetivo estratégico fomentar la inclusión, para favorecer la integración, la autonomía y el bienestar de todas las personas, mediante el desarrollo de sus funciones promotora, preventiva, protectora y asistencial, y a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional, reforzando sus servicios en las situaciones de vulnerabilidad, riesgo y/o exclusión social.
- El **VI Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV**, que contempla la reducción de conductas de riesgo y del consumo de sustancias potencialmente peligrosas para la salud (alcohol, tabaco, drogas, hipnosedantes y barbitúricos) como



objetivo operativo del Eje Cambio de Valores y Empoderamiento de las Mujeres. A su vez, se subraya la importancia de modificar el estereotipo social que vincula consumo de alcohol y drogas con violencia de género.

- El **IV Plan de Justicia Juvenil 2014-2018**, por su parte, contempla como objetivos para el Departamento de Salud:
  - Garantizar el acceso y la atención sanitaria a todas las personas menores de edad que cumplen una medida judicial;
  - Intervenir preventivamente desde el ámbito sanitario, especialmente en salud mental, consumos problemáticos y relaciones sexuales de riesgo.
  - Adecuar los recursos ordinarios de salud a las necesidades de atención a las personas menores de edad que cumplen una medida judicial, con problemas de salud mental, adicciones y situaciones de exclusión social.
- El **III Plan Joven de Euskadi 2020**, en el área de Salud, y desde una concepción integral y multidimensional de la salud, plantea la necesidad de romper el binomio tiempo de ocio y consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; orientar el trabajo de prevención y sensibilización de manera especial hacia los colectivos que presentan más riesgo de adicción; trabajar para retrasar la edad de inicio en el consumo de tales sustancias, y poner en marcha líneas de trabajo para el aprendizaje de usos y consumos responsables en diferentes ámbitos relacionados con adicciones no tóxicas o socioadicciones. Asimismo, como líneas estratégicas incluye reforzar las medidas orientadas a la reducción del consumo de alcohol y de nuevas sustancias. En el Área de Ocio, señala la línea de intervención de fomento entre las y los jóvenes del ocio participativo y alternativo
- Finalmente, el **III Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2011-2015** contiene como acciones:
  - Desarrollo de recursos destinados a la prevención con adolescentes altamente vulnerables (con graves problemas de conducta, de salud mental, con consumo frecuente de drogas aún sin adicción) y sus familias.
  - Promoción de recursos personalizados y grupales de información, orientación e intervención psicológica y socioeducativa para familias con hijos e hijas con comportamientos de riesgo ante el uso de drogas y el juego en coordinación con los servicios municipales y forales.
  - Desarrollo de una línea de sensibilización e información familiar con mensajes homogéneos relacionados con la promoción de la salud mental y la prevención del consumo de drogas, y la implicación de padres y madres en la educación de hijos e hijas.

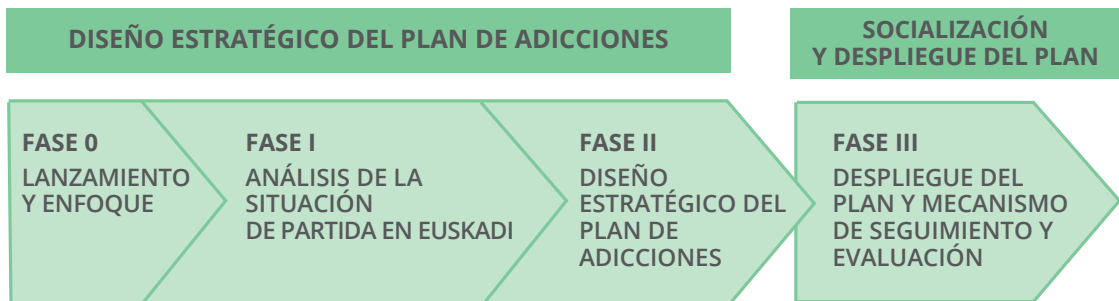
Cabe señalar, por otra parte, que existen planes estratégicos forales en diferentes materias (igualdad, juventud y deporte, acción social, etc.), así como planes y programas municipales de adicciones, consumo responsable, de prevención dirigida a escolares vulnerables, de deporte y juventud, etc., todos los cuales confluyen igualmente con el Plan de Adicciones y otros planes que buscan incidir en una mejor salud y bienestar de la ciudadanía.



## 1.2. PROCESO DE ELABORACIÓN

El presente plan se ha elaborado sobre la base de una metodología participativa. A continuación se detallan las tareas realizadas y los foros de participación abiertos a largo del proceso:

### FASES DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL VII PLAN DE ADICCIONES



#### CONTENIDO Y TAREAS EN CADA FASE

##### FASE I:

- Realización de entrevistas en profundidad
- Análisis (cuantitativo y cualitativo) de la situación actual de la adicciones en la CAPV
- Análisis de otras experiencias en materia de adicciones que sirvan de referencia
- Identificación y contraste de retos y áreas de interés

##### FASE II:

- Celebración de talleres de trabajo (para el contraste del diagnóstico e identificación de prioridades)
- Definición de ejes/ áreas prioritarias para el VII Plan
- Definición de los Objetivos Estratégicos
- Identificación de principales actuaciones

##### FASE III:

- Socialización y contraste del Diseño Estratégico (taller basado en la metodología World Café - WOCA)
- Concreción de acciones
- Diseño del cronograma y propuesta de despliegue
- Concreción del mecanismo y estructura de seguimiento y evaluación
- Documento Final del VII Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2016 - 2020

#### INPUTS Y FOROS DE PARTICIPACIÓN A LO LARGO DEL PROCESO

19 entrevistas en profundidad a personas de referencia, de diferente origen y con puntos de vista complementarios en materia de adicciones.

4 talleres de trabajo celebrados, con la participación de 40 personas en total.

Celebración de un WOCA para el contraste de los ejes y líneas de actuación definidas, con la participación de un total de 56 personas.

Contrastes periódicos con la Dirección de Salud Pública y Adicciones.

Entidades y organizaciones participantes:

- Diferentes direcciones de los Dptos. de Salud, Empleo y Políticas Sociales, Educación Política Lingüística y Cultura y Seguridad del Gobierno Vasco
- Red de Salud Mental y Osakidetza
- Diputaciones Forales
- Personal técnico de Ayuntamientos
- Agentes del sector del conocimiento
- Una amplia gama de entidades del tercer sector especializadas en el materia de adicciones

*Para conocer el listado de la relación de organizaciones participantes consultar anexo correspondiente.*



## 1.3. ESTRUCTURA DEL PLAN

El VII Plan de Adicciones se estructura en cinco apartados:

- **Capítulo 2. Marco conceptual y principios.** Establece los principios sobre los que se fundamenta el VII Plan de Adicciones, entre los que se desarrollan los conceptos que sirven como marco para el desarrollo del presente plan, sus objetivos y acciones.
- **Capítulo 3. Análisis de la situación de partida en Euskadi,** que proporciona una visión general de la situación actual de las adicciones en la CAPV, desde el punto de vista de la evolución en el consumo de sustancias, las tendencias en la evolución de la oferta, de la red de recursos disponibles y su uso, con el fin de identificar las principales claves, tendencias y dinámicas actuales esta materia.
- **Capítulo 4. Áreas prioritarias.** Recoge los objetivos detallados por cada una de las áreas priorizadas, así como una serie de objetivos y líneas de actuación en cada uno de los ámbitos. En este VII Plan, se han definido 5 áreas prioritarias con sus objetivos estratégicos, que se desglosan en un total de 16 objetivos específicos y 49 líneas de acción.
- **Capítulo 5. Mecanismo de implantación y seguimiento,** que recoge el cuadro de indicadores, la estructura organizativa y los recursos asignados al presente plan, cuyo objetivo es facilitar su seguimiento, implantación y evaluación.
- **Anexos.** Complementan el documento principal del plan, detallando y aportando información complementaria sobre muchos de los temas que se recogen en los puntos anteriores.



2



**MARCO CONCEPTUAL  
Y PRINCIPIOS DEL  
VII PLAN**

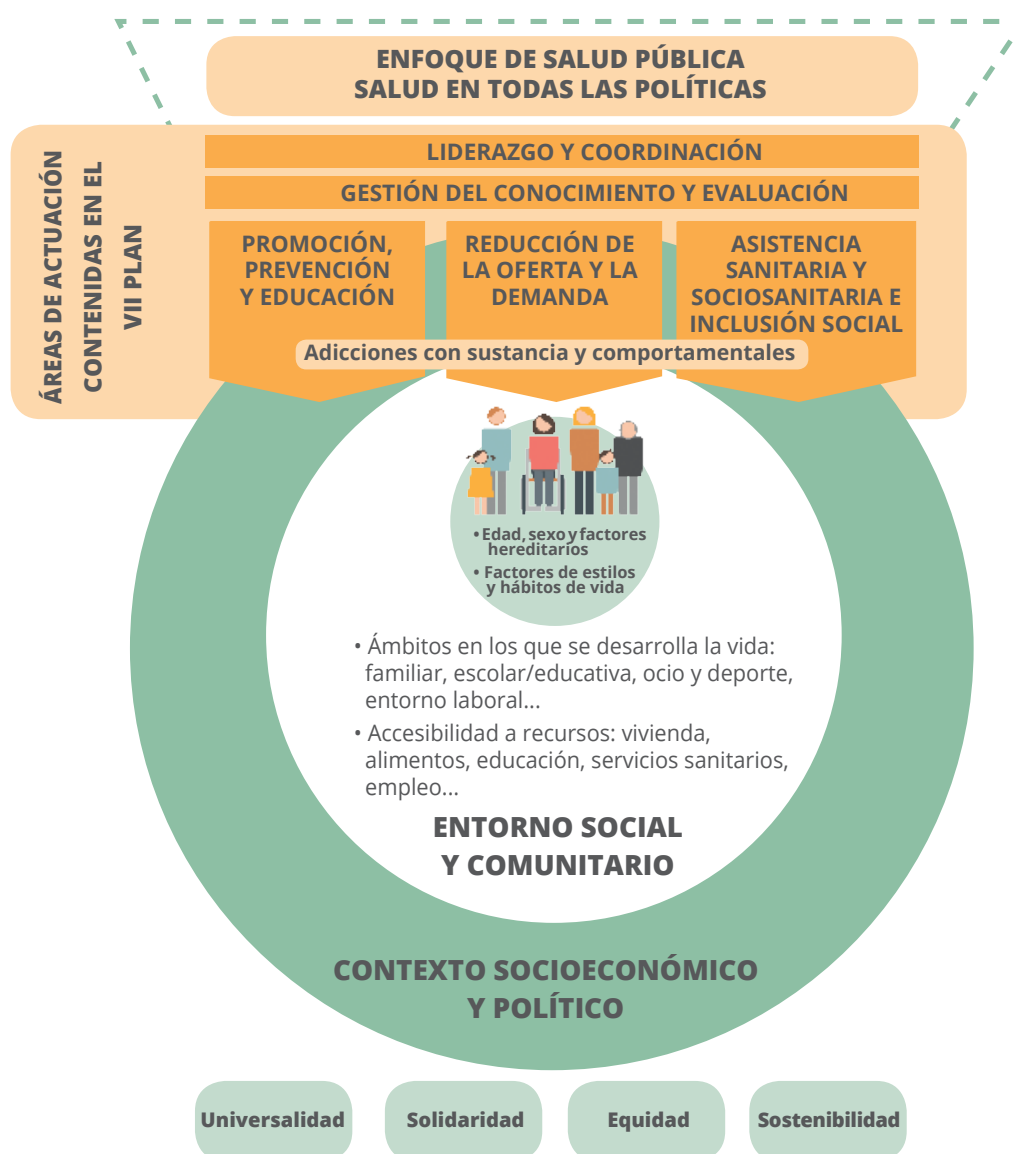


## 2.1. INTRODUCCIÓN AL MARCO CONCEPTUAL

Las adicciones son un fenómeno social complejo, debido a la interacción de elementos que convergen en sus causas y en su proceso de desarrollo, y debido a la variedad de ámbitos y áreas que pueden verse afectados.

Las adicciones son además cambiantes y adquieren vertientes diferentes en el tiempo, en función de la sensibilidad social, de la aparición de nuevas sustancias y conductas, de nuevos patrones y nuevos contextos de consumo, de la población afectada y de sus consecuencias sociales.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el siguiente gráfico recoge la visión del marco conceptual que constituye la base del presente Plan.



En las próximas páginas se describen con mayor detalle los diferentes elementos y áreas contenidos en el gráfico.



## 2.2. PRINCIPIOS DEL VII PLAN

### A) ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

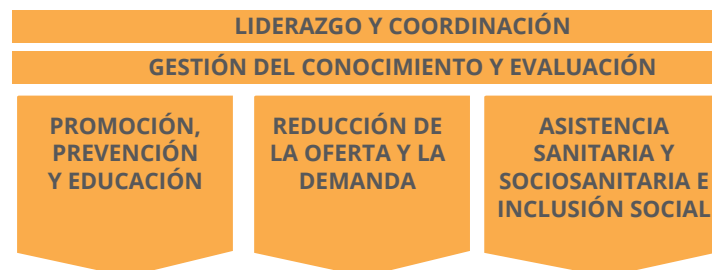
#### ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Las adicciones son un problema de salud pública cuyo abordaje requiere la concurrencia del compromiso y de la responsabilidad social. Como cuestión de salud pública, las actuaciones en el ámbito de las adicciones están alineadas con las contenidas en el Plan de Salud 2013-2020.

Asimismo, asumen el paradigma de Salud en Todas las Políticas, que se basa en la acción intersectorial efectiva y sostenible en todos los niveles de la administración, para producir políticas sectoriales que contribuyan al logro del máximo nivel de salud y bienestar de la población vasca.

Desde ese punto de vista, el Plan de Adicciones tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud, también llamados “causas de las causas” que intervienen “aguas arriba” y tienen un gran impacto en el nivel de salud poblacional y en el control de las personas sobre sus vidas. Por ello, plantea actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, no sólo basándose en medidas de atención individual, sino también en actuaciones orientadas a crear entornos saludables y a influir en factores más estructurales de orden social, económico y político.

### B) VISIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES



Dado su carácter transversal, el fenómeno de las adicciones debe abordarse con una perspectiva multidisciplinar e integral. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la asistencia a las personas con problemas de adicciones y facilitando la inclusión normalizada de las personas afectadas en su entorno comunitario.

La promoción de la salud y la prevención de las adicciones constituyen un área de actuación prioritaria. Se proponen acciones dirigidas a capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre sus conductas, mediante la creación de entornos saludables, la adquisición de habilidades para disminuir el consumo y la reducción de los factores de riesgo.



En segundo lugar, y de forma complementaria al área anterior, las estrategias en materia de adicciones deben incorporar acciones para reducir y controlar la oferta y reducir la demanda. Entre otras, se incluyen acciones que limitan y regulan los usos de sustancias, persiguen los usos sancionables y velan por la salud de terceras personas y la de los propios usuarios y usuarias.

El tercer eje central de actuación se orienta a garantizar la asistencia sanitaria y sociosanitaria de las personas con problemas de adicciones. Se trata de ofrecer una atención física, psicológica y social, centrada en las necesidades de estas personas, buscando la integración de los servicios y recursos de la red sanitaria y sociosanitaria pública.

Como ámbito transversal, el fenómeno de las adicciones requiere la participación coordinada de todos los agentes, públicos y privados, que trabajan en este campo. En este sentido, el Plan de Adicciones, como instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación, marca las prioridades en materia de adicciones, establece los ámbitos donde enfocar las actuaciones y facilita la puesta en marcha de mecanismos que faciliten la coordinación y cooperación entre todos los agentes implicados, tanto públicos como privados.

Finalmente, para garantizar un enfoque correcto, actualizado y eficaz en las estrategias de intervención, es necesario gestionar eficazmente el conocimiento. Para ello, es preciso promover la generación de conocimiento, a través de estudios de investigación y su difusión posterior, y también potenciar las actividades de formación dirigidas a los y las profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones.

## **C) ADICCIONES CON SUSTANCIAS, COMPORTAMENTALES Y NUEVAS PROBLEMÁTICAS**

### **ADICCIONES CON SUSTANCIA Y COMPORTAMENTALES**

El fenómeno de las adicciones abarca distintas problemáticas y comportamientos, y así se pretende abordar en el presente Plan.

Se contemplan por un lado, las sustancias con capacidad adictiva, algunas de consumo muy arraigado en nuestro entorno como el alcohol y el tabaco, y otras, como los derivados del cannabis, los opiáceos, los psicoestimulantes, los alucinógenos, los medicamentos psicotrópicos, los derivados anfetamínicos y otras sustancias sintéticas y procedentes de la fabricación química. Asimismo, otros dispositivos susceptibles de liberación de nicotina se incluyen como generadores de comportamientos adictivos.

Pero además, las estrategias de actuación en materia de adicciones incorporan la atención a otros comportamientos que, realizados de forma repetida o excesiva, pueden hacer surgir problemas graves y generar los patrones adictivos similares a las sustancias con capacidad adictiva. Hablamos del juego patológico y también de nuevas realidades sociales, como las redes sociales, las tecnologías digitales y las nuevas aplicaciones para ellas diseñadas, cuyo uso indebido, excesivo o abusivo puede comportar preocupación y ciertos problemas que pueden constituir los albores de una futura adicción.

## D) INTERVENCIÓN A TRES NIVELES: PERSONA, ENTORNO SOCIAL Y COMUNITARIO, Y CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO



Este plan contempla las intervenciones en materia de adicciones en distintos niveles, teniendo en cuenta que las causas de las adicciones son muy complejas y variadas, incluyendo factores de vulnerabilidad de índole personal, factores del entorno comunitario y también otros de carácter macroeconómico y social.

El modelo de intervención sitúa a la persona en el centro, como sujeto principal al que proteger y dar asistencia. Desde esta perspectiva, las actuaciones deben considerar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos adictivos de cada persona, tanto factores hereditarios como conductas relacionadas con la salud.

Por otra parte, el abordaje individual se plantea desde el modelo bio-psico-social, debido a que la conducta adictiva está regulada por factores de las tres esferas (biológica, psicológica y social). Por ello, se considera la adicción, no como una circunstancia crónica de la persona, sino como la consecuencia de diferentes factores que pueden cambiar e incluso desaparecer a lo largo de la vida. Las intervenciones individuales también tienen en cuenta la autonomía personal como elemento esencial para entender por qué las personas optan o no por conductas saludables. En este sentido, se plantea el reto de empoderar a la persona para aumentar el control sobre su vida. Reconocer sus derechos pero también establecer sus deberes y obligaciones, no sólo como usuarias de los servicios sociales o de salud, sino también en aceptación de la libertad personal, siempre que sean mayores de edad.

Por lo que respecta al ámbito comunitario, se destaca el valor propulsor de los entornos más cercanos a la persona (familiar, escolar/educativo, ocio y deporte, laboral, etc.), buscando la implicación y la participación de todos ellos en las intervenciones propuestas. En este punto, es relevante el papel de las instituciones locales, por su cercanía a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

Finalmente, es importante considerar el contexto socioeconómico y político, que ejerce una influencia importante sobre los patrones de estratificación social, generando desigualdades socio-económicas, que a su vez son determinantes para el consumo de sustancias y la adopción de conductas no saludables.

## E) UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD Y EQUIDAD. UNIVERSALISMO PROPORCIONAL

Universalidad

Solidaridad

Equidad

Sostenibilidad

Siempre tomando como punto de partida la persona, el Plan de Adicciones se cimienta en los principios de universalidad, solidaridad y equidad, que deben impregnar todas las estrategias y actuaciones.

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

Con un criterio de solidaridad, el Plan de Adicciones prioriza la protección de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión, asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos, sin tener en cuenta su capacidad económica o procedencia.

Siguiendo un principio de equidad, el Plan busca que todas las personas cuenten con las mismas oportunidades para enfrentar el fenómeno de las adicciones, independientemente de sus condiciones sociales, de género, lugar de residencia, tipo de trabajo, ingresos económicos, nivel de estudios o país de origen.

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

Dentro del principio de equidad, la perspectiva de género adquiere una importancia destacada en el marco de este plan. En primer lugar por la imprescindible consideración de las diferencias fisiológicas y psicológicas entre hombres y mujeres con respecto al consumo de sustancias. En segundo lugar, porque las mujeres, por un lado, están adquiriendo conductas de consumo que antes solo estaban socialmente admitidas en los hombres, y por otro, por su mayor consumo de fármacos depresores del sistema nervioso central. En tercer lugar, por la necesidad de promover programas sensibles al género, capaces de superar los obstáculos que afrontan las mujeres para acceder al tratamiento de las adicciones.

Por ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adicciones teniendo en cuenta el sexo y el género, es decir las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de mujeres y hombres.

## F) SOSTENIBILIDAD

Las políticas públicas requieren cada vez más un mayor esfuerzo para garantizar la sostenibilidad de las actuaciones, de tal manera que se cubran las necesidades actuales y futuras.

Para ello, se hace necesario trabajar en favor de la eficiencia, trabajando coordinadamente y en red con otros agentes e iniciativas para el aprovechamiento de sinergias.

Asimismo, se requiere un esfuerzo de evaluación y control de actuaciones, que permita aprender de la experiencia y mejorar en el futuro.



3



**ANÁLISIS DE LA  
SITUACIÓN DE PARTIDA  
EN EUSKADI**





## 3.1. RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA EN EUSKADI

El presente capítulo<sup>1</sup> proporciona una visión general de la situación de las adicciones en Euskadi. Las conclusiones que se presentan están basadas en el análisis de los últimos informes y estadísticas disponibles, en la evaluación del VI Plan y en las entrevistas realizadas en la fase de diseño estratégico del nuevo plan.

El capítulo se estructura en cuatro apartados:

- a) Evolución en el consumo de sustancias.
- b) Tendencias en la evolución de la oferta.
- c) Evolución de la demanda de tratamiento y asistencia.
- d) Situación y uso de la red de recursos disponibles.

El análisis realizado se ha orientado a identificar las principales claves, tendencias y dinámicas en esta materia, como punto de partida para establecer áreas prioritarias de actuación. Adicionalmente, en el anexo correspondiente se puede encontrar un mayor detalle e información complementaria sobre los temas recogidos en este capítulo.

### A) EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA Y EL CONSUMO

A la vista de los últimos datos, estadísticas e informes en la materia y salvo excepciones, a nivel general puede decirse que la evolución de la demanda y el consumo ha sido positiva. Los datos confirman que entre 2006 y 2012 ha descendido el consumo habitual de todas las sustancias, tanto legales como ilegales, especialmente entre los y las jóvenes (15 – 34 años).

Parece que los esfuerzos realizados durante estos 30 años en promoción de hábitos de vida saludables, en prevención y concienciación sobre los riesgos del consumo de drogas y, más recientemente, en la desnormalización de ciertas sustancias, han tenido sus frutos.

Sin embargo, todavía quedan algunos tipos de consumo como el diario de tabaco, el experimental (probar alguna vez en la vida) de cannabis - en los que Euskadi sigue situándose entre los más altos de Europa - o el consumo intensivo de alcohol en los fines de semana, que preocupan especialmente.

#### **Reducción en el consumo de sustancias legales**

En cuanto a las sustancias legales -alcohol y tabaco-, los consumos han disminuido de manera importante en los últimos años.

<sup>1</sup> El capítulo 3 se ha elaborado sobre la base de la evaluación del VI Plan, las entrevistas realizadas para la elaboración del plan, así como de los últimos informes y estadísticas disponibles: "Euskadi y Drogas 2012", "Drogas y Escuela 2013", "ESCAV 2013", "Salud Pública y Adicciones 2013 y 2014", "Informe Europeo sobre Drogas 2015", "Sistema de información sobre toxicomanías - SEIT 2013", Drogomedia.com y SIIS.

Respecto al **tabaco**, las iniciativas desarrolladas para frenar el tabaquismo, tanto desde la prevención como desde el control de la oferta (normativa, limitación de puntos de venta, gravámenes impositivos), han tenido como resultado una reducción importante de la población fumadora. Así, el porcentaje de personas que fuman se ha reducido del 33% al 26% en el periodo 2008—2012, reduciéndose también la intensidad del consumo (en 2008, el 9% de las personas fumadoras consumía más de 20 cigarrillos, mientras que en 2012 esta proporción era del 5% de los y las fumadores).

Asimismo, el grupo de población que nunca ha probado el tabaco ha crecido del 40% al 46% entre 2008 y 2012. La tasa de abandono se sitúa ese mismo año (2012) en el máximo desde 1992 (42,7%). Finalmente, la edad de inicio también se ha mantenido relativamente estable (16,8 años en 1996 y 17 en 2012).

En el caso del **alcohol**<sup>2</sup>, también se aprecia una reducción en el consumo en términos generales. En 2012, el 12% de la población vasca afirmaba consumir diariamente alcohol, frente al 20% en el año 2000.

Sin embargo, resulta preocupante el incremento de la proporción de personas que realizan consumos de riesgo o excesivos de alcohol, tanto en días laborables (del 1,5% en 2010 al 2,5% en 2012) como durante los fines de semana (del 9,7% en 2010 al 11,3% en 2012). También aumenta ligeramente el porcentaje de la población que se ha emborrachado en alguna ocasión en el último año, especialmente entre las personas de entre 15 y 34 años.

Asimismo, crece ligeramente la práctica del botellón entre la población de entre 15 y 34 años, aumentando la prevalencia de los problemas asociados al consumo de esta sustancia (peleas, caídas, dolores de estómago/ cabeza...).

Preocupa también el consumo de alcohol de la población vasca de entre 15 y 18 años los fines de semana, que se ha duplicado en la última década (del 16% en 2000 al 35% en 2012). Pese a todo, a nivel general se ha reducido el número de episodios de consumo intensivo entre los y las jóvenes respecto de 2008, y se ha mantenido relativamente estable la edad de inicio en el consumo de alcohol en la última década (16,6 años en 2002 frente a 16,5 en 2012).

Más allá del consumo de alcohol por parte de los y las jóvenes, no se debe olvidar que este colectivo no es el que manifiesta mayor prevalencia de consumos intensivos. Esto es muestra del arraigo y tolerancia social que tiene en nuestro entorno el consumo de esta sustancia, principalmente ligado a entornos de ocio y fiesta.

## **Descenso gradual y pronunciado del consumo de drogas ilegales**

En lo que al consumo de drogas ilegales se refiere, destaca el descenso de los indicadores de consumo de todas las sustancias durante la última década.

En el caso del **cannabis**, la prevalencia del consumo se situaba en 2012 en niveles de inicios de los 90, mientras que en el caso de otras drogas ilegales parece consolidarse la tendencia decreciente en prevalencia de los consumos desde 2004. Concretamente, en este periodo la prevalencia del consumo reciente de cocaína, éxtasis y LSD ha caído alrededor de un 80 – 90%.

---

<sup>2</sup> Nota: como se apreciará en páginas posteriores, se desprenden diferentes conclusiones de los datos de evolución de venta de tabaco y alcohol con respecto de los datos de evolución del consumo, hecho que puede deberse a la diferente metodología empleada para recoger la información.



Se atribuye a las sustancias y hábitos legales una gravedad inferior a la que se atribuye a las ilegales, si bien la población discrimina entre el nivel de gravedad atribuido al cannabis y el que se atribuye a las demás sustancias. De hecho, la gravedad que se atribuye al cannabis es muy similar al que se atribuye al tabaco.

### **Nuevas problemáticas**

Más allá de los datos de consumo generales, emergen nuevas problemáticas en las que las iniciativas de prevención son más incipientes y el discurso no se encuentra tan desarrollado. Es el caso del cigarrillo electrónico, los fármacos sin receta o las sustancias dopantes, así como “conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales”.

Cabe destacar en este punto el auge percibido en el consumo de psicofármacos sin receta que, pese a mostrar una baja prevalencia sobre el total de la población, constituye un fenómeno “oculto” en el que las mujeres muestran aparentemente una mayor vulnerabilidad.

Respecto al juego, no se dispone de información suficiente para valorar la evolución del juego considerado patológico. Se estima que puede afectar al 1,7% de los jugadores (un 0,4% de la población total).

Por otra parte, aunque la evolución del gasto per cápita en el juego se ha reducido (sobre todo en las llamadas máquinas B), preocupa la proliferación de plataformas de apuestas de juego online, especialmente entre jóvenes y adolescentes.

Además, están emergiendo otros trastornos ligados al uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones que, aunque no están reconocidos actualmente como adicciones, se considera que pueden generar comportamientos compulsivos y dependencia. Como ejemplo, se estima que un 3% de la población vasca de entre 15 y 74 años hace un uso de riesgo o abusivo de internet. La mayor prevalencia de uso problemático se da en la población de entre 15 y 34 años, y el uso de riesgo afecta a uno o una de cada diez jóvenes de entre 15 y 24 años.

Por ello, y siguiendo un principio de cautela, se considera importante incluir estos comportamientos dentro del marco de promoción de la salud y prevención.

### **La perspectiva de género**

Aunque tradicionalmente las mujeres han mostrado patrones de consumo más moderados que los hombres en prácticamente todas las sustancias y tramos de edad, se observa en los últimos tiempos una tendencia preocupante, ya que los consumos de alcohol y tabaco se están equiparando entre ambos sexos.

Así, la prevalencia de población fumadora habitual de las mujeres se va acercando a la de los hombres (23% y 28% respectivamente en 2012).

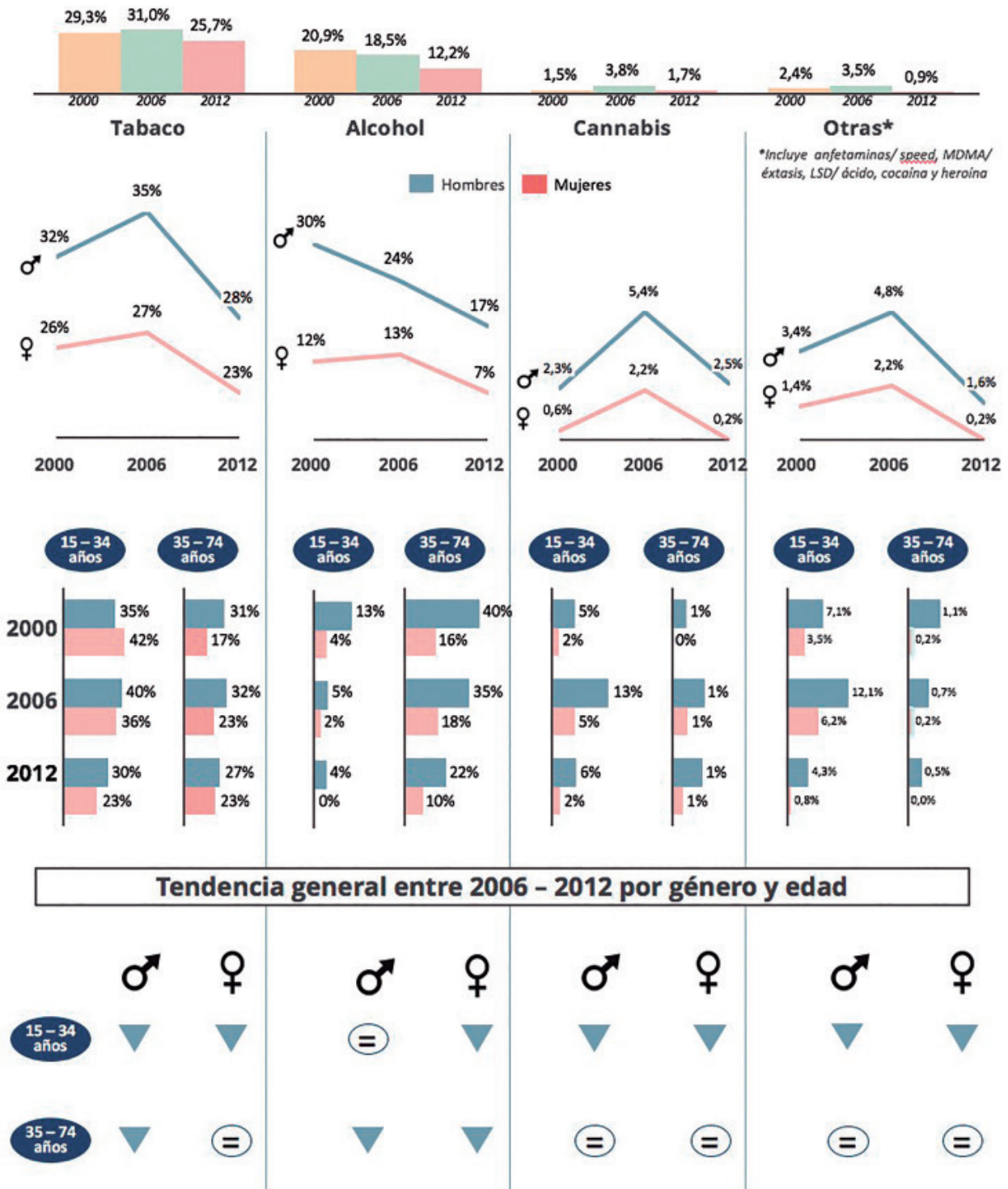
En el caso del alcohol, también se equiparan los consumos entre la población joven. Según datos de la ESCAV 2013, respecto del porcentaje de la población sospechosa de tener un problema de alcoholismo, no se aprecian apenas diferencias por sexo en el tramo de edad entre 15 y 24 años.

Por otra parte, y aunque no se dispone de datos contrastados, parece que las mujeres se relacionan más que los hombres con fenómenos menos visibles, como el caso del consumo de psicofármacos.

Se hace por tanto necesario abordar la perspectiva de género en todas las actuaciones en materia de adicciones.

## CONSUMO DE DROGAS

### Evolución del consumo habitual/ actual de sustancias



\*Los datos presentados corresponden a consumos de diferente tipo según sustancia:

- Tabaco: consumo habitual
- Alcohol: consumo diario
- Cannabis: consumo diario
- Otras drogas: consumo actual

## Tendencias en los comportamientos de consumo

Si bien las tendencias y el perfil de consumidor o consumidora tipo varían según la sustancia, en los últimos años se perciben algunas tendencias en cuanto a los comportamientos asociados al consumo de sustancias y otras adicciones. A continuación se indican las más relevantes:

- **Mayor variedad en los perfiles:** el perfil de la persona adicta, dada la gran variedad de sustancias y conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales, se aleja del tradicional perfil de persona adicta en situación de elevada exclusión (que si bien sigue existiendo, ha dejado ser el colectivo principal).
- **Incremento del consumo ligado al ocio:** el consumo de alcohol y otras sustancias ilegales se relaciona cada vez más con los entornos de ocio, consolidándose el uso recreativo de algunas sustancias (alcohol, drogas estimulantes).
- **Consumo como opción personal:** están emergiendo colectivos y asociaciones de consumidores y consumidoras de sustancias que reivindican el reconocimiento de su derecho a consumir de manera responsable.
- **Incremento del policonsumo<sup>3</sup>:** en 2012, el porcentaje de personas que mantenían una pauta de policonsumo de sustancias se sitúa en el 2% de la población, habiéndose multiplicado ese porcentaje casi por 5 respecto al año 2000.
- **Consumo experimental más allá de la juventud:** el consumo experimental ha sido tradicionalmente algo ligado a la juventud y a la etapa de transición hacia la edad adulta, si bien ya no lo es tanto. Como ejemplo, se observa un incremento del consumo experimental de cannabis en el grupo de edad de 35 a 74 años.
- **Mayor preocupación por el consumo ligado a patologías mentales:** uno de los retos principales en relación con las adicciones radica en las patologías mentales, entendiendo la enfermedad mental como potencial precursora de conductas adictivas, así como resultado o posible consecuencia del consumo prolongado de sustancias.

## B) CLAVES EN LA EVOLUCIÓN DE LA OFERTA

Las actuaciones desarrolladas en materia de control y reducción de la oferta están destinadas a reducir la disponibilidad tanto de sustancias como de actividades susceptibles de generar adicciones.

En este ámbito, el desarrollo y cumplimiento de la normativa resultan imprescindibles. De ahí que la aprobación de la Ley 1/2016 suponga un hito clave a este respecto. La Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias establece un ambicioso marco regulatorio que contempla un endurecimiento de las medidas de control de la publicidad, mayores limitaciones al suministro, venta y consumo de tabaco y bebidas

---

<sup>3</sup> Se han considerado policonsumidoras aquellas personas que consumen tabaco de forma habitual, realizan algún consumo de riesgo de alcohol y, además, han consumido alguna droga ilegal en el último mes, incluyendo el cannabis.

alcohólicas (se prohíbe por primera vez el consumo de alcohol por parte de menores de edad) y medidas específicas de prevención en el ámbito de las adicciones sin sustancia.

### **Resultados dispares de las medidas en materia de control y reducción de la oferta**

En materia de reducción de la oferta, se han realizado en los últimos años esfuerzos importantes en el ámbito del tabaco, restringiendo la accesibilidad y los canales de venta, limitando su consumo en espacios públicos o limitando su oferta a través de gravámenes impositivos. Como ejemplo, el tabaco se ha encarecido un 600% en España en 25 años sólo por los impuestos.

En este sentido, las actuaciones de limitación de la oferta han sido imprescindibles para reducir el tabaquismo y desnormalizar su consumo en la sociedad vasca. Esto se ha reflejado en la venta de cajetillas de tabaco por habitante, que ha caído a una tasa anual del -6% entre 2004 y 2014, reduciéndose prácticamente a la mitad en 10 años<sup>4</sup>.

En la parte negativa, la venta de bebidas alcohólicas se ha incrementado, pasando de unas ventas medias per cápita de 20,4Litros en 2004 a 25,5Litros en 2013.

Respecto a los datos de control de la oferta provistos por los cuerpos policiales, se observa una evolución relativamente estable respecto al número de diligencias abiertas por tráfico de drogas, y un descenso en el número de detenciones.

Asimismo, se ha logrado una mayor concienciación respecto al binomio alcohol-conducción, habiéndose reducido a la mitad el porcentaje de pruebas de alcoholemia con resultado positivo (6% en 2008 y 3% en 2014).

En sentido contrario, existe un amplio margen de mejora respecto a la concienciación en el binomio drogas-conducción.

### **Nuevos canales y nuevas sustancias**

La generalización del uso de internet y las redes sociales en distintos dispositivos genera una mayor facilidad de acceso a nuevas sustancias y conductas de riesgo.

En el caso del juego, las nuevas plataformas online facilitan el acceso al juego a todo tipo de público, incluidos los y las menores, aumentando el riesgo de generar conductas patológicas.

En el caso de las sustancias, internet representa una fuente de información no controlada y un nuevo canal de comercialización de drogas ilegales. Además facilita el acceso a fármacos sin receta u otras sustancias precursoras utilizadas en la elaboración de drogas sintéticas, acelerando el ritmo en el que aparecen nuevas sustancias en el mercado.

En este sentido, existe una preocupación por el incremento en la oferta de nuevas sustancias no controladas. Como ejemplo, en 2014 la Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito detectó 69 nuevas sustancias psicoactivas no controladas ni

---

<sup>4</sup> Nota: como se apreciaba en páginas previas, se desprenden diferentes conclusiones de los datos de evolución de venta de tabaco y alcohol con respecto de los datos de evolución del consumo, hecho que puede deberse a la diferente metodología empleada para recoger la información sobre venta y consumo

reguladas. En 2016 en Euskadi se detectaron 8 nuevas sustancias en los test realizados a pie de calle, que alertaron también sobre el nivel de adulteración de algunas nuevas sustancias. (Fuente: Sgiker)

Además de este fenómeno, la toxicidad de las sustancias es más elevada que en el pasado, con el riesgo que esto puede conllevar dado que se desconocen sus efectos en el corto y largo plazo.

### **C) ASISTENCIA Y TRATAMIENTO**

A nivel general, la demanda de tratamiento por adicciones se ha reducido en los últimos años, además de haberse producido un cambio en el patrón de la persona demandante de tratamiento y en la sustancia que origina la demanda del mismo, algo lógico dadas las tendencias que se apuntaban en páginas anteriores.

#### **Reducción de la demanda de tratamiento y evolución del perfil de la persona demandante**

En 2015, la red Pública de Salud Mental atendió a 8.916 personas (407 menos que en 2008) y la Red Concertada a 2.487. El tratamiento por alcoholismo sigue siendo el más demandado.

La cocaína y la heroína, sustancias que originaban en 2008 casi el 50% de las demandas de tratamiento ambulatorio, han reducido su importancia relativa. En sentido contrario, el tratamiento por cannabis ha incrementado su importancia relativa, pasando del 8% de la demanda de tratamiento en 2008 al 19% en 2015.

En cuanto a la edad media de inicio de tratamiento, ésta se sitúa alrededor de los 38 años. Así mismo, en relación al tiempo de consumo, el porcentaje mayor es el de personas que llevan 25 años o más consumiendo. Este hecho supone que las personas que solicitan tratamiento habitualmente revierten patologías derivadas y agravadas por el consumo prolongado de sustancias, en muchos casos incluyendo complejas patologías mentales.

En lo referido a las adicciones comportamentales, no se dispone de información estadística concluyente, si bien numerosas fuentes indican que la demanda de tratamiento por adicción al juego online y por dependencia a las tecnologías digitales está creciendo. Como resultado, están surgiendo asociaciones y otras iniciativas que ofrecen ya asesoramiento y tratamientos específicos que abordan estas nuevas realidades.

#### **Morbilidad y mortalidad relacionadas con el consumo de sustancias**

En 2015, de las 636 urgencias atendidas por sustancias, 214 tenían relación con alcohol y cannabis, únicas sustancias cuya presencia relativa se ha incrementado respecto al total de urgencias atendidas.

Del total de las urgencias directamente relacionadas con el uso de sustancias el 65% eran hombres, y las sustancias principales en el caso de ellos, alcohol (25,2%), hipnóticos y sedantes (19%), cocaína (15,1%), cannabis (14,7%) y anfetaminas (14,2%). En el caso de las mujeres, hipnóticos y sedantes (52,7%), alcohol (15,5%), antidepresivos (7,3%), cocaína (6,8%), cannabis (6,4%) y anfetaminas (5,5%).

Respecto al nº de casos de etilismo agudo atendidos por los equipos de Emergencias de Osakidetza en la población menor de 19 años, no se ha observado variación entre los años 2012 a 2015. A pesar de esta evolución estable, hay que subrayar que suponen el 12,5% del total de casos, aunque la mayor proporción de los mismos (60%) tiene lugar en mayores de 36 años.

Respecto a los casos de fallecimiento en los que se encuentran sustancias implicadas, se ha producido cierto repunte entre 2008 y 2012, si bien no se pueden extraer conclusiones firmes en un periodo de tiempo tan corto.

Por tipo de sustancia, se ha incrementado significativamente el número de fallecimientos en los que se detectaban benzodiazepinas, y también los asociados al consumo de alcohol y cannabis. Por el contrario, se reducen los casos de fallecimiento en los que se detectan heroína y/o cocaína.

La edad media de las personas fallecidas también ha crecido, pasando de 30 años en 1996 a más de 45 en el caso de los hombres, y 52 en el caso de las mujeres en 2015.

## **D) EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES**

La red vasca de prevención y de apoyo y asistencia en el ámbito de adicciones se ha ido desarrollando durante más de 30 años, y actualmente cuenta con una estructura estable y diversa, que además se considera un referente por la amplia cobertura de las actuaciones, por la gran diversidad de agentes implicados (públicos y no públicos) y por haberse mantenido en la vanguardia de las últimas metodologías e iniciativas para abordar este tema.

Se trata de una red sólida, en la que participan organizaciones privadas y públicas, con dilatada experiencia en diferentes ámbitos, que trabajan de manera coordinada para abordar todas las fases, desde la prevención más universal, hasta iniciativas específicas de inserción, pasando por la asistencia y reducción de riesgos y daños.

La red de recursos está integrada por agentes y profesionales de muy diversa índole; entre otros, equipos técnicos municipales, entidades del tercer sector especializadas en prevención, reducción de riesgos y daños o reinserción, servicios y recursos de la red sanitaria y sociosanitaria, y entidades especializadas en el desarrollo y gestión del conocimiento.

Si bien es el Departamento de Salud del Gobierno Vasco el que asume el liderazgo de las actuaciones en el ámbito de las adicciones en Euskadi, destinando anualmente un presupuesto aproximado de 16 millones de euros, (Ver Anexo 6.7), otros departamentos del Gobierno Vasco y las Diputaciones Forales y Ayuntamientos también realizan programas y proyectos en el ámbito de las adicciones a través de sus propias partidas presupuestarias.

Pese a la amplia y diversa red existente, actualmente se percibe la necesidad de adaptar algunas de las iniciativas y recursos a las nuevas problemáticas y perfiles.



Además, se hace necesario redoblar los esfuerzos de coordinación interinstitucional e intersectorial para garantizar una actuación eficaz e integral. En este sentido, el hecho de que los diferentes recursos sean competencia y cuenten con la financiación de diferentes departamentos y niveles administrativos añade una gran complejidad y genera dificultades para ofrecer una atención integrada y continuada.

<b>CONFIGURACIÓN DE LA RED DE RECURSOS EN 2016</b>	
<b>Entidades locales con plan local de adicciones</b>	Desarrollan principalmente programas de prevención comunitaria, sobre todo en entornos familiar y escolar y en colaboración con instituciones educativas, culturales y deportivas. En 2016, han sido 48 entidades locales (34 con más de 8.000 habitantes y equipo técnico especializado).
<b>Entidades especializadas en prevención</b>	A través de subvenciones, contratos y convenios con las diferentes administraciones públicas desarrollan programas de prevención en diferentes entornos: escuelas y centros educativos (en los que participan escolares, profesorado, padres y madres), en el ámbito familiar, en espacios de ocio (a través de, por ejemplo, programas itinerantes), iniciativas destinadas específicamente a jóvenes y adolescentes vulnerables en situación de riesgo y otros colectivos vulnerables, etc.
<b>Servicios y recursos de Osakidetza y de la red sociosanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros para tratamiento ambulatorio de las adicciones</li> <li>- Un centro público de tratamiento integral de las toxicomanías y 8 concertados</li> <li>- Comunidades terapéuticas privadas concertadas especializadas en rehabilitación. Una de ellas especializada en mujeres drogodependientes con hijos o hijas menores a su cargo</li> <li>- Unidad de desintoxicación hospitalaria en hospital general, dentro del servicio de psiquiatría</li> <li>- Un hospital de día público para personas con adicción a sustancias, 4 hospitales psiquiátricos públicos con una unidad de psicosis refractaria especializada en patología dual</li> <li>- 2 hospitales psiquiátricos concertados</li> <li>- 2 hospitales psiquiátricos de media estancia concertados</li> <li>- Recursos para personas con adicción a sustancias en cada una de las prisiones de la CAPV</li> <li>- Residencias no-hospitalarias para tratar el acogimiento residencial de las y los enfermos alcohólicos</li> </ul>
<b>Entidades especializadas en la reducción de riesgos e inserción</b>	Desarrollan intervenciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de las personas toxicómanas o alcohólicas en situación de alta exclusión. Respecto a los recursos de inserción, gran parte de ellos se gestionan desde los servicios sociales de los ayuntamientos y diputaciones forales. Respecto a los recursos dedicados a personas en exclusión, suelen tratarse de recursos generales, no específicos para personas drogodependientes. Entre otros: servicios de acompañamiento y tutela, programas de reducción de riesgos y daños, recursos de pernocta, alimentación, higiene y vestido
<b>Entidades especializadas en el desarrollo y gestión del conocimiento</b>	A través de convenios elaboran estudios como Euskadi y Drogas o Drogas y Escuela, que permiten conocer la evolución de parámetros cuantitativos y cualitativos y conocer tendencias en este ámbito, además de alimentar fondos documentales y plataformas como drogomedia.com



## 3.2. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA

### A) PRINCIPALES LOGROS Y ÁREAS DE MEJORA

La siguiente tabla recoge las principales conclusiones del análisis de la situación de partida realizado, que reflejan los principales logros y áreas de mejora en materia de adicciones en Euskadi.

	ASPECTOS POSITIVOS Y LOGROS	RIESGOS Y ÁREAS DE MEJORA
<b>En relación a la evolución de la demanda y el consumo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución positiva y reducción general del consumo habitual de todas las sustancias.</li> <li>• Mayor concienciación social de los efectos y riesgos asociados al consumo de drogas, a nivel general.</li> <li>• Importantes avances en la reducción del tabaquismo y en su desnormalización.</li> <li>• Reducción del gasto en juego (si bien no se dispone de datos de plataformas online).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumos entre los más altos de Europa.</li> <li>• Preocupante el nivel de tolerancia social respecto al alcohol.</li> <li>• Preocupante el consumo intensivo de alcohol por parte de jóvenes en fines de semana.</li> <li>• Percepción de "inocuidad" de los riesgos asociados al consumo del cannabis.</li> <li>• Crecimiento de la problemática en relación a las tecnologías digitales que generan conductas compulsivas y dependencia</li> <li>• Incremento del consumo de psicofármacos</li> <li>• Visualización de las mujeres como colectivo en riesgo.</li> </ul>
<b>En relación a la evolución de la oferta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importantes logros en los últimos años en la reducción y control de la oferta, tanto de sustancias legales como ilegales.</li> <li>• Mayores restricciones exigidas por la Ley 1/2016 de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias en el lado de la oferta.</li> <li>• Resultados positivos en cuanto al consumo de alcohol y conducción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de una amplia oferta de sustancias y relativa facilidad de acceso.</li> <li>• Incremento de la toxicidad de las sustancias y la capacidad de innovación y rapidez de llegada de nuevas sustancias psicoactivas al mercado.</li> <li>• Emergencia de nuevos canales que facilitan aún más el acceso a sustancias y al juego</li> </ul>
<b>En relación al marco institucional y la red de recursos existente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Larga trayectoria en Euskadi en el abordaje de las adicciones, con una estructura de recursos de referencia, muy diversa y completa.</li> <li>• Estabilidad de la red de recursos.</li> <li>• Trabajo en red considerado en general eficaz a nivel local, especialmente en jóvenes y menores.</li> <li>• Consideración de las adicciones desde un enfoque de salud.</li> <li>• Marco normativo a nivel autonómico, estatal y europeo ampliamente desarrollado y alineado y entrada en vigor en 2016 de la nueva Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsar el liderazgo institucional y lograr una mayor integración de las adicciones dentro de las políticas de salud pública</li> <li>• Mejorar la coordinación entre los diferentes agentes que participan y trabajan en el campo de las adicciones</li> <li>• Ciertos "déficits" y falta de coordinación en la red de recursos actual, que provoca disfunciones</li> <li>• Red de recursos no suficientemente adaptada a las problemáticas emergentes</li> <li>• Mejorar los itinerarios/ protocolos consensuados de actuación.</li> <li>• Sistematizar mejor el seguimiento y evaluación de los programas</li> <li>• Disminución de los esfuerzos destinados a la investigación y difusión de conocimiento.</li> <li>• Coordinación entre Osakidetza y los servicios de prevención de riesgos laborales, en aras a facilitar el retorno al puesto de trabajo de personas con problemas de adicciones.</li> </ul>



## B) RETOS DE FUTURO

A continuación se recogen los principales retos de futuro a los que se enfrenta Euskadi en materia de adicciones, que se han identificado a partir del análisis de la situación de partida.

### EN RELACIÓN AL LIDERAZGO Y COORDINACIÓN

- Reforzar el **liderazgo institucional** en el ámbito de las adicciones, integrando las políticas y enmarcando las iniciativas desde **un enfoque más integral de salud en todas las políticas**.
- Mejorar la **coordinación intersectorial y fomentar el trabajo en red**.
- Conseguir una **efectiva y coherente aplicación de la normativa** vigente y de la Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.
- Reforzar la **sistemática de evaluación y seguimiento** de las iniciativas lanzadas, avanzando hacia el desarrollo de programas basados en la evidencia, y manteniéndose en la vanguardia en cuanto a los nuevos enfoques y tendencias que van surgiendo.

### EN RELACIÓN A LOS PROGRAMAS Y ACTUACIONES

- **Enfocar los esfuerzos en la prevención y la educación para el consumo responsable y los hábitos de vida saludables**, insistiendo en el discurso que empodera y responsabiliza a las personas consumidoras y velando siempre por la protección de los colectivos más vulnerables.
- Impulsar la **desnormalización de las sustancias y conductas socialmente más arraigadas**, especialmente el tabaco y alcohol, pero también el cannabis y el juego, entre otros.
- **Proteger a los colectivos más vulnerables:**
  - **Jóvenes y menores.** Proporcionando información y herramientas para que cuenten con las capacidades y valores para tomar decisiones, con el objetivo de favorecer hábitos de vida saludables, tratando de que los consumos lleguen lo más tarde posible.
  - **Mujeres.** Incluir la perspectiva de género, desarrollando actuaciones específicas cuando sea necesario.
  - **Personas en riesgo de exclusión.** Facilitando el acceso a los recursos y ofreciendo oportunidades de reinserción.
- **Adaptar la red de recursos y programas a las nuevas realidades, colectivos y entornos**, dando respuesta a problemáticas emergentes:
  - Abordar la mayor **complejidad y especialización** de los perfiles de consumo y adicciones, con especial preocupación por las dificultades asociadas a las patologías mentales.
  - Incorporar la atención a las **adicciones sin sustancia** y nuevas conductas adictivas, reforzando la educación y sensibilización de los padres y madres, del profesorado y de las y los propios jóvenes.
  - Ampliar las actuaciones de **promoción de la salud y prevención a otros entornos:** laboral, deporte y lugares de ocio (lonjas, fiestas...), etc.

*El capítulo 3 se ha elaborado sobre la base de las entrevistas realizadas para la elaboración del plan, así como de los últimos informes y estadísticas disponibles: "Euskadi y Drogas 2012", "Drogas y Escuela 2013", "ESCAV 2013", informes de "Salud Pública y Adicciones 2013 y 2014", "Informe Europeo sobre Drogas 2015", "Sistema de información sobre toxicomanías - SEIT 2013", Drogomedia.com y SIIS.*





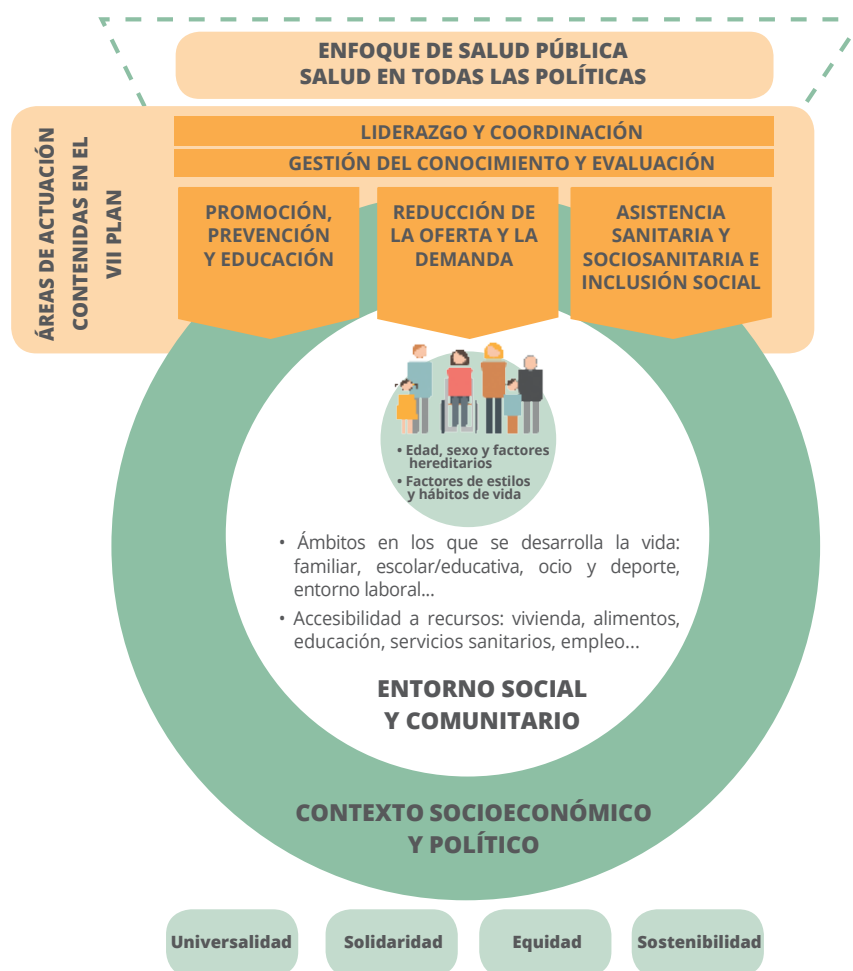
**PRIORIDADES DEL  
PLAN DE ADICCIONES:  
OBJETIVOS, EJES Y ACCIONES**



## 4.1. OBJETIVOS Y EJES PRINCIPALES

En el presente capítulo se recogen los ejes prioritarios de actuación del VII Plan de Adicciones, que se desglosan en una serie de objetivos y acciones.

La estructuración de las prioridades o ejes de actuación del plan responden al marco conceptual definido y recogido en el capítulo 2 del presente documento:



Asimismo, se ha buscado la alineación con la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, así como con el instrumento principal de planificación y plan de referencia en materia de salud, el Plan de Salud 2013-2020.

El objetivo general del VII Plan de Adicciones es **disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.**

Para ello, el Plan se estructura en 5 ejes de actuación, 3 de ellos en relación con la educación y prevención, la reducción y control de oferta y la asistencia e inserción, y otros 2 más transversales relacionados con la coordinación institucional y el desarrollo y gestión del conocimiento en este ámbito.

**EI EJE 1, PREVENCIÓN Y PROMOCION DE LA SALUD**, pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

**EI EJE 2, REDUCCIÓN DE LA OFERTA**, tiene como objetivo general limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

Por su parte el **EJE 3, ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL**, persigue como fin minimizar los riesgos y daños derivados de las adicciones y de conductas y consumos problemáticos y, a través de la red sanitaria y de servicios sociales de Euskadi, dar respuesta continuada, coordinada y eficaz a las necesidades asistenciales que implica el fenómeno de las adicciones.

Respecto a las áreas transversales, el **EJE 4, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN**, pretende avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.

Mientras el **EJE 5, LIDERAZGO Y COORDINACIÓN**, busca seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito de las adicciones.

## 4.2. ESTRUCTURA DEL PLAN

En total, el plan recoge 16 objetivos específicos y 49 acciones, que se distribuyen tal y como se muestra en la siguiente tabla.

<b>VII PLAN DE ADICCIONES</b>			
Disminuir en la mayor medida posible el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales, y en consecuencia los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.			
<b>EJES DE ACTUACIÓN</b>		<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>
<b>EJE 1</b>	<b>PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	<b>4</b>	<b>17</b>
	1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes		6
	1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad		4
	1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones		4
	1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social		3
<b>EJE 2</b>	<b>REDUCCIÓN DE LA OFERTA</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
	2.1. Controlar las actividades relacionadas con la promoción, publicidad, venta, suministro y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias legales que pueden causar adicción		5
	2.2. Controlar el comercio de drogas ilegales y reducir su oferta y presencia		2
	2.3. Controlar la oferta e introducir valores de moderación y responsabilidad en la oferta de actividades relacionadas con el juego y tecnologías digitales		1
<b>EJE 3</b>	<b>ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
	3.1. Ofrecer el acceso a una atención sanitaria y social centrada en las necesidades individuales de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, respetando la singularidad de cada individuo persona y desde la perspectiva de equidad socioeconómica y de género		6
	3.2. Garantizar el acceso a tratamiento, asistencia y recursos a las personas en situación de alta vulnerabilidad y exclusión social		2
	3.3. Potenciar la coordinación sociosanitaria en los protocolos de urgencia y atención a todos los niveles		1
<b>EJE 4</b>	<b>GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
	4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones		3
	4.2. Favorecer la formación y la difusión de conocimiento relevante en materia de adicciones, especialmente entre las personas que trabajan este ámbito		4
	4.3. Desarrollar e implantar una sistemática de evaluación de los programas públicos en materia de adicciones		1
	4.4. Impulsar el reconocimiento de aquellas iniciativas que hayan destacado por su labor en este ámbito		1
<b>EJE 5</b>	<b>LIDERAZGO Y COORDINACIÓN</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
	5.1. Difundir, aplicar y desarrollar la nueva normativa sobre adicciones, así como el VII Plan		3
	5.2. Reforzar el liderazgo, la coordinación y el apoyo mutuo entre los diferentes agentes públicos y privados implicados en el ámbito de las adicciones, fomentando el trabajo intersectorial y el aprovechamiento de sinergias		3
<b>VII PLAN DE ADICCIONES</b>		<b>16</b>	<b>49</b>

## EJE 1: PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

**OBJETIVO GENERAL:** Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

OBJETIVOS	ACCIONES
<p>1.1. Potenciar la <b>promoción de la salud y la prevención universal</b> desde el modelo bio-psico social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud en las intervenciones llevadas a cabo con los diferentes sectores sociales e interinstitucionales que trabajan en materia de adicciones.</li> <li>2. Promover la participación de la comunidad en redes locales para identificar factores generadores de salud y bienestar que ayuden a evitar conductas adictivas, con especial énfasis en los grupos sociales más vulnerables.</li> <li>3. Impulsar los programas de promoción de la salud y prevención universal de las adicciones en los ámbitos familiar, escolar, de ocio y diversión y comunitario. En concreto:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar recursos didácticos y herramientas específicas de promoción de la salud y prevención universal dirigidos a la comunidad educativa.</li> <li>• Elaborar recursos didácticos y herramientas de promoción de la salud y prevención universal para su aplicación en educación no reglada y no formal.</li> <li>• Impulsar actuaciones que proporcionen a menores y jóvenes capacidades, habilidades y herramientas que favorezcan la adopción de conductas saludables.</li> <li>• Fomentar el desarrollo de iniciativas de ocio alternativo y saludable para personas jóvenes (fuera del horario escolar).</li> <li>• Apoyar los programas ya existentes de promoción de la actividad física y del deporte.</li> <li>• Apoyar programas de promoción de la salud y prevención de adicciones en el ámbito laboral.</li> </ul> </li> <li>4. Potenciar desde el currículo educativo el desarrollo de factores generadores de salud y de protección de las adicciones.</li> <li>5. Desarrollar acciones de sensibilización y concienciación sobre el impacto de las adicciones en la salud y calidad de vida de las personas y su entorno. En concreto:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas y demás acciones de sensibilización poblacional sobre sustancias concretas y adicciones comportamentales, con especial énfasis en los perjuicios de aquellas sustancias que como el alcohol tienen mayor aceptabilidad social y de las adicciones que afectan a la población joven.</li> <li>• Actividades dirigidas a profesionales, en especial de la educación y la comunicación.</li> <li>• Diseño e implementación de estrategias de comunicación en redes sociales.</li> </ul> </li> <li>6. Desarrollar las intervenciones evitando considerar a la población como un todo homogéneo, donde domine la visión masculina, de forma que incorporen la perspectiva de género atendiendo a las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres que originan en cada caso las adicciones.</li> </ol>



OBJETIVOS	ACCIONES
<p>1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en <b>personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7. Reforzar las intervenciones efectivas para la detección temprana de familias, menores y personas en situaciones de riesgo y especial vulnerabilidad, así como sistemas de seguimiento y evaluación.</li> <li>8. Consolidar los programas dirigidos a colectivos y personas en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad en los ámbitos comunitario, escolar, familiar, laboral y de ocio y festivo.</li> <li>9. Impulsar los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes con consumos problemáticos de sustancias adictivas y adicciones comportamentales, así como los que aborden un uso adecuado de las tecnologías digitales.</li> <li>10. Poner en marcha acciones de sensibilización dirigidas a la población joven, que contribuyan a aumentar la percepción del riesgo y conocimiento del impacto de las drogas y los juegos de azar y online en la salud y autonomía personales.</li> </ul>
<p>1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>11. Avanzar en la identificación de medidas preventivas que disminuyan los riesgos derivados del consumo de drogas (sustancias) y los abusos sexuales en los espacios de ocio.</li> <li>12. Reforzar los programas de prevención y/o reducción de riesgos dirigidos a ámbitos festivos y de ocio.</li> <li>13. Desarrollar campañas de sensibilización dirigidas a aumentar la percepción del riesgo del consumo de sustancias adictivas con énfasis en el caso del cannabis, teniendo en cuenta la baja percepción del riesgo que supone su consumo.</li> <li>14. Diseñar programas y actuaciones de prevención del uso abusivo de fármacos psicotrópicos especialmente en mujeres.</li> <li>15. Diseñar programas y actuaciones de prevención dirigidos a reducir los riesgos asociados a un uso inadecuado del juego y de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones, así como a otras conductas excesivas susceptibles de generar adicciones.</li> </ul>
<p>1.4. Consolidar las actuaciones para la <b>desnormalización</b> de las <b>sustancias más consumidas</b> y con mayor aceptación social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>16. Reforzar la estrategia "Euskadi Libre de Humo de Tabaco".</li> <li>17. Desarrollar el programa Menores y Alcohol.</li> <li>18. Desarrollar un programa específico sobre sensibilización en el uso del cigarrillo electrónico y los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.</li> </ul>

## EJE 2: REDUCCIÓN DE LA OFERTA

**OBJETIVO GENERAL:** Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

OBJETIVOS	ACCIONES
<p>2.1. Controlar las actividades relacionadas con la <b>promoción, publicidad, venta, suministro y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias legales</b> que pueden causar adicción.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar las intervenciones en relación con la reducción de oferta y el consumo contempladas en la normativa sobre adicciones, a través de una mejor coordinación entre los agentes implicados.</li> <li>2. Desarrollar programas de reducción y control de la oferta dirigidos tanto a la hostelería como a otros espacios, eventos y puntos de consumo y venta, potenciando el autocontrol y la responsabilidad en la promoción y dispensación teniendo en cuenta, desde una perspectiva de género, la incorporación creciente de las mujeres adolescentes.</li> <li>3. Protocolizar los procedimientos existentes en el ejercicio de la competencia inspectora y sancionadora en materia de tabaco, cigarrillos electrónicos y alcohol.</li> <li>4. Mantener y, en su caso, mejorar el actual sistema de control y registro sobre la dispensación y el comercio ilícito de medicamentos psicotrópicos.</li> <li>5. Potenciar las medidas alternativas a las sanciones -tanto en el caso de sustancias legales como en el de las ilegales-, para fomentar la responsabilización de los propios actos.</li> </ol>
<p>2.2. Controlar el <b>comercio de drogas ilegales</b> y reducir su oferta y presencia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Reforzar las intervenciones sobre drogas ilegales y organizaciones delictivas y redes de distribución a pequeña y gran escala, fomentando una mayor colaboración entre la Ertzaintza y los cuerpos policiales locales.</li> <li>7. Potenciar el sistema de vigilancia y alerta temprana (SVAT).</li> </ol>
<p>2.3. <b>Controlar la oferta</b> e introducir valores de moderación y responsabilidad en la oferta de actividades relacionadas con el <b>juego y tecnologías digitales</b>.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Impulsar medidas orientadas al autocontrol y responsabilidad del sector en la publicidad y oferta de juego y tecnologías digitales.</li> </ol>

### EJE 3: ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIOANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL

**OBJETIVO GENERAL:** Minimizar los riesgos y daños derivados de las adicciones y de conductas y consumos problemáticos y, a través de la red sanitaria y de servicios sociales de Euskadi, dar respuesta continuada, coordinada, eficaz y con perspectiva de género a las necesidades asistenciales que implica el fenómeno de las adicciones.

OBJETIVOS	ACCIONES
<p>3.1. Ofrecer el acceso a una <b>atención sanitaria y social centrada en las necesidades individuales</b> de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, respetando la singularidad de cada persona y desde la perspectiva de equidad socioeconómica y de género.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ofrecer el acceso a una atención sanitaria y social centrada en las necesidades individuales de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, respetando la singularidad de cada persona y desde la perspectiva de equidad socioeconómica y de género.</li> <li>2. Identificar áreas de mejora en la atención a colectivos específicos o más vulnerables: estudiar sus necesidades específicas, mejorar los recursos de detección y tratamiento y potenciar la coordinación entre servicios sociales, servicios de atención primaria y salud mental. En concreto, se atenderá de forma específica a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con patología dual y multipatologías</li> <li>• Mujeres, que debido a una mayor presión para asumir sus responsabilidades familiares y una mayor estigmatización social, encuentran más barreras que los hombres para incorporarse al tratamiento y tienen peor evolución</li> <li>• Personas menores de edad con problemas de adicciones o en riesgo de padecerlas</li> <li>• Personas mayores de 65 años con problemas de adicciones o en riesgo de padecerlas</li> </ul> </li> <li>3. Consolidar los programas de desintoxicación y deshabituación existentes.</li> <li>4. Colaborar con Osakidetza en la coordinación de las intervenciones de prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento del consumo de alcohol.</li> <li>5. Desarrollar iniciativas de detección, asistencia y tratamiento para personas con problemas asociados al consumo del cannabis.</li> <li>6. Reforzar las iniciativas de atención integral y tratamiento y abordaje desde los servicios públicos a personas con problemas de juego patológico, uso adictivo de tecnologías digitales y otras conductas susceptibles de generar adicción.</li> </ol>
<p>3.2. <b>Garantizar el acceso</b> a tratamiento, asistencia y recursos a las <b>personas en situación de alta vulnerabilidad y exclusión social.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Consolidar las actuaciones, recursos e intervenciones y desarrollar acciones que promuevan una atención integral a la persona en situación de alta exclusión y con gran deterioro físico, psíquico y social, que abarque la reducción de riesgos y daños, el acompañamiento y cobertura de sus necesidades básicas, incluyendo a las personas drogodependientes con medidas penales y teniendo en cuenta el mayor rechazo y aislamiento social hacia las mujeres en esta situación.</li> <li>8. Revisar los criterios de acceso a los recursos y programas existentes, favoreciendo una mayor sensibilidad hacia los problemas relacionados con las adicciones.</li> </ol>
<p>3.3. <b>Potenciar la coordinación sociosanitaria</b> en los protocolos de urgencia y atención a todos los niveles.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Analizar, y en su caso desarrollar e implantar mecanismos de coordinación entre los sectores de salud y social para garantizar una atención integral y efectiva a las personas con adicciones y con conductas y consumos problemáticos, definiendo de forma consensuada los itinerarios y protocolos de atención.</li> </ol>

## EJE 4: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN

**OBJETIVO GENERAL:** Avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.

OBJETIVOS	ACCIONES
<p>4.1. Impulsar el <b>desarrollo del conocimiento</b> en el ámbito de las adicciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continuar con la monitorización, con perspectiva de género, de la prevalencia y pautas de consumo de diferentes sustancias adictivas, así como de la situación de las adicciones comportamentales y otras problemáticas emergentes en la población vasca, mediante la encuesta Euskadi y Drogas, la Encuesta de Salud y otros estudios de investigación específicos sobre su efecto en la salud.</li> <li>2. Mantener la colaboración estructurada con entidades que trabajan en el ámbito de la investigación y el conocimiento de las adicciones.</li> <li>3. Desarrollar el conocimiento en materia específica de juego, tecnologías digitales y otras adicciones comportamentales, con el objetivo de dimensionar el fenómeno, profundizar en la conceptualización y clasificación de conductas y establecer criterios comunes para su valoración.</li> <li>5. Generar conocimiento sobre las diferencias y especificidades existentes entre hombres y mujeres en el ámbito de las adicciones, así como sobre las desigualdades de género en la prevención y atención de las mismas.</li> </ol>
<p>4.2. Favorecer la <b>formación y la difusión</b> de conocimiento relevante en materia de adicciones, especialmente entre las personas que trabajan este ámbito.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Potenciar el Observatorio de Adicciones como repositorio de información y difusión de conocimiento entre profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones.</li> <li>6. Establecer canales para la difusión de información y conocimiento relevante en materia de adicciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia de comunicación en redes sociales</li> <li>• Colaboración en la edición de publicaciones y en la organización de actividades formativas de carácter general</li> <li>• Desarrollo y difusión de la web del Servicio de Adicciones del Departamento de Salud y del centro de documentación de drogodependencias de Euskadi (Drogomedia), aumentando el fondo documental e incorporando herramientas</li> </ul> </li> <li>7. Desarrollar acciones de formación y crear materiales divulgativos para profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, en base a un análisis de sus necesidades que lleve incorporada la perspectiva de equidad.</li> <li>8. Desarrollar un programa de formación específico sobre las adicciones comportamentales, destinado a las y los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, los servicios de salud de atención primaria, los servicios sociales y tercer sector y que tenga en cuenta las especificidades que se dan en hombres y en mujeres.</li> </ol>
<p>4.3. Desarrollar e implantar una <b>sistemática de evaluación</b> de los programas públicos en materia de adicciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Desarrollar un marco metodológico y las pautas de seguimiento y evaluación de los programas e iniciativas desarrollados o apoyados, teniendo en cuenta la perspectiva de género.</li> </ol>
<p>4.4. Impulsar el <b>reconocimiento</b> de aquellas iniciativas que hayan destacado por su labor en este ámbito.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Impulsar actos e iniciativas para reconocer públicamente la labor o trayectoria de personas o entidades que hayan contribuido con un impacto positivo en materia de prevención de las adicciones, reducción de la oferta, reducción de riesgos, asistencia, inclusión social, formación o investigación. Los tribunales formados para tal fin deberán tener una representación equilibrada, de acuerdo con la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres. A los efectos de esta Ley, se considera que existe una representación equilibrada en los órganos administrativos pluripersonales cuando los dos sexos están representados al menos al 40%.</li> </ol>

## EJE 5: LIDERAZGO Y COORDINACIÓN

**OBJETIVO GENERAL:** Seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito de las adicciones.

OBJETIVOS	ACCIONES
<p>5.1. Difundir, aplicar y desarrollar la nueva <b>normativa sobre adicciones, así como el VII Plan.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar a conocer, comunicar y compartir con todos los agentes implicados los objetivos y líneas generales de la normativa y el plan.</li> <li>2. Establecer mecanismos de trabajo en los que participen representantes competentes en materia de aplicación de la normativa en los diferentes niveles administrativos, con el objetivo de profundizar en el entendimiento de la normativa y definir unas pautas comunes en el desarrollo de las ordenanzas municipales.</li> <li>3. Desarrollar planes municipales de prevención en coherencia con el presente plan y fomentando la participación comunitaria y el trabajo intersectorial.</li> </ol>
<p>5.2. Reforzar el <b>liderazgo, la coordinación</b> y el apoyo mutuo entre los diferentes agentes públicos y privados implicados en el ámbito de las adicciones, fomentando el trabajo intersectorial y el aprovechamiento de sinergias.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mantener y mejorar la orden de subvenciones para la creación y mantenimiento de equipos técnicos de prevención y promoción comunitarias, el desarrollo de programas de prevención comunitaria y la realización de proyectos de reducción de riesgos y daños, así como de promoción de conductas saludables en materia de adicciones.</li> <li>5. Impulsar las actividades desarrolladas en este campo por parte de entidades privadas y fomentar la colaboración entre diferentes agentes e instituciones, a través de la Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones, del Consejo Vasco sobre Adicciones y de otros foros operativos o técnicos "ad hoc", siempre con participación equilibrada de hombres y mujeres y considerando la perspectiva de género y la diversidad de colectivos y situaciones.</li> <li>6. Mantener la coordinación con el Plan Nacional de Drogas y con otras estructuras de ámbito estatal o europeo.</li> </ol>



5



**SEGUIMIENTO Y  
EVALUACIÓN DEL  
VII PLAN**







## 5.1. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

### A) INTRODUCCIÓN

El mecanismo de seguimiento y evaluación del VII Plan de Adicciones contempla, a efectos de la evaluación final del plan, **INDICADORES DE IMPACTO O RESULTADO**, que son los objetivos que persigue el Plan en su conjunto a 2021.

Es decir, que todos los ejes, objetivos y líneas de actuación del plan están orientados a lograr en 2021 una mejora, respecto del valor actual o más reciente disponible, de dichos indicadores.

La **responsabilidad sobre el seguimiento operativo del plan y su evaluación final recaerá sobre la Dirección competente en materia de adicciones**, (en la actualidad Dirección de Salud Pública y Adicciones), que colaborará con otros organismos y entidades para recabar la información cuantitativa y cualitativa necesaria para realizar este seguimiento.

El seguimiento operativo se realizará con una periodicidad anual y se realizará sobre la base de una serie de indicadores de proceso que permitirán evaluar la implantación progresiva de las líneas. Todos los indicadores relativos a número de personas, serán **desagregados por sexo**.

La **evaluación final del plan**, por el contrario, se realizará una vez alcanzado el horizonte de éste, y servirá como base para el desarrollo del VIII Plan.

### B) INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL VII PLAN DE ADICCIONES

El VII Plan de Adicciones tiene como fin disminuir en la mayor medida posible el consumo de sustancias adictivas y el riesgo de generar adicciones comportamentales y en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

La información sobre los indicadores se obtendrá de las encuestas Euskadi y Drogas y Encuesta Vasca de Salud (ESCAV) y otras realizadas en ámbitos distintos al de salud; de la evaluación de las ayudas para la prevención, reducción de daños, tratamiento e inserción social de las adicciones; de los centros de salud mental y ámbito sociosanitario, y de estudios e intervenciones de investigación-acción realizados para mejorar el conocimiento y prevenir o disminuir los consumos.

## EJE 1. PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

*Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante el desarrollo de entornos y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.*

### Indicadores de proceso

1. Incremento del número de personas participantes en proyectos de prevención universal en los ámbitos a) escolar, b) familiar y c) comunitario. Total y desagregado por sexo. Punto de partida 2017.
2. Incremento del número de personas participantes en proyectos para atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicción, y en colectivos y personas en situación de riesgo o vulnerabilidad en los ámbitos a) escolar, b) familiar, c) ocio y festivo y d) comunitario. Total y desagregado por sexo. Punto de partida 2017.
3. Incremento de número de personas participantes en programas específicos de prevención del consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Total y según sexo.
4. Desarrollo de un modelo de intervención para reducir el consumo de drogas y otras adicciones a nivel local, que cuente con información fiable sobre la comunidad y los determinantes del entorno urbano.

### Indicadores de Impacto (resultado objetivo)

5. Retraso de la edad de inicio (edad en la que se prueba por primera vez) en el consumo de alcohol, cannabis y tabaco en la población de 15 a 24 años, distribuido por sexo. Punto de partida 2017.
6. Disminución de las tasas de consumo actual y diario, de tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas ilegales y psicofármacos en la población de 15 a 24 años, distribuida por sexo. Punto de partida 2017.
7. Disminución de la prevalencia de consumo intensivo de alcohol<sup>5</sup> en la población de 15 a 24 años, distribuida por sexo. Punto de partida 2017.
8. Reducción de la prevalencia de juego excesivo o de riesgo según el Índice Canadiense de Juego Excesivo (ICJE), en jóvenes de 15 a 24 años y en población total, distribuida por sexo. Punto de partida 2017.
9. Disminución de la prevalencia de uso de riesgo o problemático de internet, a partir del test de adicción a internet de Orman, en jóvenes de 15 a 24 años y en población total, distribuida por sexo. Punto de partida 2017.
10. Aumento de la percepción del riesgo de las drogas normalizadas: alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes de 15 a 24 años y en población total, distribuida por sexo. Punto de partida 2017.

<sup>5</sup> (En 2012, el consumo intensivo de alcohol, se mide como la ingesta de 5 o más UBEs, (50 gramos), en un momento dado de dos horas aproximadamente. En 2017, se rebaja de 5 a 4, la cantidad de UBEs para las mujeres).

## EJE 2: REDUCCIÓN DE LA OFERTA

*Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.*

11. Número de denuncias por territorio, por sector, por denunciante y por tipo de infracción.
12. Número de sanciones con relación al nº de denuncias.
13. Número de medidas alternativas sustitutivas de las sanciones.
14. Acuerdos o campañas con organizaciones empresariales del ocio, comercio y hostelería.

## EJE 3: ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIOSANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL

*Minimizar los riesgos y daños derivados de las adicciones y de conductas y consumos problemáticos y, a través de la red sanitaria y de servicios sociales de Euskadi, dar respuesta continuada, coordinada, eficaz y con perspectiva de género a las necesidades asistenciales que implica el fenómeno de las adicciones.*

### Indicadores de proceso

15. Número de personas con problemas de adicciones y en situación de exclusión, atendidas en recursos que promuevan una atención integral.
16. Número de intervenciones específicas dirigidas a mujeres con problemas de adicciones.
17. Número de intervenciones realizadas por Osakidetza en relación a la deshabituación tabáquica (intervención breve, intensiva, ayuda motivacional, tratamiento farmacológico).
18. Número de programas específicos, relativos a adicciones sin sustancia.

### Indicadores de Impacto (resultado, objetivo)

19. Incremento de la proporción de personas atendidas en recursos para personas drogodependientes en situación de exclusión social (con respecto al total de la población que se encuentra en esa situación).
20. Incremento en el porcentaje de personas que finalizan el tratamiento de deshabituación tabáquica y consiguen dejar de fumar.
21. Porcentaje de personas menores de 18 años, con problemas de adicciones, que acceden al tratamiento una vez realizada la valoración.

## EJE 4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN

*Avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.*

### **Indicadores de proceso**

22. Consolidación de la evaluación de las ayudas concedidas por el Departamento de Salud en materia de adicciones, desde la perspectiva de equidad de género y geográfica, y en las del ámbito educativo según del tipo de provisión (pública, concertada o privada).
23. Incremento del número de investigaciones (cuantitativas, cualitativas, o investigación- acción) llevadas a cabo para mejorar el conocimiento en materia de adicciones con y sin sustancia, desde la perspectiva de equidad. Punto de partida 2017.
24. Estabilización del número de acciones formativas por parte de entidades vinculadas a la Dirección de Salud Pública y Adicciones. Punto de partida 2017.
25. Rediseño y actualización del Observatorio Vasco de Drogodependencias y resto de apartados de la web del Servicio de Adicciones.

### **Indicadores de resultado (resultado objetivo)**

26. Aumento progresivo del nº de visitas anuales a los espacios relacionados con la gestión del conocimiento del apartado de Adicciones de la web del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Gabia: Observatorio Vasco de Drogodependencias) y Drogomedia (área de Documentación). Punto de partida 2017
27. Aumento progresivo del nº de actuaciones anuales en materia de promoción de la salud y prevención de adicciones calificadas como Buenas Prácticas. Punto de partida 2017

## **EJE 5. LIDERAZGO Y COORDINACIÓN**

*Seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito de las adicciones.*

### **Indicadores de proceso**

28. Número de reuniones con agentes implicados en el cumplimiento de la normativa y desarrollo de planes en materia de adicciones.
29. Número de sesiones del Consejo Vasco de Adicciones y de la Comisión Interinstitucional de Adicciones.

### **Indicadores de resultado (resultado objetivo)**

30. Número de ordenanzas municipales posteriores a abril de 2016 que recogen las disposiciones establecidas en la ley 1/2016.
31. Número de planes municipales y/o forales de prevención desarrollados entre 2017 y 2021.
32. Número de programas de prevención comunitaria existentes en 2017 y 2021.
33. Número de proyectos de reducción de riesgos y daños y de promoción de conductas saludables en materia de adicciones que cuentan con financiación pública, en el periodo 2017-2021.

### C) MODELO DE GESTIÓN Y COORDINACIÓN DEL PLAN

El Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2017-2021 es el instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de todas las administraciones públicas vascas durante su periodo de vigencia. Como tal, este plan debe coordinarse con otros planes y estrategias de las distintas administraciones públicas vascas con los que pueda tener relación.

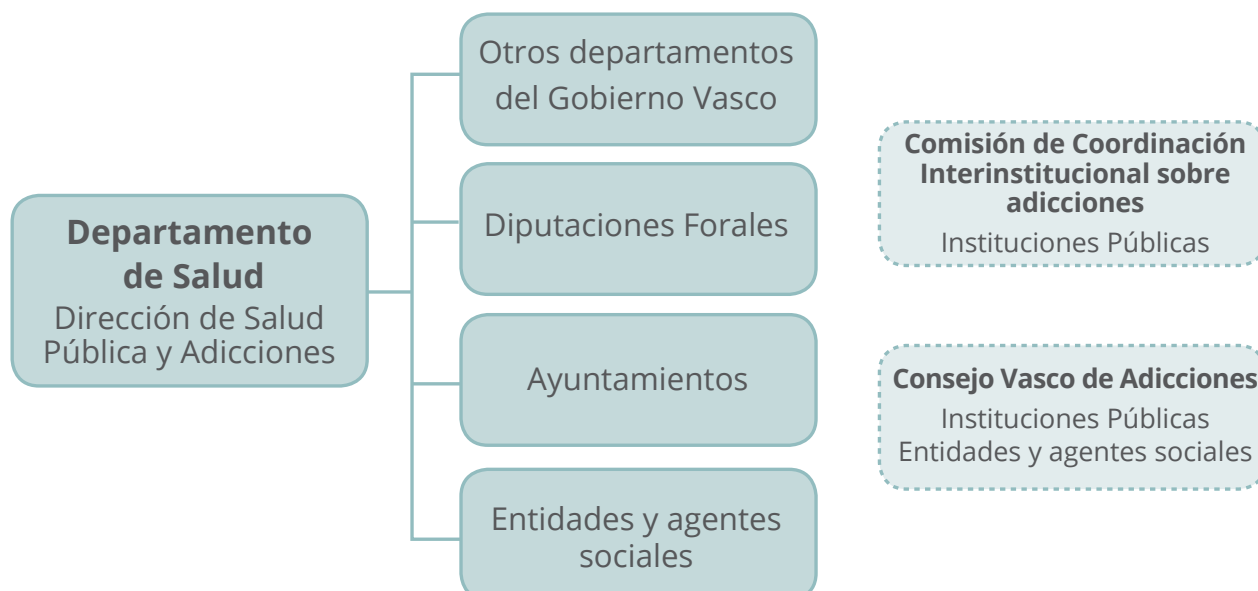
El liderazgo del Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2017-2021 es asumido por la Dirección del Gobierno Vasco competente en materia de adicciones, la **Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud**, con el fin de marcar las pautas y establecer un contexto favorecedor para el despliegue del Plan.

Dado su carácter transversal, el Plan requiere de la máxima implicación y coordinación interinstitucional, tanto de los **distintos Departamentos del Gobierno Vasco**, como de las **Diputaciones Forales y Ayuntamientos**. Dicha coordinación se articula a través de la **Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones** como máximo órgano de coordinación, colaboración y participación de las administraciones públicas en las actuaciones derivadas del Plan.

Asimismo, el Plan requiere de la **colaboración estrecha de otras entidades privadas y agentes sociales** que participan o van a participar en el despliegue de las actuaciones, tanto en el ámbito de la promoción y prevención, como en el control de la oferta y la asistencia e inserción.

Finalmente, el Consejo Vasco de Adicciones se configura como el órgano superior de participación de los sectores sociales implicados en la lucha contra las adicciones y ejerce un rol consultivo en el despliegue del Plan.

#### GESTIÓN Y COORDINACIÓN DEL PLAN

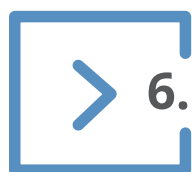




# 6 > ANEXOS







## 6.1. REFERENCIAS Y GLOSARIO

En orden cronológico y alfabético:

- **Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida, Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2005).**  
[https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686\\_ebook%20Spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf)
- Nuria Romo. Reflexiones sobre la inclusión de la perspectiva de género en el estudio **de los nuevos usos de alcohol por las mujeres. XVI Jornadas Asociación Proyecto Hombre. Madrid, 2012.**  
<http://www.proyectohombre.es/archivos/130.pdf>
- **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno de España (2009).**  
<http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicassocial/Documents/ESTRATEGIA%20DROGAS%202009%202016.pdf>
- **Informe de análisis de buenas prácticas en diseño y planificación en políticas de drogas de cara al VI Plan de Drogodependencias de la CAPV 2009-2013, Fundación Novia Salcedo (2009).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2777/es\\_2238/adjuntos/if\\_analisis\\_v\\_plan\\_drogodep\\_es.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2777/es_2238/adjuntos/if_analisis_v_plan_drogodep_es.pdf)
- **Evaluación global del V Plan de Drogodependencias, Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2011).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2777/es\\_2238/adjuntos/evaluacion\\_cuantitativa\\_def\\_es.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2777/es_2238/adjuntos/evaluacion_cuantitativa_def_es.pdf)
- **Ley 1/2011 de 3 de febrero, de tercera modificación de la Ley sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias. (2011)**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/tabaco\\_ley/es\\_legis/adjuntos/1.3.2LEY1-2011\\_de\\_3de\\_febrero.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/tabaco_ley/es_legis/adjuntos/1.3.2LEY1-2011_de_3de_febrero.pdf)
- **VI Plan de Adicciones 2011 - 2015, Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2011).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2777/es\\_2238/adjuntos/PLAN%20DEFINITIVO%20Castellano.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2777/es_2238/adjuntos/PLAN%20DEFINITIVO%20Castellano.pdf)
- **Drogas y Escuela VIII, Instituto Deusto de Drogodependencias (2012).**
- **Euskadi y Drogas 2012, Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2012).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_euskadi\\_drog/eu\\_9060/adjuntos/Euskadi%20eta%20drogak%202012.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/eu_9060/adjuntos/Euskadi%20eta%20drogak%202012.pdf)

- **Informe Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2013).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/informe\\_salud\\_publica/es\\_isp/adjuntos/2013.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_isp/adjuntos/2013.pdf)
- **Informe SEIT asistencia y tratamiento, Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2013).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpubl04/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/drogodependencias/es\\_seit/drogodependencias.html](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpubl04/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/drogodependencias/es_seit/drogodependencias.html)
- **Plan de Salud 2013-2020, Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2013).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/plan\\_salud\\_2013\\_2020.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf)
- **Programa Menores y Alcohol. Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2014).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/alcoholismo/es\\_6692/adjuntos/ProgramaMenoresAlcohol.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/alcoholismo/es_6692/adjuntos/ProgramaMenoresAlcohol.pdf)
- **Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio, SIIS - Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga (2014).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txostena/es\\_9033/adjuntos/Desigualdades%20socioecon%C3%B3micas%20consumo%20de%20drogas%20y%20territorio.%20Final.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/Desigualdades%20socioecon%C3%B3micas%20consumo%20de%20drogas%20y%20territorio.%20Final.pdf)
- **Informe Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2014).**  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/informe\\_salud\\_publica/es\\_isp/adjuntos/2014.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_isp/adjuntos/2014.pdf)
- **Informe Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2015).**
- **Informe Europeo sobre Drogas 2015, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015).**  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_EN\\_TDAT15001ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_EN_TDAT15001ENN.pdf)
- **Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, (2016).**  
<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2016/04/1601527a.pdf>

## WEBS DE REFERENCIA:

- Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco (CDD) - Drogomedia.com: <http://www.drogomedia.com>
- Irekia-Eusko Jaurlaritzza- Gobierno Vasco:
  - <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/inicio/>
  - <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/departamento-salud/inicio/>
  - <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/adicciones/inicio>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/>
- Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito: <https://www.unodc.org/>
- BIDA: Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones: <https://bida-copolad-pnsd.msssi.gob.es/bida-copolad/documento/list>

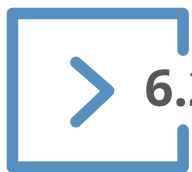
## GLOSARIO:

- **Adicción a sustancia:** estado psicorgánico originado por la absorción periódica o continua de una sustancia, caracterizado por una tendencia al consumo compulsivo y continuado de dicha sustancia.
- **Adicciones sin sustancia o comportamentales:** conductas excesivas, que sin consistir en el consumo de sustancias psicoactivas, se caracterizan por la tendencia irreprimible y continuada a la repetición de una conducta perjudicial para la persona que la presenta o también para su entorno familiar, social y laboral directo, por la incapacidad de controlarla a pesar de intentarlo y por el mantenimiento de la conducta a pesar de sus consecuencias perjudiciales.
- **Atención integral:** conjunto de actuaciones de carácter biopsicosocial que se ofrecen a las y los pacientes, a las familias y a la comunidad, ya sean de promoción o prevención, ya sean de asistencia e inclusión social.
- **Atención sanitaria:** proceso diagnóstico o terapéutico dirigido a superar el estado de salud físico, psicológico y social procedente de la cronicidad del uso de la sustancia o de una conducta excesiva, aun cuando no sea constitutiva de una adicción.
- **Atención sociosanitaria:** conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad en la atención.
- **Deshabitación:** proceso terapéutico para la eliminación o disminución de una dependencia, con independencia de la naturaleza de ésta, y para recuperar la salud

física y mental de la persona, comprendiendo la asistencia tanto sanitaria como de servicios sociales y sociosanitaria, así como la rehabilitación.

- **Desintoxicación:** proceso terapéutico orientado a la interrupción de la dependencia física producida por el consumo de una sustancia psicoactiva exógena al organismo, así como a prevenir y mitigar los síntomas de abstinencia secundarios de tal interrupción.
- **Disminución de riesgos:** intervenciones orientadas a modificar las conductas asociadas a efectos perjudiciales de las adicciones, tanto drogodependencias como adicciones comportamentales.
- **Dispositivos susceptibles de liberación de nicotina:** un producto, o cualquiera de sus componentes, incluidos los cartuchos y el dispositivo sin cartucho, que pueda utilizarse para el consumo de vapor que contenga nicotina a través de una boquilla. Estos pueden ser desechables, recargables mediante un contenedor de carga o recargables con cartucho de un solo uso.
- **Drogodependencia:** adicción a una o más sustancias psicoactivas o alteración de la conducta caracterizada por el deseo fuerte, a veces insuperable, de obtener y consumir una o varias drogas; dicho deseo adquiere la máxima prioridad y puede acompañarse de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas.
- **Inclusión social:** proceso de incorporación de una persona a su entorno habitual como ciudadana o ciudadano responsable y autónomo, en el que se incluyen tanto la recuperación de las capacidades individuales de inclusión social como los cambios sociales necesarios para la aceptación de las personas con adicciones.
- **Factor de protección:** característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que disminuye la probabilidad de que se produzca el consumo problemático o abuso de sustancias o conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.
- **Factor de riesgo:** característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de que se produzca el consumo problemático o abuso de sustancias o conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.
- **Objetivos intermedios:** conjunto de actuaciones asistenciales, integradas en los procesos de deshabitación, con objeto de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que presentan adicciones con alta cronicidad.
- **Prevención:** conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a potenciar los factores de protección y a reducir la incidencia y la prevalencia de los factores y conductas de riesgo precursoras de las adicciones.
- **Promoción de la salud:** proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Incluye todas las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, así como aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de fomentar su impacto favorable o mitigar su impacto negativo en la salud pública e individual.

- **Sustancias con capacidad adictiva:** aquellas que, administradas al organismo, sean capaces de provocar cambios en la conducta, producir efectos perniciosos para la salud, o el bienestar o crear dependencia.
- **Reducción de daños:** intervenciones dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos del consumo de sustancias, así como de las adicciones comportamentales o de las patologías asociadas a dichos consumos
- **El ámbito de las adicciones incluye:**
  - Las adicciones a sustancias.
  - Las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales.
  - Los factores de riesgo precursores de las anteriores, tanto en consumos como en conductas.
- Son **sustancias adictivas:**
  - El tabaco.
  - Las bebidas alcohólicas.
  - Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas contempladas por las convenciones internacionales, siempre que cumplan los requisitos exigidos por la Organización Mundial de la Salud para considerarse droga.
  - Los medicamentos con potencialidad de crear dependencia.
  - La nicotina y otras sustancias con capacidad adictiva liberadas o consumidas a través de los cigarrillos electrónicos regulados en la Directiva 2014/0/UE.)
  - Los productos de usos doméstico o industrial y las sustancias volátiles que reglamentariamente se determinen.
  - Cualquier otro elemento o compuesto no incluido en los apartados anteriores, que responda a la definición general de sustancia con capacidad adictiva.
- A los **efectos de prevención, asistencia, inclusión social y reducción de la oferta**, se considerarán adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales:
  - El juego patológico o ludopatía.
  - Las conductas excesivas en el uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones y, en particular, las relacionadas con el uso de las redes sociales y los videojuegos.
  - Con base en el principio de cautela, las medidas de promoción de la salud y de prevención se extenderán también a otras conductas excesivas en la actualidad no conceptualizadas como adicciones comportamentales. En virtud de dicho principio, en los casos en los que los servicios de salud consideren que la conducta excesiva presenta características susceptibles de generar un patrón adictivo y que la persona podría beneficiarse de un programa terapéutico, podrán aplicarse las medidas de asistencia previstas en la Ley 1/2016 de 7 de abril de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.



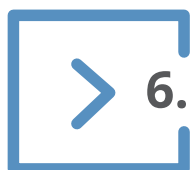
## 6.2. RELACIÓN DE ORGANISMOS Y ENTIDADES PARTICIPANTES

Durante las diferentes fases en la elaboración del presente plan, han participado un total de 74 personas, pertenecientes a diferentes organismos e instituciones recogidas a continuación.

En orden alfabético:

- Agipad – Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de Drogas
- AiLAKET- Usuarios de drogas por la reducción de riesgos
- Asajer - Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación
- Asociación de Hosteleros de Gipuzkoa
- Ayuntamiento de Amurrio
- Ayuntamiento de Bilbao
- Ayuntamiento de Donostia
- Ayuntamiento de Gernika
- Ayuntamiento de Hernani
- Ayuntamiento de Ortuella
- Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz
- Ayuntamiento de Zarautz
- Bizitegi – Asociación para el apoyo e inserción de personas en situación desfavorecida
- Comisión Anti SIDA de Álava
- Comisión Anti SIDA de Bizkaia
- Consejo de la Juventud de Euskadi
- Consejo Escolar de Euskadi
- Coordinador sociosanitario de la CAPV (Dpto. Salud)
- Centro de Orientación y Tratamiento de Adicciones - COTA (Red de Salud Mental de Araba - Osakidetza)
- Subdirecciones territoriales de Salud Pública (Dpto. Salud)
- Departamento de Sociología de la UPV/EHU
- Diputación Foral de Álava
- Diputación Foral de Bizkaia
- Diputación Foral de Gipuzkoa

- Dirección de Familia (Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales – Gobierno Vasco)
- Dirección de Innovación Educativa (Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura – Gobierno Vasco)
- Dirección de Juego y Espectáculos (Departamento de Seguridad – Gobierno Vasco)
- Dirección de Juventud y Deportes (Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura – Gobierno Vasco)
- Dirección de Salud Pública y Adicciones (Departamento de Salud – Gobierno Vasco)
- Dirección de Servicios Sociales (Departamento de Empleo y Políticas Sociales – Gobierno Vasco)
- EDEX- Educar para vivir, educar para convivir
- Ekintza Aluviz – Asociación de ayuda a ludopatías de Bizkaia
- Ekintza Bibe - Asociación de ayuda a ludopatías de Gipuzkoa
- Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer
- Fundación Etorkintza
- Federación de Asociaciones de Usuarios de Cannabis del País Vasco - Eusfac
- Federación de Consumidores de Euskadi
- Fiscalía Especial Antidroga
- Fundación Renovatio
- Fundación Gizakia
- Instituto Deusto de Drogodependencias - IDD
- Instituto Vasco de Criminología - IVAC (UPV-EHU)
- Osakidetza/Instituto Vasco de Salud
- Osalan/Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral
- Osatzen – Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria
- Policía Municipal de Vitoria-Gasteiz
- Sasoia - Educación para la salud y prevención de drogodependencias
- Servicio de Estudios e investigación en salud de la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria (Dpto. de Salud)
- Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección de Salud Pública y Adicciones (Dpto. de Salud)
- SIIS - Centro de Documentación y estudios de la Fundación Eguia Careaga



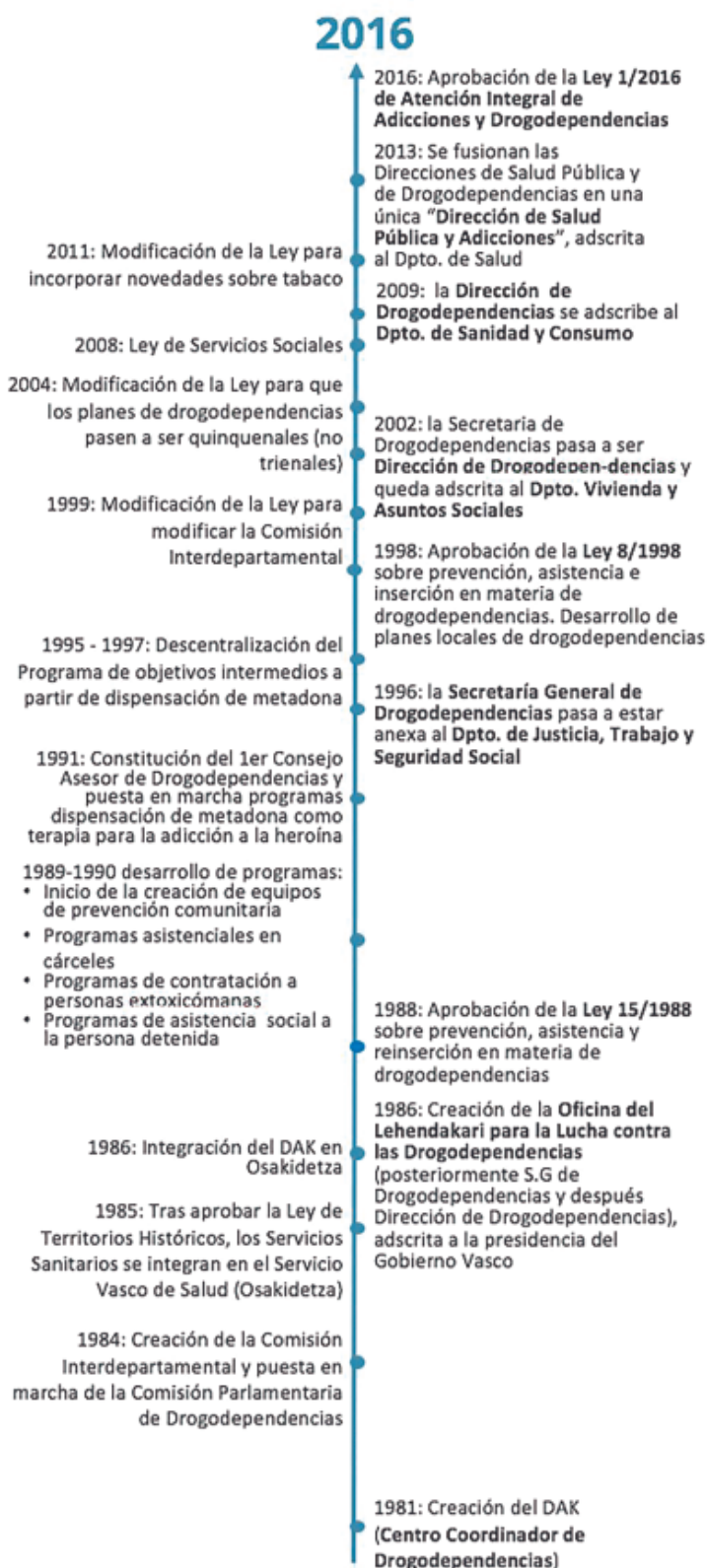
## 6.3. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

El siguiente gráfico muestra de manera ilustrativa la diversidad de agentes implicados en el abordaje de las adicciones y apoyo a las personas afectadas, desde las actuaciones más genéricas, como la prevención universal, hasta las más específicas, como la reinserción de personas rehabilitadas

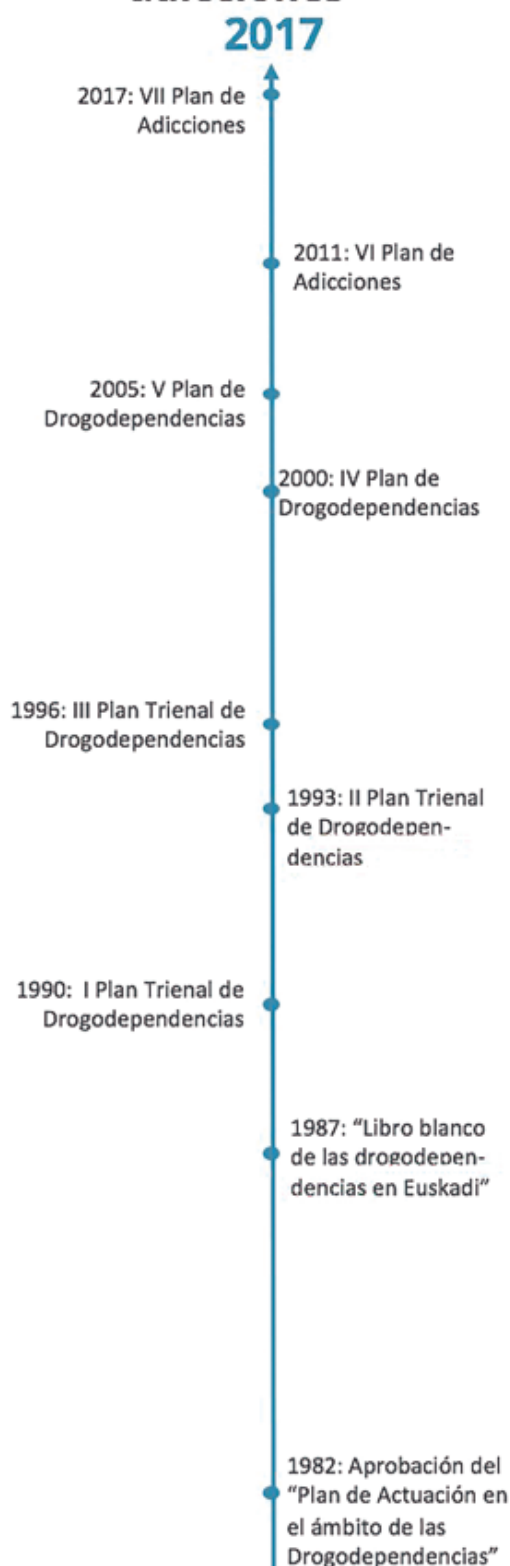
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	CONTROL DE LA OFERTA	ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIOSANITARIA	REINSERCIÓN E INCLUSIÓN
<p><b>Promoción de la salud y hábitos saludables</b> (perspectiva general):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobierno Vasco           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dpto. Salud (Osakidetza y Salud Pública y Adicciones)</li> <li>- Dpto. Empleo y Políticas Sociales (Empleo y Trabajo y Osalan)</li> <li>- Dpto. de Educación (Educación, Formación profesional, Universidades)</li> <li>- Dpto. de Empleo y Políticas Sociales (Juventud)</li> <li>- Dpto. de Cultura y Política Lingüística (Deportes)</li> </ul> </li> <li>• Diputaciones Forales y Ayuntamientos, en su labor de promover valores como el ocio saludable o salud escolar (áreas de educación, juventud y deporte, fiestas, salud y consumo, etc.)</li> </ul> <p>Además de las campañas más generales de promoción de hábitos saludables, existen iniciativas de <b>prevención universal</b> en materia específica de <b>adicciones</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención comunitaria: Desarrollada por lo general por los equipos técnicos municipales.</li> <li>• Prevención selectiva destinada a colectivos con consumos actuales: ONGs e iniciativa social especializada.</li> </ul>	<p>Por un lado, las <b>instituciones competentes de aplicar la normativa</b> vigente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dpto. de Gobernanza Pública y Autogobierno</li> <li>• Dpto. de Trabajo y Justicia</li> <li>• Dpto. de Seguridad, Ertzainza y cuerpos policiales locales (competentes en la de imposición de multas y sanciones p.ej).</li> </ul> <p>Por el otro, organismos públicos y privados en el sector de la <b>publicidad y las comunicaciones</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EITB</li> <li>• Medios de comunicación y agencias de publicidad.</li> </ul>	<p><b>Asistencia, prevención indicada y reducción de daños:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (atención primaria, emergencias, red de salud mental, comunidades terapéuticas...)</li> <li>• ONGs e iniciativa social especializada (centros de día, servicios de acompañamiento y tutela, etc.)</li> <li>• Servicios sociales de las Diputaciones Forales (protección de la infancia p.ej.) y Ayuntamientos</li> <li>• Otras iniciativas privadas especializadas en apoyo, asistencia, deshabituación/desintoxicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobierno Vasco, principalmente el Dpto. Empleo y Políticas Sociales (Empleo, Políticas sociales, Vivienda y Lanbide). También el Dpto. de M. Ambiente, P. Territorial y Vivienda (Vivienda)</li> <li>• Diputaciones Forales: gestión de viviendas tuteladas, prestaciones sociales, atención a urgencias sociales programas específicos tipo Liza (servicios sociales especializados e inserción social) etc.</li> <li>• Ayuntamientos: áreas de acción social y vivienda (gestión de prestaciones, servicios de acogimiento, etc.)</li> <li>• ONGs e iniciativa social</li> </ul>



## Principales hitos



## Planificación en el ámbito de las adicciones



## RESUMEN DE COMPETENCIAS EN EL ÁMBITO CONCRETO DE LAS ADICCIONES

### GOBIERNO VASCO

- **Aprobación de la normativa** y las disposiciones reglamentarias en el ámbito las adicciones derivadas de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.
- **Aprobación y desarrollo del Plan sobre Adicciones de Euskadi**, así como la memoria de cumplimiento anual y la memoria de evaluación final de dicho plan.
- **Evaluación de las necesidades, demandas y recursos** relacionados con las materias objeto de la Ley 1/2016.
- Establecimiento de un **sistema centralizado de información sobre adicciones** que permita el seguimiento y la evaluación continua del consumo y de los problemas asociados.
- Realización de las funciones de **investigación, información y documentación** en materia de adicciones a través del Observatorio sobre Adicciones.
- La aprobación de la estructura y funcionamiento de la **Comisión Interinstitucional sobre Adicciones y del Consejo Vasco sobre Adicciones**.
- **Gestión de premios y reconocimientos** en materia de adicciones.
- **Asesoramiento** a las entidades forales y locales en la elaboración de sus planes y programas relacionados con las adicciones.
- **Ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora** en los términos previstos en por la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.
- **Adopción**, en colaboración con otras administraciones públicas, **de todas aquellas medidas que sean precisas para asegurar el buen desarrollo de la Ley 1/2016**, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.

### DIPUTACIONES FORALES

- **Elaboración, desarrollo y ejecución del Plan Foral sobre Adicciones** y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en la Ley 1/2016 y en el Plan de Adicciones de Euskadi.
- Creación y régimen de funcionamiento de los **órganos de asesoramiento y coordinación** en materia de adicciones en el ámbito territorial del correspondiente Territorio Histórico.
- **Gestión de los premios y reconocimientos** en materia de adicciones en el ámbito territorial que les corresponda.

*La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi establecerá relaciones de colaboración y cooperación con las Administraciones de los Territorios Históricos para la puesta en marcha y la aplicación de las medidas que se lleven a cabo en la esfera de los servicios sociosanitarios*

### AYUNTAMIENTOS (DE FORMA INDIVIDUAL O MANCOMUNADA)

- **Elaboración, desarrollo y ejecución del Plan Local sobre Adicciones** y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en esta Ley 1/2016 y en el Plan de Adicciones de Euskadi y, en su caso, en el correspondiente plan foral.
- Creación y régimen de funcionamiento de los **órganos de asesoramiento y coordinación** en materia de adicciones en el ámbito territorial correspondiente.
- **Gestión de los premios y reconocimientos** en materia de adicciones en el ámbito territorial que les corresponda.
- Supervisión y vigilancia del cumplimiento de las medidas de control previstas por la Ley.
- Ejercicio de la **potestad inspectora y sancionadora** en los términos previstos por la Ley.

## RESUMEN DE COMPETENCIAS EN LOS ÁMBITOS DE SALUD Y SOCIOSANITARIO

### NIVEL AUTONÓMICO

#### GOBIERNO VASCO Y DEPARTAMENTO DE SALUD

El **Departamento de Salud del Gobierno Vasco es el responsable de la Dirección, planificación y programación del sistema.** Mas concretamente es responsable de:

- Planificación y ordenación sanitaria.
- Salud pública e higiene alimentaria.
- Vigilancia epidemiológica.
- Ordenación farmacéutica.
- Consumo.
- Drogodependencias.
- Dirigir, de acuerdo con las Leyes y los reglamentos, los organismos autónomos, entes públicos de derecho privado y las sociedades públicas adscritos o dependientes del Departamento.
- Las demás facultades que le atribuyan las Leyes y los reglamentos
- Responsable de elaborar el **Plan de Salud** (elevado y aprobado por el Parlamento Vasco) y de su seguimiento, así como la promoción de criterios de salud entre el resto de departamentos
- Responsable de la elaboración del **Contrato Programa** que define el marco de actuación y relación **Osakidetza**

En el **ámbito social**, el Gobierno Vasco es competente asimismo en la prestación de renta básica y de ayudas de emergencia social.

#### CONSEJO VASCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- Adscrito al Dpto. de Salud del Gobierno Vasco, es el **órgano que articula a nivel autonómico la cooperación y coordinación entre el sistema Vasco de servicios sociales y el sistema sanitario de Euskadi** (Decreto 69/2011). Está formado por representantes del Sistema Vasco de Servicios Sociales (a nivel de Gobierno, DDFF, EUDEL/Ayuntamientos) y del Sistema Sanitario de Euskadi.
- Con carácter general, el Consejo tiene por finalidad la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de **coordinación sociosanitaria**
- Con carácter específico, entre sus funciones destaca:
  - Participar en la definición de las políticas básicas de la atención sociosanitaria.
  - Orientar el consenso para establecer directrices y criterios generales de funcionamiento de la atención sociosanitaria
  - Informar, con carácter previo a su aprobación por el Consejo de Gobierno, el Plan Estratégico cuatrienal de atención sociosanitaria. y proceder, tras finalizar su vigencia, a la evaluación del nivel de realización e implantación de las medidas incorporadas al mismo.
  - Participar en la propuesta de definición del catálogo y/o de la cartera conjunta de servicios y prestaciones u otras fórmulas o instrumentos orientados a garantizar la adecuación de los recursos y la idoneidad de la atención.
  - Prever los recursos financieros públicos necesarios para la implantación del modelo de atención sociosanitaria.
  - Promover y apoyar la creación y el funcionamiento de los cauces de coordinación que deberán existir a nivel foral y municipal, en cumplimiento de lo previsto en el apartado 6.b) del artículo 46 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

## RESUMEN DE COMPETENCIAS EN LOS ÁMBITOS DE SALUD Y SOCIO SANITARIO

NIVEL FORAL	NIVEL MUNICIPAL
<p style="text-align: center;"><b>DIPUTACIONES FORALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las <b>Diputaciones Forales son responsables de ejecutar la legislación en materia de higiene, salud pública y sanidad</b>, pudiendo proponer acciones correctivas, la inspección y sanción en relación con actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas.</li> <li>• En cuanto a los <b>servicios sociales</b>, las áreas de actuación de las Diputaciones Forales son principalmente servicios sociales de atención secundaria:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a personas mayores dependientes.</li> <li>- Atención a personas con discapacidad.</li> <li>- Atención a personas menores de edad en situación de riesgo grave o desprotección</li> <li>- Adopciones.</li> <li>- Inserción social y lucha contra la pobreza.</li> <li>- Atención a las mujeres víctimas de la violencia machista.</li> <li>- Atención a urgencias sociales.</li> <li>- Cooperación al desarrollo.</li> <li>- Fomento del asociacionismo, el voluntariado y la participación.</li> <li>- Autorización, homologación e inspección de servicios.</li> <li>- Las demás facultades que se le atribuyan por la normativa aplicable</li> </ul> </li> <li>• <b>Otras funciones en materia de servicios sociales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros y servicios destinados a colectivos específicos (personas mayores, personas con discapacidad, a la infancia en situación de desprotección, otros colectivos en situación vulnerable</li> <li>- Prestaciones técnicas (programa de adquisición y uso de ayudas técnicas y de adaptación del medio físico)</li> <li>- Medidas de inserción social (gestión de prestaciones económicas)</li> <li>- Otras prestaciones</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>AYUNTAMIENTO</b></p> <p>Los municipios podrán ejercer competencias propias en los siguientes ámbitos materiales:</p> <p>En <b>materia de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública.</li> <li>• Ordenación, planificación y gestión, así como control sanitario de cementerios y servicios funerarios.</li> <li>• Ordenación, gestión, prestación y control de los servicios en el ciclo integral del agua de uso urbano.</li> <li>• Ordenación complementaria, promoción, gestión, defensa y protección del medio ambiente y desarrollo sostenible, incluida la protección contra la contaminación acústica, lumínica y atmosférica en las zonas urbanas.</li> <li>• Ordenación, gestión, prestación y control de los servicios de recogida y tratamiento de residuos sólidos urbanos o municipales.</li> </ul> <p>En materia de <b>Servicios Sociales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenación, planificación y gestión de los servicios sociales.</li> <li>• Ordenación, programación y gestión en materia de garantía de ingresos e inclusión social.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración en la ejecución de las actividades de salud escolar</li> <li>• Constitución de consejos territoriales (Ley 12/2008), comisiones y otros órganos de carácter mixto orientados a promover y facilitar la coordinación sociosanitaria en los niveles de atención primaria y secundaria, diseñando itinerarios de intervención.</li> </ul>	

## CONTEXTO EUROPEO Y ESTATAL

En los últimos años, se han desarrollado estrategias que, si bien abordan temas como el tráfico y control de drogas ilegales, resaltan la consideración de las adicciones como una cuestión de derechos humanos, la importancia a nivel regional y local de promover la salud y la prevención como principal vía para la reducción de las tasas de demanda y consumo de drogas; subrayan asimismo la importancia de la investigación y la obtención de evidencias que contrasten el impacto de las intervenciones, así como la coordinación de los diferentes agentes implicados

### Estrategia Europea de Lucha contra las Drogas

La Estrategia Europea de Drogas 2013-2020 proporciona un marco político y señala las prioridades de actuación en la Unión Europea en materia de lucha contra la droga. Los objetivos principales y ámbitos prioritarios de actuación son:

- **Reducción de la demanda.** Contribuir a reducir de forma cuantificable la demanda de droga, la dependencia de la droga y los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con ésta.
- **Reducción del suministro.** Hacer frente al tráfico de las drogas ilegales y a una reducción cuantificable de la disponibilidad de éstas
- **Coordinación.** Fomentar la coordinación mediante un discurso y análisis activos de la evolución y los retos que se plantean en el ámbito de la droga a nivel internacional y de la UE.
- **Cooperación internacional.** Seguir reforzando el diálogo y la cooperación entre la UE y terceros países y organizaciones internacionales en materia de drogas
- **Investigación, información, control y evaluación.** Contribuir a una mejor difusión del control, investigación y evaluación de los resultados y a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones a fin de promover datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.

Para la correcta implantación de la estrategia, ésta se ha articulado en 2 planes de acción.

Actualmente el plan de acción en vigor concreta para el periodo 2013 – 2016 los objetivos y actuaciones previstas, el calendario de despliegue, las entidades competentes y una serie de indicadores para el correcto seguimiento de su implantación.

### La Estrategia Nacional sobre Drogas

En el ámbito estatal, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 – 2016, por su parte, es una iniciativa que tiene como objeto coordinar y potenciar las políticas que se llevan a cabo desde las distintas administraciones públicas y entidades sociales en materia de drogas.

Alineada con la estrategia europea, se organiza en torno a 5 ámbitos de actuación:

- Reducción de la demanda
- Reducción de la oferta

- Mejora del conocimiento científico básico y aplicado
- Formación
- Cooperación Internacional.

Por otro lado, y al igual que en el caso de la estrategia europea, se ha estructurado en dos Planes de Acción. El correspondiente al periodo 2009-2013 ponía en valor la dimensión de la Salud Pública como componente social en las políticas de drogas, como firme apuesta para mejorar las intervenciones y garantizar su calidad, a través de la actividad coordinada entre todas las AAPP.

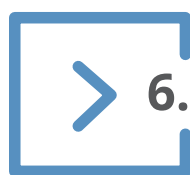
Por su parte, el plan de acción actualmente vigente (2013 - 2016), incluye algunas novedades respecto al anterior:

- La búsqueda de consenso de todas y todos los actores implicados a través de la constitución de un Grupo de Trabajo (en el que han participado los 17 Planes Autonómicos de drogas) y del contraste con las ONGs del sector, de las Sociedades Científicas y expertos personas expertas de reconocido prestigio, así como de los agentes sociales y otros Centros Directivos con implicaciones en el tema que tratamos.
- La búsqueda de una mayor participación en el proceso de implementación del Plan mediante el liderazgo participativo en las diferentes acciones.
- La factibilidad y concreción de las acciones.
- La importancia de la evaluación de lo que se va realizando para que, basadas en los datos que se vayan aportando, se puedan redirigir las acciones, redimensionarlas o potenciarlas.

El Plan de Acción contempla 36 acciones para los 6 Ejes y los 14 Objetivos Generales de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, con el siguiente esquema:

<b>PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016</b>		
<b>36 acciones</b>		
<b>EJE</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>Nº ACCIONES</b>
<b>1. Coordinación</b>	1. Coordinación Nacional	2
<b>2. Reducción de la demanda</b>	2. Coincidencia Social	1
	3. Aumentar habilidades y capacidades	2
	4. Retrasar la edad de inicio	1
	5. Reducir el consumo	5
	6. Reducir daños asociados al consumo	1
	7. Asistencia de calidad	1
	8. Inserción social laboral	2
	<b>3. Reducción de la oferta</b>	9. Control oferta sustancias ilegales
10. Blanqueo de capitales		3
<b>4. Mejora del conocimiento</b>	11. Investigación y mejora del conocimiento	5
	12. Evaluación	4
<b>5. Formación</b>	13. Formación	1
<b>6. Coord. Internacional</b>	14. Coordinación Internacional	3





## 6.4. EVALUACIÓN DEL VI PLAN DE ADICCIONES

### INTRODUCCIÓN

La presente evaluación pretende aportar una visión general y una valoración de conjunto sobre las prioridades y las grandes líneas de actuación que el Gobierno Vasco ha desarrollado entre 2011 y 2016 en materia de adicciones, con el fin de proteger la salud de las personas, reafirmando su compromiso con las políticas, actuaciones y programas dirigidos a abordar y dar respuesta al cambiante fenómeno de las adicciones y a sus consecuencias, y velando de forma especial por la salud de las personas menores de edad y de los colectivos socialmente más vulnerables. Este enfoque, con la Salud Pública como eje conductor de todas las intervenciones, se subrayó con el paso en 2011 de la Dirección de Drogodependencias al entonces Departamento de Sanidad y Consumo, y la posterior integración en 2013 del área de adicciones en la estructura de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud.

En cuanto al proceso de elaboración, cabe señalar que en 2013 se constituyó un Grupo Técnico de Evaluación del VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi, formado por personal técnico de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Con el objetivo de hacer más simple y clarificador el resultado final de la evaluación, el grupo técnico ha realizado el seguimiento de los ejes, objetivos y principales actuaciones del plan, en base a la información y datos obtenidos a partir de revisión bibliográfica y documental, estudios, informes, memorias y diversos sistemas de información (Euskadi y Drogas, Drogas y Escuela, ESCAV, SEIT...), así como de las consultas efectuadas en las entrevistas realizadas para la fase de análisis de la situación de partida en la elaboración del VII Plan. Se ha contado asimismo con información remitida por distintos departamentos y organismos del Gobierno Vasco: Departamento de Seguridad; Osakidetza; Departamento de Salud (Dirección de Farmacia, Plan del Sida); Departamento de Administración Pública y Justicia (Dirección de Justicia); y Departamento de Empleo y Políticas Sociales (Dirección de Servicios Sociales y Lanbide).

Las prioridades para el Gobierno Vasco en materia de adicciones durante estos últimos años se han centrado en:

- El abordaje de las adicciones y de su prevención desde el modelo comunitario, que busca utilizar los distintos recursos de la comunidad para llegar a la población diana destinataria final de la intervención. Para el desarrollo de esta metodología, el Gobierno Vasco ha apoyado económica y técnicamente a ayuntamientos, mancomunidades y asociaciones sin ánimo de lucro que trabajan en el ámbito de las adicciones.

- La prevención universal y selectiva, con una especial atención al tabaco y alcohol.
- La financiación y sostenimiento de labores de prevención y reducción de daños en ámbitos como el de los servicios sociales o el penitenciario, con especial atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad y exclusión social.
- La definición de la política integral vasca en materia de adicciones, el fomento de actividades que desarrollen y promuevan la prevención, asistencia, inclusión social, investigación y formación en este campo; y el impulso a los distintos departamentos e instituciones que realizan las actuaciones en este campo, en colaboración con los distintos ámbitos sectoriales implicados.
- El desarrollo, a través del Observatorio Vasco de Drogodependencias, de instrumentos de diagnóstico y análisis de la situación, así como su difusión.

## PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

Cabe recordar en este punto que el apartado 3 del VII Plan de Adicciones, así como su anexo, ofrecen en detalle una visión panorámica de la situación actual en Euskadi en materia de adicciones, con un análisis de la situación de partida y de las principales claves de la evolución del fenómeno, así como un repaso de las tendencias observadas.

Las principales conclusiones de la evaluación del VI Plan de Adicciones de la CAPV son las siguientes:

- El trabajo en prevención de las adicciones y promoción de la salud constituye una de las principales herramientas para consolidar hábitos saludables y reducir los consumos y conductas de riesgo.
- Se ha reducido la incidencia del tabaquismo, por los importantes esfuerzos realizados en este ámbito, aunque es fundamental seguir trabajando y no bajar la guardia, para evitar dar pasos atrás.
- Sigue siendo preocupante el consumo intensivo de alcohol, muy especialmente el cambio de patrones entre las personas más jóvenes.
- A pesar de su reducción general, los consumos en Euskadi siguen a la cabeza de Europa, especialmente en el caso del alcohol, tabaco o cannabis, y se constata una baja percepción del riesgo, sobre todo en el caso del alcohol y del cannabis.
- Ante el ritmo acelerado con que nuevas sustancias ilegales irrumpen en el mercado, es preciso incidir en la vigilancia sobre su posible toxicidad.
- Asistimos a una emergencia de nuevas conductas y patrones asociados a las tecnologías digitales, también en lo relativo al juego, que apuntan a una necesidad de reforzar la prevención en este campo.



## LÍNEAS Y PROGRAMAS DEL VI PLAN DE ADICCIONES

El VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco fue elaborado a lo largo de 2011, y aprobado por el Parlamento Vasco el 4 de abril de 2012. Está estructurado de la siguiente manera:

LÍNEA	META	PROGRAMAS
<b>CONTROL DE LA OFERTA</b>	Reducir la oferta de drogas y de actividades capaces de generar adicciones (juegos de azar, etc.) a través de su regulación y controlar el tráfico ilegal de drogas, haciendo cumplir la normativa existente.	<p>26. Control de comercio ilícito de drogas.</p> <p>27. Regulación y control de las actividades realizadas en torno a las actividades con drogas legales.</p> <p>28. Seguimiento de la regulación actual sobre actividades susceptibles de crear adicciones, en especial las que provienen de los juegos de azar.</p>
<b>PREVENCIÓN UNIVERSAL</b>	Potenciación de los factores de protección y fomento de actitudes y hábitos saludables para evitar los comportamientos adictivos.	<p>29. Prevención universal en el ámbito escolar.</p> <p>30. Prevención universal en el ámbito familiar.</p> <p>31. Prevención universal en el ámbito laboral.</p> <p>32. Prevención universal en el ámbito comunitario.</p>
<b>PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA</b>	Garantizar como un derecho la prevención adaptada a las necesidades de las personas y colectivos vulnerables.	<p>33. Prevención selectiva en el ámbito escolar.</p> <p>34. Prevención selectiva en el ámbito familiar.</p> <p>35. Prevención selectiva en el ámbito festivo y del ocio.</p> <p>36. Prevención selectiva en el ámbito comunitario.</p> <p>37. Prevención indicada con adolescentes y jóvenes altamente vulnerables y sus familias.</p>
<b>ASISTENCIA TERAPÉUTICA</b>	Adecuación de la red asistencial de la CAPV para dar respuesta a todas las necesidades asistenciales que plantea el fenómeno de las drogodependencias ya sean devenidas del pasado o de reciente aparición.	<p>38. Mejora y consolidación de los recursos y programas terapéuticos eficaces.</p> <p>39. Complementación del abordaje terapéutico.</p> <p>40. Atención a personas drogodependientes bajo medidas penales.</p>
<b>PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL</b>	Potenciar una estructura continuada de recursos que permitan atender desde la reducción de riesgos y la mitigación de daños a las personas adictas en alta exclusión, hasta la incorporación social de las personas que hayan tenido o tengan problemas de adicción.	<p>41. Accesibilidad a los recursos sanitarios a las personas adictas y en riesgo de exclusión.</p> <p>42. Cobertura de necesidades básicas para personas con problemas de adicción en alta exclusión social.</p> <p>43. Medidas básicas de inclusión para personas adictas con consumos activos.</p> <p>44. Medidas a favor de los procesos de incorporación social.</p> <p>45. Intervención con personas drogodependientes bajo medidas penales.</p>
<b>COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES</b>	Incremento de la eficacia y eficiencia de los equipos profesionales de entidades públicas y de la iniciativa social, a través de la mejora de los soportes técnicos necesarios para el desarrollo de su labor.	<p>46. Coordinación de recursos e intervenciones.</p> <p>47. Investigación epidemiológica y básica en adicciones.</p> <p>48. Divulgación del conocimiento en adicciones.</p> <p>49. Formación de profesionales.</p> <p>50. Promoción de la intervención planificada: diseño, programación y evaluación.</p>

## EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN EUSKADI

Prácticamente desde su constitución, el Gobierno Vasco asumió un compromiso para abordar y dar respuesta al fenómeno de la drogodependencia y las adicciones desde un ámbito interinstitucional, con hitos e iniciativas como la creación del DAK (Centro Coordinador de Drogodependencias), en 1981; la aprobación del primer Plan de Actuación en el ámbito de las drogodependencias, en 1982; o la puesta en marcha de una comisión interdepartamental y de una comisión parlamentaria en 1984. Posteriormente, en 1991, se constituía el Consejo Asesor de Drogodependencias

En estos años se ha llevado a cabo una intensa labor planificadora de las distintas instituciones, con los 6 planes vascos de drogodependencias o adicciones, así como los sucesivos planes forales y locales. Así mismo, Euskadi ha contado con tres leyes en esta materia: 1988, 1998 -reformada en 3 ocasiones- y 2016.

Tanto las sucesivas leyes como los planes han encuadrado la política del Gobierno Vasco en materia de adicciones, y han propiciado programas, apoyos y logros en prevención, asistencia e inserción para garantizar una atención adecuada a las personas afectadas, y para abordar los problemas sociosanitarios derivados tanto del consumo como del abuso de sustancias.

Euskadi dispone, así mismo, de importantes herramientas para la obtención de información, datos y análisis, imprescindibles para el diseño, implementación y evaluación de políticas en materia de adicciones. Así, las investigaciones recogidas por el Observatorio de Drogodependencias, la serie de informes Euskadi y Drogas, y Drogas y Escuela y la Encuesta de Salud.

Euskadi cuenta con una potente red pública, diversificada y profesionalizada, que lleva a cabo tareas de prevención y promoción de la salud -desde un modelo comunitario-, así como de asistencia e inserción, prestando una atención integral e integrada a las personas con adicciones y a sus familias, centrada en sus necesidades.

La atención sanitaria, sociosanitaria y social se presta a través de Osakidetza y de la red de servicios sociales.

En el año 2016 la red de recursos la constituían 34 equipos técnicos municipales de prevención comunitaria de drogodependencias, que desempeñan su labor en 34 localidades de más de 8000 habitantes de la CAPV: 4 en Araba, 10 en Gipuzkoa y 20 en Bizkaia. Además, se apoyan intervenciones preventivas en otras 11 entidades locales que no alcanzan el número de habitantes requerido y no pueden acogerse a las ayudas para la contratación de equipos, pero que cuentan con Plan Local de Adicciones, o lo tienen en proceso de elaboración. El 81% de la población de la CAPV vive en una localidad atendida por un equipo de prevención comunitaria o que cuenta con un plan local de adicciones.

Estos recursos públicos se complementan con los ofertados por las distintas asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro que, en estrecha relación con la Administración, trabajan en beneficio de las personas afectadas.

En la siguiente tabla se muestran los presupuestos destinados a las adicciones en los años 2011 – 2016:

## Presupuesto destinado a adicciones por parte del Departamento de Salud del Gobierno Vasco:

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Financiación de equipos municipales	2.034.000 €	1.757.751 €	1.406.200 €	1.458.641 €	1.734.200 €	1.744.113 €
Financiación de entidades sin ánimo de lucro	1.440.827 €	1.621.464 €	1.281.844 €	1.313.790 €	1.442.844 €	1.443.931 €
<b>Total presupuesto Dir. Drogodependencias / Servicio Adicciones</b>	<b>5.760.633 €</b>	<b>5.069.357 €</b>	<b>4.036.444 €</b>	<b>4.650.481 €</b>	<b>4.650.481 €</b>	<b>4.650.481 €</b>

Cabe señalar finalmente, que, con fecha 7 de abril de 2016 se aprobó la Ley 1/2016 de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, que aborda las adicciones como una cuestión de salud pública, enfocando tanto las consecuencias como las causas, y desde una óptica transversal y multidimensional, desde todos los ámbitos relacionados o afectados (comunitario, familiar, educativo, laboral, judicial...), poniendo el acento en la prevención y en la promoción de estilos de vida saludable. La nueva norma parte de una especial consideración a los colectivos más vulnerables, sobre todo de las personas menores de edad, así como de las personas en situación de exclusión social. La Ley respeta la libertad personal de elección y pretende orientar esta libertad hacia el consumo responsable. Asimismo, se incorporan por primera vez el cigarrillo electrónico y las adicciones comportamentales. Además del juego patológico, se prevén medidas respecto al uso excesivo de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones.

## CONTROL DE LA OFERTA

### A) TABACO

Es preciso subrayar los grandes avances que ha habido en los últimos años en materia de tabaquismo, desde la aprobación de la Ley anti tabaco en 2011, con una disminución lenta pero gradual del consumo de tabaco, tal y como indica la Encuesta Vasca de Salud:



El tabaco continúa siendo, sin embargo, uno de los más importantes problemas de salud pública. Provoca una notable pérdida de calidad de vida y disminuye la esperanza de vida; es la causa prevenible más importante de mortalidad. Por ello, conseguir una Euskadi sin humos sigue siendo una prioridad del Gobierno Vasco.

El Gobierno Vasco ha seguido supervisando en estos años el cumplimiento de la normativa en materia de tabaco (publicidad, promoción, venta y consumo), en colaboración con las Policías Locales y la Ertzaintza para que sigan controlando el cumplimiento de dicha normativa.

Desde la entrada en vigor la Ley 1/2011, de 3 de febrero (que modificó la anterior), se han recibido 1046 denuncias. Se ofrece a continuación un análisis en más detalle de las mismas:

Por años	Por tipo de espacio cerrado	Por tipo de infracción	Denunciantes	Por territorio		
				Álava	Bizkaia	Gipuzkoa
- 2011: 239	- Hostelería: 801	- Fumar: 265	- FACUA (Federación de Consumidores en Acción): 109	- 2011: 76	- 2011: 121	- 2011: 42
- 2012: 122	- Centro Cultural: 16	- Permitir Fumar: 648	- No-fumadores/as: 4	- 2012: 34	- 2012: 61	- 2012: 27
- 2013: 124	- Centro de Trabajo: 30	- Venta de Tabaco: 115	- Ertzaintza: 185	- 2013: 42	- 2013: 64	- 2013: 18
- 2014: 129	- Centro de Transporte: 14	- Falta de Señalización: 14	- Policía Municipal: 440	- 2014: 41	- 2014: 77	- 2014: 11
- 2015: 163	- Medio de Transporte: 2	- Publicidad/Promoción: 4	- Particulares: 180	- 2015: 51	- 2015: 80	- 2015: 33
- 2016: 268	- Centro Deportivo: 15		- Guardia Civil: 124	- 2016:56	- 2016: 153	- 2016: 59
	- Centro Educativo: 4		- Com. Propietarios y Propietarias: 3	- Total: 300	- Total: 556	- Total: 190
	- Centro Comercial: 2		- Inspección Salud Pública: 1			
	- Centro Sanitario: 9					
	- Estación de Servicio: 5					
	- Organismo Público: 7					
	- Parque Infantil: 7					
	- Comercio: 57					
	- Establecimiento de juego: 71					
	- Comunidad de Vecinos/as: 8					
	- Aeropuerto:3					
	- Vía pública: 1					

#### Actuaciones realizadas:

Si en una primera fase tras la entrada en vigor de la Ley 1/2011, de 3 de febrero primaron las actuaciones de concienciación y sensibilización, en una segunda fase se han puesto en marcha procesos de incoación de expedientes sancionadores. En concreto:

- 149 actuaciones informativas dirigidas a entidades o personas denunciadas sobre la normativa aplicable al supuesto concreto en materia de tabaco.

Asimismo, se ha comunicado a Osalan, Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales 5 denuncias presentadas por trabajadores o trabajadoras por supuestas infracciones en materia de consumo de tabaco en centros de trabajo, a efectos de, en su caso, incoar y tramitar por parte del organismo, los expedientes sancionadores correspondientes.

- Expedientes sancionadores: La Dirección de Salud Pública y Adicciones ha realizado 191 propuestas de incoación de expedientes sancionadores de denuncias que provienen de agentes de la autoridad (Ertzaintza, Policía Local, Guardia Civil e Inspección de Salud Pública). De esas propuestas se han derivado los siguientes expedientes sancionadores:

	Resoluciones de inicio	Resoluciones sancionadoras
Araba	30	24
Bizkaia	82	77
Gipuzkoa	30	20
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>121</b>

## B) ALCOHOL

En materia de alcohol, cabe señalar que en Euskadi, desde 2006, se ha reducido significativamente la proporción de personas que beben la mayoría de los días y ha crecido la proporción de quienes no beben nunca.

Para el total de la población, tanto como para hombres como para mujeres y para todos los tramos de edad, la prevalencia del consumo diario de alcohol ha descendido claramente.

Desde el 2000 hasta el 2012 la proporción de personas que nunca han consumido alcohol durante el último año ha aumentado, pasando del 19% al 24%.

Así mismo, el 24,8% de las personas de entre 15 y 24 años realiza consumos excesivos o de riesgo de alcohol los fines de semana. La proporción de personas que realiza consumos de este tipo, los fines de semana disminuye con la edad y es mayor esta proporción entre las personas de entre 25 y 44 años.

También es cierto que 3 de cada 4 escolares han probado el alcohol a lo largo de su vida y que han aumentado los consumos de tipo intensivo, como las borracheras o consumo en atracón en fin de semana. Está claro que ha habido un cambio de patrones y que el consumo es temprano y cada vez más intensivo.

Tenemos el convencimiento de que nuestra sociedad, tal y como ha hecho con el humo y la adicción al tabaco, debe conseguir un vuelco cultural que elimine la variable alcohol de la ecuación que parece encadenar indefectiblemente juventud y fiesta. Y, para ello, se considera clave una intensificación de la acción institucional frente al consumo abusivo de alcohol en menores y las consecuencias que se derivan del mismo. Por ello es uno de los aspectos que se han abordado en la nueva Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, y en 2014 se puso en marcha el programa Menores y Alcohol. Además, la Dirección de Salud Pública y Adicciones ha instado el cese de publicidad ilícita de once anuncios de bebidas alcohólicas en ediciones impresas de dos periódicos de la CAPV.

## C) CIGARRILLO ELECTRÓNICO

La Ley 1/2016, del 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, equipara su regulación a la del tabaco en consonancia con la Directiva 2014/40/UE, que lo considera producto derivado del tabaco.

Antes de la entrada en vigor de la Ley 1/2016, de 7 de abril, su uso en los centros y establecimientos sanitarios, centros docentes y en las dependencias destinadas a la atención ciudadana de la Administración General e Institucional de Euskadi se reguló mediante Orden del Consejero (BOPV nº 56, de 21 de marzo DE 2014).

## D) JUEGO

En cuanto al juego, corresponde a la Dirección de Juego y Espectáculos (Departamento de Seguridad) la normativa y el control en materia de juego. Por su parte, el Departamento

de Salud –tal y como se ha señalado- ha incluido las adicciones comportamentales en la Ley 1/2016 de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.

## E) DROGAS NO LEGALES

Euskadi cuenta con un sistema de vigilancia y alerta para detectar estupefacientes peligrosos para la salud, así como nuevas formas de consumo, al objeto de conocer con mayor profundidad las características de las sustancias adictivas no legales consumidas en la CAPV.

**DROGAS DECOMISADAS POR LA ERTZAINZA POR AÑO Y TERRITORIO**

Año	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	TOTAL
<b>2011</b>	289	1.009	823	<b>2.121</b>
<b>2012</b>	311	1.028	766	<b>2.105</b>
<b>2013</b>	250	1.160	985	<b>2.395</b>
<b>2014</b>	196	1.080	1.064	<b>2.340</b>
<b>2015</b>	266	990	1.402	<b>2.658</b>
<b>2016</b>	222	1.001	1.380	<b>2.603</b>

En concreto, se recogen muestras, se analizan y se transmite la información al Plan Nacional de Drogas y al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías a través de la “Red Reitox”, integrada por los Estados Miembros de la UE.

Un total de 300 muestras de sustancias estupefacientes recogidas cada año por parte de entidades colaboradoras del Gobierno Vasco son analizadas por la UPV mediante la Resonancia Magnética Nuclear.

Cabe señalar también el apoyo prestado a los programas que realizan los equipos municipales de prevención comunitaria para que se ofrezca a los menores -que han sido sancionados por consumo de drogas ilegales en público- participar en actividades preventivas en sustitución de las sanciones.

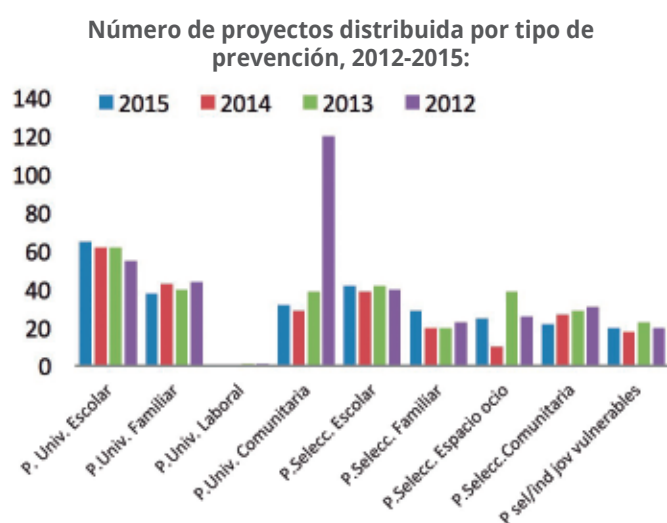
## PREVENCIÓN UNIVERSAL, SELECTIVA E INDICADA

El modelo de prevención que se sigue en Euskadi es un modelo comunitario que busca utilizar los distintos recursos existentes en la comunidad, con el fin de llegar a la población destinataria final de la intervención.

Los programas y acciones recogidos en el VI Plan de Adicciones abarcan distintos niveles de intervención. Así, la prevención universal contempla programas o acciones dirigidos a la población general, o a grupos amplios de personas que no están identificadas en base a ningún factor de riesgo, que se trabajan en los ámbitos escolar, familiar, laboral y comunitario. Por su parte, la prevención selectiva se define como el conjunto de acciones dirigidas a grupos de población concretos que se hallan sometidos a factores de riesgo, capaces de generar problemas relacionados con las drogas o el juego, independientemente de que sean personas usuarias o no de drogas.

La prevención indicada comprende las intervenciones dirigidas a personas de alto riesgo que muestran consumos de drogas y otros problemas de comportamiento. La prevención selectiva e indicada se trabaja en los ámbitos escolar, familiar, festivo y del ocio, comunitario, y con adolescentes jóvenes altamente vulnerables y sus familias. La prevención determinada engloba actividades dirigidas a reducir los riesgos para la salud y mitigar los daños en personas con drogodependencias.

Además de los equipos técnicos municipales de prevención comunitaria de las adicciones anteriormente mencionados, la red de recursos comunitarios de prevención está formada por entidades de iniciativa social que han realizado programas enmarcados en los ámbitos de prevención universal, selectiva o indicada.



Para dar respuesta a la acción del VI Plan de Adicciones, “Desarrollar intervenciones para disminuir los consumos de riesgo de alcohol”, en 2014 se puso en marcha el programa “Menores y alcohol”, de prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en menores de edad. Disminuir la cifra de menores que comienzan a consumir alcohol, retrasar la edad de inicio de consumo, reducir los consumos excesivos y abordar los problemas asociados al consumo de alcohol en este colectivo son sus objetivos. Contempla 35 acciones y 30 subacciones englobadas en 6 ámbitos de actuación.

Otros programas puestos en marcha son:

- **Alcoholimetrías:** Programa de prevención selectiva en espacios de ocio y diversión, de carácter itinerante que se desarrolla principalmente en los meses de verano y en las fiestas patronales de los municipios de Euskadi.

Aproximadamente en torno a un 20% son financiadas por las entidades locales a través de la Orden de Ayudas; cerca del 60% por el Gobierno Vasco a través de contratación directa; y el 20% restante por la Diputación de Araba.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Nº Carpas</b>	72	66	65	70	69	71
<b>Total alcoholimetrías</b>	21.203	18.776	16.882	17.477	14.989	14.484



- **Riesgo Alcohol:** Programa de prevención selectiva aplicado en el ámbito educativo, dirigido al alumnado de 4º de la ESO, Bachillerato y a ciclos formativos de iniciación profesional. Se dirige a jóvenes que realizan consumo de alcohol para que desarrollen una conducta responsable en su relación con el alcohol y aumente su percepción de riesgo.

Curso escolar	Nº total particip.	Nº total talleres	Nº total centros	Nº total municipios
2010-2011	4.210	236	84	35
2011-2012	4.114	233	79	32
2012-2013	3.780	210	75	29
2013-2014	4.339	230	86	35
2014-2015	4.242	230	91	40
2015-2016	4.689	234	87	43

- **Mimarte:** Representaciones de teatro de mimo como medio de prevención del consumo de alcohol.
- **Lonjalaket:** Programa de prevención selectiva en espacio de ocio, centrado en la prevención de drogas en lonjas. Se dirige a jóvenes que realizan consumos, a fin de que adquieran una actitud responsable en su tiempo de ocio en este ámbito.

Año	Interv. Lonjas	Personas con muestras para analizar	Nº interv. con personas
2011	30 / 10	106 chicos / 29 chicas	269
2012	51 / 17		
2014	30 / 10	127 chicos / 45 chicas	329
2015	30 / 10	149 chicos / 47 chicas	346
2016	49 / 33	405 chicos / 209 chicas	614

- **Testing:** Programa de prevención selectiva en espacio de ocio y diversión que abunda en la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas no legales. Tiene un carácter itinerante y se desarrolla principalmente en las fiestas patronales.

Año	Intervenciones	Participantes	Análisis
2011	39	9.897	1.116
2012	43	12.072	1.180
2013	38	12.345	1.029
2014	42	12.942	1.101
2015	43	12.604	854
2016	51	13.465	982



- **Análisis de sustancias en la UPV/EHU:** Análisis de muestras vinculado a programas de prevención como el “testing”. El análisis de muestras es crucial en el sistema de vigilancia de sustancias de diseño peligrosas para la salud.

	Nº muestras	Nº sustancias nuevas o peligrosas
2011	307	48
2012	295	53
2013	307	45
2014	272	49
2015	343	49
2016	264	43
<b>TOTAL</b>	<b>1.788</b>	<b>287</b>

Fuente: SGIKER

- **Dispensación responsable:** Programa de prevención y reducción de riesgos dirigido principalmente al personal de hostelería y, también, a profesionales de enseñanzas no regladas, que trabajen con personas menores de edad, como pueden ser los monitores y monitoras de tiempo libre.

Año	Municipios	Talleres	Personas
2013	17	11	112
2014	11	8	122
2015	8	11	134
2016	9	11	139

- **Campaña de verano de sensibilización sobre consumo de drogas en espacios de ocio y diversión:** Campaña de prevención universal comunitaria que se implementa en colaboración con la red de entidades locales. La distribución del material se realiza a través de los ayuntamientos y mancomunidades que estén desarrollando un plan de adicciones adscrito al del Gobierno Vasco. Todos los años, las entidades locales que reciben la convocatoria de dicha campaña, pueden solicitar el material que requieran. Así, de forma habitual, de 48 entidades locales que integra la red de prevención comunitaria de las adicciones, aproximadamente la mitad suele participar en esta campaña de prevención.

Materiales:

- “Bete zaitez... baina emozioz!”: prevención de las adicciones y del consumo de alcohol en espacios de ocio y diversión.

BETE ZAITEZ... BAINA EMOZIOZ! 2011-2016					
Media año Entidades participantes	Carteles	Alcoholímetros	Regletas	Metacrilatos	Pegatinas
20	16.133	33.092	42.315	1.240	7.400

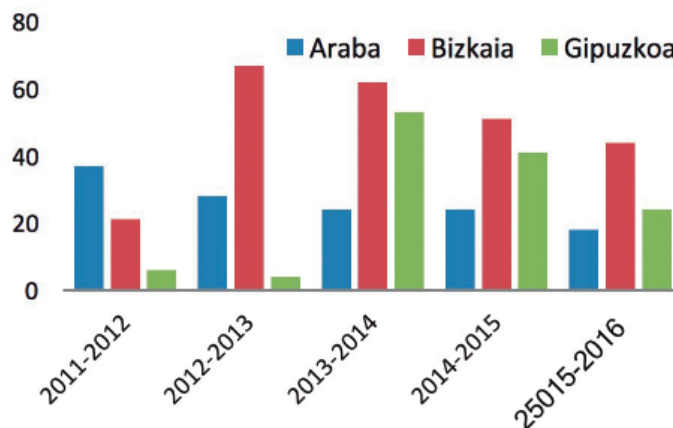
- "¿Alcohol a menores? Ni gota!"

¿ALCOHOL A MENORES? NI GOTA 2011-2016			
Metacrilatos	Carteles	Pancartas	Pegatinas
1.240	1.850	90	7.400

- "Consumo consciente. Ten cabeza": 6.600 carteles.

- **Prevención del tabaco:** Una actividad reseñable es el programa Clases sin Humo, destinado a retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, mediante la sensibilización sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco y del aire contaminado por el humo. En total, en los 4 cursos escolares en que se ha hecho han participado 419 centros y 37.100 alumnos y alumnas. Otro ejemplo de acciones preventivas lo constituyen las actividades realizadas cada año con motivo de la celebración el 31 de mayo del Día sin Tabaco.

**Número de centros escolares participantes en el programa Clase Sin Humo, 2011-2014**



## ASISTENCIA TERAPÉUTICA

La atención primaria de Osakidetza oferta tratamiento de deshabituación tabáquica (en 2014, lo ofrecían el 85% de los cupos de Atención Primaria). Desde que se puso en marcha el programa, en el año 2011, han recibido el tratamiento un total de 10.646 personas. Además, Osakidetza incorpora desde el 2012 el screening y el consejo breve sobre tabaco.

INICIO TRATAMIENTO INDIVIDUAL					
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>HOMBRE</b>	202	999	1.414	1.300	1.345
<b>MUJER</b>	205	992	1.444	1.394	1.351
<b>TOTAL</b>	<b>407</b>	<b>1.991</b>	<b>2.858</b>	<b>2.694</b>	<b>2.696</b>

FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO				
	2012	2013	2014	2015
<b>HOMBRE</b>	11	55	57	47
<b>MUJER</b>	10	53	71	75
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>108</b>	<b>128</b>	<b>122</b>

El desarrollo del área de asistencia a las personas drogodependientes recae en el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, a través de los recursos propios del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza y de otros servicios concertados con entidades sin ánimo de lucro.

El sistema cuenta con estos recursos:

- 32 centros para tratamiento ambulatorio de las toxicomanías y/o alcoholismo (Bizkaia y Gipuzkoa).
- 1 centro de tratamiento integral de las toxicomanías - COTA (Alava).
- 9 centros de tratamiento de toxicomanías concertados (Alava 1: Jeiki, Bizkaia 6: Gizakia-Etorkintza-Módulos psicosociales, Gipuzkoa 2: Izan-Agipad).
- 7 comunidades terapéuticas privadas concertadas especializadas en la rehabilitación de las personas toxicómanas. Una de ellas dedicada exclusivamente a mujeres/madres drogodependientes con hijos o hijas menores a su cargo.
- 1 unidad de desintoxicación hospitalaria en el Hospital de Galdakao (Bizkaia). Además, en las unidades de psiquiatría de agudos, personas agudas enmarcadas en otros 4 hospitales generales de cada uno de los territorios históricos, se realizan programas de desintoxicación en un marco más general de ingreso.
- 1 hospital de día para atención a personas toxicómanas (Manu-Ene – Bizkaia).
- 3 hospitales psiquiátricos en Bizkaia.
- 1 hospital psiquiátrico de media estancia en Alava.
- 1 centro de tratamiento de patología dual (Maldatxo – Aita Menni, Gipuzkoa).
- 3 recursos asistenciales en cada una de las 3 prisiones de la CAPV.
- 6 unidades hospitalarias para tratar la desintoxicación y el tratamiento residencial de alcoholismo.
- 2 residencias no hospitalarias para tratar el acogimiento residencial de las enfermas y los enfermos alcohólicos.

La puerta de entrada de las personas usuarias a la red de atención a las adicciones puede ser bien a través de servicios concertados con entidades sin ánimo de lucro, bien

a través de la Red de Salud Mental de Osakidetza. La Red de Salud Mental presta sus servicios en cada uno de los Territorios Históricos:

- **BIZKAIA:** El sistema de atención a las drogodependencias está integrado en el sistema asistencial público de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB). La RSMB está subdividida en 4 Comarcas de Atención que atienden a la totalidad del territorio de Bizkaia.

El abordaje de la atención a las drogodependencias contempla la existencia de centros específicos de atención a drogodependencias y la atención a través de los distintos Centros de Salud Mental distribuidos en las distintas Comarcas.

- **GIPUZKOA:** El sistema de atención a las drogodependencias está integrado en el sistema asistencial público de salud mental de Gipuzkoa, compartiendo el funcionamiento de dicho sistema. El abordaje de las drogodependencias distingue a las personas consumidoras de opiáceos del resto de toxicomanías, en cuanto al punto de tratamiento.

Las y los consumidores de tóxicos no opiáceos son atendidos en los propios centros de salud mental junto con el resto de patologías y grupos diagnósticos, mientras que las personas consumidoras de opiáceos cuentan con un programa específico (Bitarte).

- **ALAVA:** El tratamiento de las adicciones está centralizado en el Centro de Orientación y Tratamiento de las Adicciones (COTA) de Álava. Es un servicio extrahospitalario de la red de salud mental de Álava.

En los tres territorios existe el programa sustitutivo de tratamiento con metadona. Las personas incluidas en dicho programa pueden recibir el tratamiento a través de la Red de Salud Mental correspondiente o a través de la oficina de farmacia más cercana a su domicilio en base a un acuerdo con el Colegio Oficial de Farmacéuticos.

Cabe destacar el plan de acción realizado por Osakidetza en el abordaje del consumo de alcohol por parte de menores, integrado en el programa "Menores y Alcohol":

#### **A. Atención Primaria:**

##### 1. Pediatría y persona adulta

- 1.1. Prevención y cribado del consumo de alcohol en: Consulta de Pediatría y persona adulta.
- 1.2. Intervención en menores con consumo de alcohol: riesgo moderado o máximo
- 1.3. Derivación.

##### 2. Atención urgente – PAC

##### 3. Atención en el área de mujer

- 3.1. Intervención en consulta área mujer

4. Intervención comunitaria
  - 4.1.Ámbito escolar
  - 4.2.Intervención en la Comunidad
5. Coordinación con otros ámbitos de salud

### **B. Atención Hospitalaria**

1. Urgencias
2. Consultas y Hospitalización donde atienden menores
3. Consultas y Hospitalización. Ginecología y Obstetricia
4. Consultas y Hospitalización de Psiquiatría
5. Intervención en la Comunidad
6. Coordinación con otros ámbitos de salud

### **C. Emergencias**

1. Tipo de intervención a menores
2. Intervención en la Comunidad
3. Coordinación con otros ámbitos de salud

### **D. Consumo Sanitario**

1. Intervención en llamadas
2. Seguimiento en menores con consumos de alcohol
3. Coordinación con otros ámbitos de salud

### **E. Salud Mental**

1. Derivación del o de la menor a un dispositivo de Salud Mental
2. Cribado y prevención del consumo de alcohol
3. Intervención en menores con consumo de alcohol

Entre 2011 y 2016 se ha continuado atendiendo a las personas drogodependientes bajo medidas penales. Esta atención se ha venido llevando a cabo con la colaboración de distintas entidades, para poner en marcha programas de tratamiento de alcoholismo y toxicomanías en las tres prisiones vascas. En la actualidad los servicios que prestaban estas entidades en Bizkaia y Gipuzkoa han sido asumidos por la Red de Salud Mental Extrahospitalaria, tras la transferencia de la sanidad penitenciaria a la CAPV el 1 de julio de 2011. Dadas las características de la prisión de Araba (Zaballa), que es centro de cumplimiento, la atención se presta a través de la asociación Lur Gizen.

PERSONAS ATENDIDAS EN EL C.P. ARABA (ZABALLA) POR LA ASOCIACIÓN LUR GIZEN (HASTA NOV. 2016)					
AÑO	Nº PERSONAS ACTIVAS EN TRATAMIENTO CON Hª CLÍNICA		Nº PERSONAS ATENDIDAS SIN Hª CLÍNICA		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
<b>2011</b>	263	35	66	18	<b>382</b>
<b>2012</b>	340	32	78	14	<b>464</b>
<b>2013</b>	292	32	92	18	<b>434</b>
<b>2014</b>	289	30	87	16	<b>422</b>
<b>2015</b>	334	32	88	15	<b>469</b>
<b>2016</b>	334	34	70	11	<b>447</b>

La entonces Dirección de Drogodependencias tenía concertados desde 2007 los recursos necesarios para la atención en Comunidad Terapéutica para personas sentenciadas penalmente, que son enfermas drogodependientes con patologías mentales asociadas. Se han venido financiando 24 plazas en 3 Comunidades Terapéuticas de 2 asociaciones (GIZAKIA E IZAN). Desde el año 2013 estas plazas son concertadas desde las Delegaciones de Bizkaia y Gipuzkoa.

En cuanto a intervenciones con las y los menores infractores sometidos a tratamiento, la totalidad de las medidas judiciales impuestas a personas menores de edad en el ámbito de la CAPV, son competencia de la Dirección de Justicia antes ubicada en el Departamento de Administración Pública y Justicia y actualmente en el Departamento de Trabajo y Justicia, siendo esa Dirección quien corre con la totalidad de los gastos que la ejecución de las medidas puedan originar.

MENORES INFRACTORES/AS SOMETIDOS/AS A TRATAMIENTO			
AÑO	TOTAL MEDIDAS	TRATAMIENTO AMBULATORIO	INTERNAMIENTO TERAPÉUTICO
<b>20121</b>	992	8	14
<b>2013</b>	798	5	14
<b>2014</b>	810	12	13
<b>2015</b>	929	5	13
<b>2016</b>	794	1	10

Es importante reseñar que en todas las medidas se realiza un plan personalizado para la ejecución en el que se recoge si existen consumos problemáticos y, en su caso, la necesidad de incluir en el plan de intervención el abordaje de esta realidad. En un número importante de los casos se produce una atención directa a esta problemática mediante programas específicos (realizados por las y los propios profesionales de justicia juvenil). En el resto la atención se realiza en programas comunitarios.

## PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL

El Gobierno Vasco, junto con la Diputación Foral de Bizkaia y el Ayuntamiento de Bilbao, entre 2011 y 2016 ha renovado los convenios suscritos con 3 entidades para el mantenimiento de 3 recursos sociosanitarios en la capital vizcaína:

- Médicos del Mundo – sala de consumo supervisado (hasta 2014).
- Cáritas Diocesana de Bilbao – Centro de Emergencia y Acogida Nocturna “Hontza”.
- Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia – Centro de día de baja exigencia para personas drogodependientes.

Tras la decisión tomada por Médicos del Mundo en octubre de 2013 de no continuar con la gestión de la Sala de Consumo Supervisado, a lo largo de 2014 se definió entre las tres administraciones participantes en la financiación y gestión de la Sala (Gobierno Vasco-Dirección de Salud Pública y Adicciones, Ayuntamiento de Bilbao y Diputación Foral de Bizkaia) un nuevo proyecto de centro sociosanitario interinstitucional de atención a las adicciones Andén I, que contempla el consumo supervisado, además de como una estrategia de reducción de riesgos y daños, como una prestación a partir de la cual se puedan generar procesos de motivación y cambio hacia la inserción social.

En 2015 se elaboró un convenio de colaboración entre la Dirección de Salud Pública y Adicciones y la Fundación Gizakia, que es la encargada de llevar a cabo la gestión del Centro “Andén I”, financiando de esa manera el Gobierno Vasco aproximadamente un tercio del coste total del proyecto y contribuyendo así a consolidar la sala de consumo higiénico y mejorando su cobertura y servicios.

## COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES

- Relación de convenios y conciertos:

<b>Con la Administración Central</b>	Convenio específico para el año 2015 del protocolo general de colaboración suscrito el 2 de junio de 1999 entre el Ministerio del Interior (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) y la Comunidad Autónoma del País Vasco
<b>Subvenciones a entidades locales</b> (Ayuntamientos, mancomunidades, consorcios)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subvención a 34 entidades locales para el mantenimiento de equipos técnicos de prevención comunitaria de las drogodependencias.</li> <li>2. Subvención a 45 proyectos de prevención de las drogodependencias, correspondientes a 48 entidades locales.</li> </ol>
<b>Con ONGs</b>	<p><b>Número de organizaciones con Convenio o Concierto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundación Gizakia: “Andén 1” Centro sociosanitario de atención a las adicciones (Desde 2016)</li> <li>• Cáritas Diocesana de Bilbao: Centro de Emergencia y Acogida Nocturna “HONTZA”</li> <li>• Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia: Centro de día de baja exigencia para personas drogodependientes</li> <li>• Instituto Deusto de Drogodependencias: Formación e Investigación en adicciones</li> <li>• SII: Centro de Documentación sobre adicciones del País Vasco</li> </ul> <p><b>Número de Organizaciones Subvencionadas:</b> Subvención a 69 proyectos correspondientes a 34 entidades de iniciativa social</p>

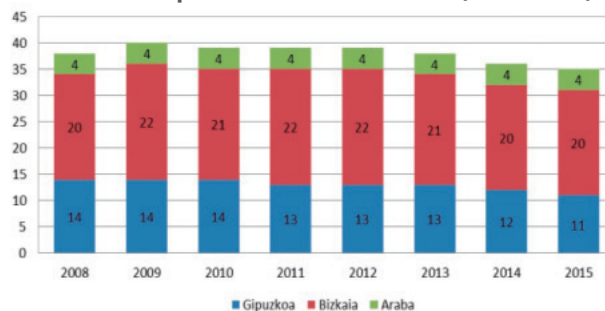
- Estructuras de coordinación institucionalizadas:
  - Comisión Interdepartamental de Drogodependencias
  - Consejo Asesor de Drogo-dependencias
  - Comisión Mixta de Educación para la Salud (Departamentos de Educación, Política Lingüística y Cultura, Empleo y Asuntos Sociales y Salud)
  - Consejo Vasco de Servicios Sociales
  - Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi
  - Consejo Vasco de Atención Socio-sanitaria
  - Consejo de Sanidad de Euskadi
- Cada año se han convocado las ayudas a entidades locales para el mantenimiento de equipos técnicos de prevención de adicciones.

#### EQUIPOS MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS QUE RECIBIERON AYUDA 2008-2015

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitoria-Gasteiz</li> <li>• Amurrio</li> <li>• Llodio</li> <li>• Instituto Foral de Bienestar Social (atención a la población de las cuadrillas de Araba)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrigorriaga</li> <li>• Barakaldo</li> <li>• Basauri</li> <li>• Bermeo (hasta 2013)</li> <li>• Bilbao</li> <li>• Erandio</li> <li>• Ermua</li> <li>• Galdakao</li> <li>• Gernika-Lumo</li> <li>• Getxo</li> <li>• Leioa (desde 2009)</li> <li>• Ortuella</li> <li>• Portugalete</li> <li>• Santurtzi (salvo en el 2010)</li> <li>• Sestao (2009 – 2012)</li> <li>• Mancomunidades de Arratia, Durango, Encartaciones, Lea-Artibai, Txorierri, Uribe Kosta, Mungialde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andoain</li> <li>• Aretxabaleta</li> <li>• Arrasate-Mondragon</li> <li>• Azpeitia</li> <li>• Beasain (2013 - 2015)</li> <li>• Bergara</li> <li>• Donostia-San Sebastian</li> <li>• Eibar</li> <li>• Hondarribia</li> <li>• Irun</li> <li>• Oñati (hasta 2013)</li> <li>• Ordizia (hasta 2012)</li> <li>• Tolosa</li> <li>• Zarautz</li> <li>• Zumarraga (hasta el 2009)</li> </ul>
--	---	---

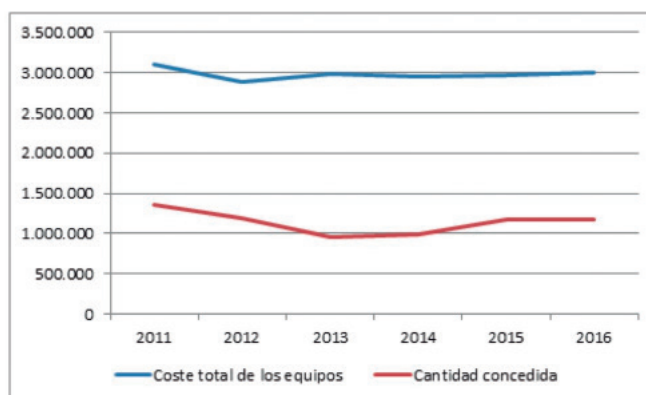
El número de equipos municipales de prevención existentes por Territorio Histórico ha descendido un 16 %. La cantidad destinada desde 2008 ha sufrido, por su parte, un retroceso del 26 %.

Nº de equipos municipales de prevención de las adicciones por Territorio Histórico (2008-2015)



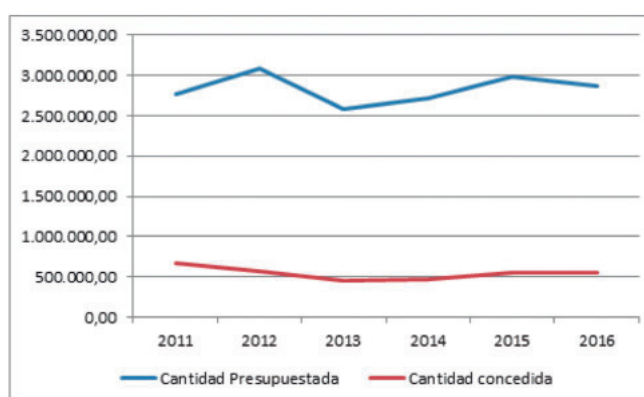


**Presupuesto de los equipos técnicos municipales y cantidad concedida (2008-2016)**



Por otra parte, se han convocado también ayudas dirigidas a las entidades locales de la CAPV para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones. En 2015 las entidades locales, ayuntamientos y mancomunidades con Plan Local de Adicciones que han presentado solicitud de ayuda fueron 48, cifra que se viene manteniendo desde 2008.

**Coste de los programas comunitarios y cantidad concedida para su realización (2008-2016)**



Entre 2011 y 2016 han tenido lugar diversas reuniones con el personal técnico de prevención municipal que reciben financiación de la Dirección de Salud Pública y Adicciones a través de la Orden de Ayudas (35 equipos). En algunos casos se ha tratado de reuniones con todos los equipos técnicos, en otros de foros de carácter técnico o grupos de trabajo donde han participado varios de ellos

Así mismo, se han mantenido encuentros y reuniones con otros departamentos del Gobierno Vasco, responsables políticos y políticas, personal técnico y especialistas de diversos sistemas con el fin de favorecer la colaboración y cooperación en las intervenciones.

En cuanto a la coordinación con el Plan Nacional de Drogas, en 2011-2015 se ha renovado el convenio específico del Protocolo General de Colaboración suscrito el 2 de junio de 1999 entre el Ministerio del Interior (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) y la CAPV. Además, se participó en las comisiones del Plan Nacional sobre Drogas (intersectorial, interautonómica y comisiones de trabajo). Asimismo, año a año se han remitido los datos recabados a la Comunidad Autónoma de Euskadi para la elaboración de la memoria de actividades del Plan Nacional sobre Drogas.

Durante el período de vigencia del VI Plan de Adicciones se ha colaborado en relación con la intervención en adicciones, en la elaboración y evaluación de otros planes del Gobierno, como el Plan de Salud; Plan para la Igualdad de Hombres y Mujeres en la CAPV; Plan Joven y Plan de Justicia Juvenil.

Asimismo, la Dirección de Salud Pública y Adicciones ha colaborado durante el año 2014 en la elaboración del II Libro Blanco del Juego en Euskadi, que fue presentado en enero de 2015 por el Departamento de Seguridad.

El Libro se estructura en los siguientes apartados:

- A. EL SECTOR DEL JUEGO EN EUSKADI
- B. TENDENCIAS Y MEJORES PRÁCTICAS EN EL SECTOR DEL JUEGO
- C. RETOS DEL SECTOR DEL JUEGO EN EUSKADI
- D. BUENAS PRÁCTICAS DE LAS EMPRESAS DEL SECTOR DEL JUEGO
- E. RESUMEN EJECUTIVO

Por otro lado, desde 2015 la Dirección de Salud Pública y Adicciones participa en la Red de Euskadi de Protección de Menores en Internet, espacio de trabajo colaborativo de diversos agentes públicos que tiene por objetivo, bajo el liderazgo del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, de gestionar coordinadamente la información, las actividades formativas y las acciones propuestas en la materia de tecnologías digitales y personas menores.

En cuanto a investigación y divulgación del conocimiento en adicciones, la elaboración y difusión de informes y estudios ha estado enmarcada en los convenios de colaboración que se han seguido manteniendo con el Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD) y el Centro de Documentación Eguía Careaga (SIIS). Así mismo, se ha contado con la colaboración puntual del Instituto Vasco de Criminología-(IVAC):

AÑO	INVESTIGACIONES IDD
2011	Investigación: <i>"Recursos de prevención determinada y reducción de riesgos en Bilbao: situación actual y necesidad"</i>
2012	Investigación: <i>Elaboración de un manual de buenas prácticas en prevención selectiva escolar y puesta en marcha del modelo de manera experimental para curso académico 2012/2013</i>
2013	Investigación: <i>Drogas y Escuela VIII: "Análisis sobre las desigualdades en el consumo de drogas"</i>
2014	Investigación: <i>"Género, vulnerabilidad y prácticas de riesgo en el consumo de alcohol en menores"</i>
2015	<p>Investigaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>"Género, vulnerabilidad y prácticas de riesgo en el consumo de alcohol en menores. Análisis cuantitativo de las encuestas escolares realizadas, y elaboración del estudio. Esta investigación ha dado lugar a otros documentos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Informe cuantitativo sobre "La violencia en las relaciones de noviazgo adolescente, analizando este fenómeno en su vinculación con otros factores como son el ajuste escolar, la comunicación familiar, la ideología de género y el consumo de drogas".</i></li> <li>- <i>Informe cualitativo sobre "consumo de alcohol, el ocio y los riesgos relacionados con estas prácticas desde una perspectiva de género".</i></li> <li>- <i>Artículo científico: "Diferencias y relación entre el ajuste escolar, comunicación filio-parental y consumo de sustancias en jóvenes adolescentes de diferentes edades".</i></li> <li>- <i>Artículo científico: "Ideología de género, relación filio-parental y violencia en las relaciones de pareja en jóvenes adolescentes".</i></li> </ul> </li> <li>• <i>"Drogas y Escuela IX. Preparación metodológica del estudio: incorporación de nuevas variables de estudio, uso y abuso de la tecnología, adicciones comportamentales, nuevas sustancias. Validación y fiabilización del nuevo instrumento de medida o cuestionario; preparación del trabajo de campo".</i></li> <li>• <i>"Género, vulnerabilidad y prácticas de riesgo en el consumo de alcohol en menores" IDD</i></li> <li>• <i>"Violencia de noviazgo adolescente. Relación con factores de ajuste escolar, comunicación familiar, consumo de drogas e ideología de género" IDD</i></li> </ul>

- **IVAC:**

- 2011: *“Cannabis terapéutico y dispensación de heroína oral”.*
- 2015: *“Análisis comparativo de las diferentes propuestas existentes para el abordaje del consumo de alcohol en público: una propuesta para su aplicación desde la Dirección de Salud Pública y Adicciones y las Administraciones Municipales.”*

- **SIIS** – Centro de documentación en adicciones:

El SIIS se encarga de gestionar la página Web Drogomedia ([www.drogomedia.com](http://www.drogomedia.com)), dirigida a profesionales, jóvenes, padres y madres. Promovida por el Gobierno Vasco, contiene abundante información sobre adicciones, tanto de carácter más divulgativo (glosario, diccionario, sustancias, noticias, agenda, recursos, enlaces, investigaciones) como técnico (herramientas, novedades documentales, novedades institucionales, etc.). Se actualiza permanentemente.

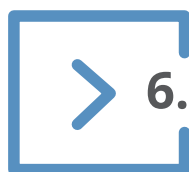
Investigaciones:

- *“Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio” (2013).*
- *“Políticas públicas sobre prevención y atención a adicciones sin sustancia. Tendencias internacionales”.*
- Monográfico: *“Desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas”.*

<b>CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS DEL PAÍS VASCO</b>						
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
FONDO DOCUMENTAL	40.641	42.065	43.396	44.305	45.175	46.282
NUEVAS INCORPORACIONES	1.869	1.500	1.000	1.934	1.934	1.107
MONOGRAFÍAS (FONDO)	7.917	8.141	8.373	8.589	8.813	9.080
MONOGRAFÍAS (NUEVAS)	334	20	78	98	87	270
NOTICIAS PRENSA (FONDO)	16.903	18.806	19.746	22.012	21.804	22.768
TEXTOS LEGISLATIVOS (FONDO)	1.490	1.569	1.637	1.749	1.749	1.812
REVISTAS	160	161	131	126	116	116
CONSULTAS BIBLIOTECA	860	700	700	602	606	573
<b>DROGOMEDIA</b>						
SECCIONES	5.922	24.287	26.282	31.009	28.780	53.299
SUSCRIPTORES/AS-BOLETÍN DIARIO ELECTRÓNICO				784	796	813
<b>PERFILES SOCIALES</b>						
TWITTER DROGOMEDIA (SEGUIDORES/AS)				817	973	1.577
FACEBOOK DROGOMEDIA (USUARIOS/AS)				225	280	475
<b>DIRECTORIO DROGAS</b>						
VISITAS 2015				2.170	2.380	1.733
PÁGINAS VISTAS 2015				13.113	10.794	6.150

- Investigaciones realizadas con **otras entidades:**

2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Estudio de campo y análisis de realidad sobre el colectivo de drogodependientes en la Margen Izquierda”. Etorikintza.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Perfil sociodemográfico y de salud de las personas en exclusión atendidas en tres recursos de reducción de daños de Bilbao”. UPV/EHU.</li> <li>• Evaluación de programas de prevención de drogodependencias en el Sistema Educativo Vasco. LAZ CONSULTING.</li> </ul>
2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Informe sobre el impacto de la Ley 1/2011, de 3 de febrero, de tercera modificación de la Ley sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de drogodependencias”. Eusko Iker – UPV/EHU.</li> </ul>
2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Estudio del dimensionamiento de la necesidad de dispositivos sociosanitarios de bajo nivel de exigencia para personas vulnerables en exclusión social y desprotección” Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia.</li> <li>• “Consumo de alcohol y violencia de género. Perspectiva de los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias jurídico y social.” IVAC</li> </ul>



## 6.5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA

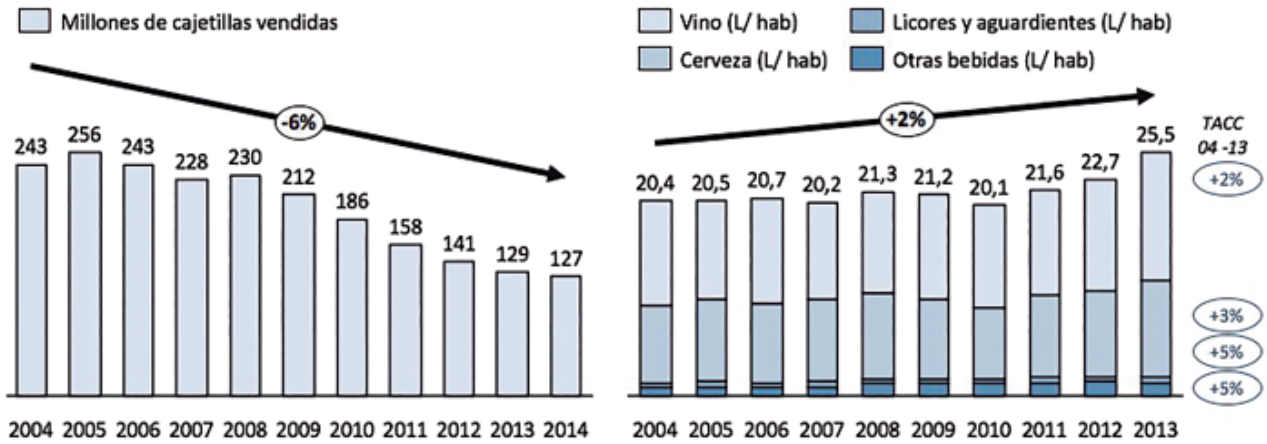
A continuación se recogen una selección de indicadores sobre:

- Control de la oferta
- Evolución de la demanda por sustancia:
  - Tabaco
  - Alcohol
  - Cannabis
  - Otras drogas ilegales
  - Otras adicciones emergentes: psicofármacos, sustancias dopantes y adicciones sin sustancia
- Demanda de tratamiento
- Urgencias hospitalarias y mortalidad

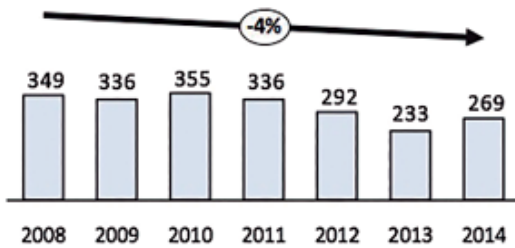
El análisis de la situación de partida se ha elaborado sobre la base de la Evaluación del VI Plan de adicciones y de las entrevistas realizadas para la elaboración del VII Plan de Adicciones de la CAPV, así como de los últimos informes y estadísticas disponibles: “Euskadi y Drogas 2012”, “Drogas y Escuela 2013”, “ESCAV 2013”, Informes de Salud Pública y Adicciones correspondientes a 2013, 2014 y 2015, “Informe Europeo sobre Drogas 2015”, “Sistema de Información sobre Toxicomanías - SEIT 2013”, Drogomedia.com e informes elaborados por el SIIS-Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguia Careaga.

## Control de la oferta

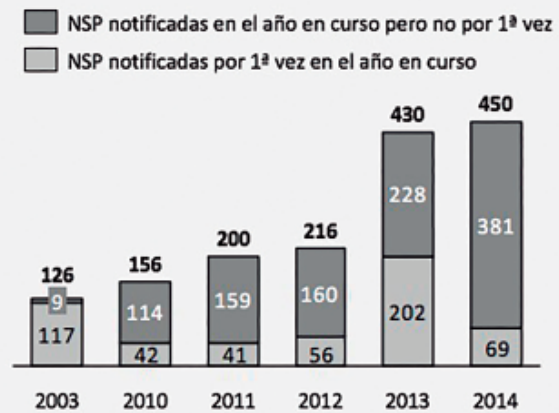
### Evolución de la venta de tabaco y alcohol (millones de cajetillas y litros por habitante) en la CAPV



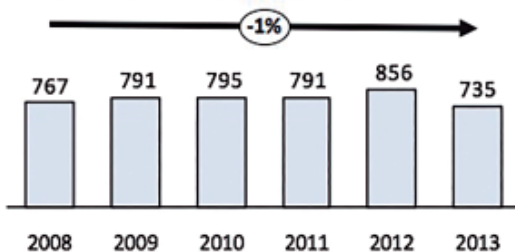
### Evolución de detenciones en la CAPV



### Número de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) notificadas al sistema de alerta temprana de NUDD 09 - 14

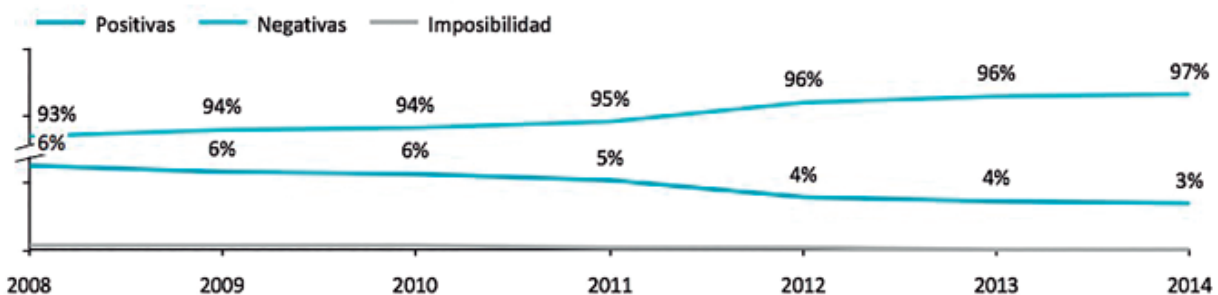


### Evolución de las diligencias abiertas en la CAPV



Fuente: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (NUDD)

### Evolución de los resultados de las pruebas de alcoholemia en la CAPV





## Alcohol

**El consumo de alcohol ha descendido, si bien continua siendo elevado, especialmente en determinados grupos de población. La edad de inicio se mantiene, pero se incrementa el consumo de riesgo, ligado al entornos de ocio.**

El consumo diario de alcohol también ha experimentado un descenso, pasando de una prevalencia del 21% sobre el total de la población en 2000 al 12% en 2012. Sin embargo desde 2010 ha aumentado el consumo de riesgo.

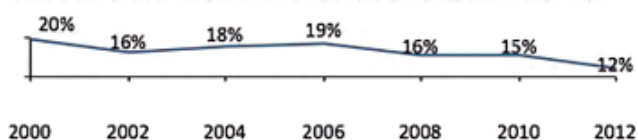
La mayor prevalencia de consumo habitual se da en hombres de 45 a 74 años, y la de consumo intensivo en hombres de entre 15 y 45 años, por lo que se la concentración de los consumos de riesgo no son exclusivamente un fenómeno ligado a la juventud.

Respecto a la edad de inicio y el consumo de alcohol por los y las jóvenes, y en contra de la percepción general, la edad de inicio se ha mantenido relativamente estable con una ligera disminución entre 2002 y 2012 (de 16,6 a 16,5 años). En la parte negativa, como indican los datos, la proporción de menores de 15 a 18 años que consumen los fines de semana se ha incrementado significativamente. mente y es similar en chicos y chicas (el sexo ya no es un factor protector entre los 15 y 24 años, como demuestra la proporción de hombres y mujeres sospechosas de alcoholismo en dicho tramo de edad), lo que en gran parte responde al modelo actual de ocio juvenil ligado a la fiesta y el consumo de alcohol en fines de semana. Además, el peso relativo de lonjas y discotecas como lugares donde se realizan los consumos aumenta respecto del producido en bares y en la calle). En cualquier caso, en 2012 se producen en proporción menos episodios de consumo intensivo que en 2008, y según los datos del ESCAV 2013, no parece que los y las menores de edad beban mas alcohol que generaciones anteriores con igual edad.

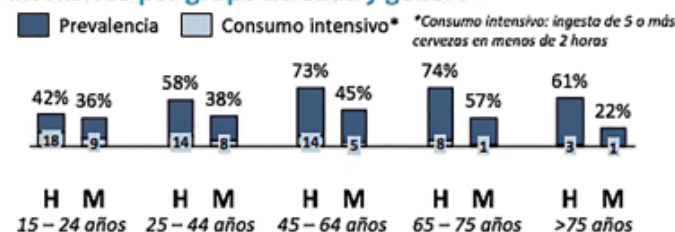
Finalmente, destaca la concepción que la población tiene sobre el alcohol, ya que en torno al 26% de la población total (el 40% considerando solo la población consumidora) piensa que el consumo tiene tantos perjuicios como beneficios.

En comparación con el resto del Estado, se observan niveles de consumo similares, si bien en la CAPV el consumo actual y diario es sensiblemente superior.

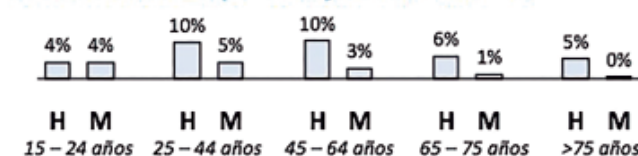
### Evolución de la prevalencia (%) de consumo diario



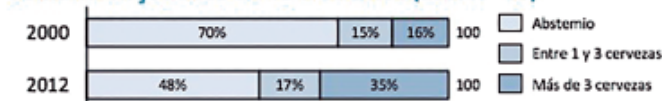
### Prevalencia (%) del consumo habitual y consumos intensivos por grupo de edad y género



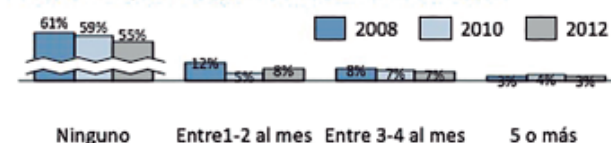
### Proporción (%) de personas sospechosas de alcoholismo (test de CAGE >= 2) por sexo y edad (ESCAV '13)



### Evolución de consumo de alcohol durante los fines de semana en jóvenes de 15 a 18 años (ESCAV '13)



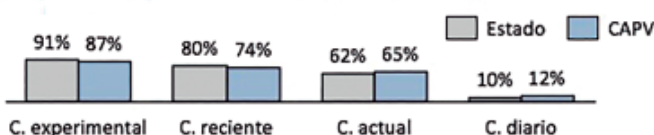
### Distribución de la población de entre 15 y 18 años en función del nº de episodios de consumo intensivo (en días) durante el último mes



### Percepción social sobre el consumo de alcohol

	% pob.	% pob. consumidora
Solo perjuicios	6%	9%
Más perjuicios que beneficios	13%	20%
Tantos perjuicios como beneficios	26%	40%
Solo beneficios	4%	6%

### Comparativa prevalencia (%) Estado vs. Euskadi



## Tabaco

**Decrece el número de fumadores y la intensidad del consumo. Se reducen las diferencias entre hombres y mujeres. Factores de riesgo: ser hombre y de clase socioeconómica baja y ser mujer y de clase socioeconómica alta**

El porcentaje de personas fumadoras ha descendido de manera importante en los últimos años, pasando del representar el 33% de la población en 2008 al 26% en 2012, descenso que se ha constatado tanto en hombres como en mujeres. El consumo experimental además también acusa una tendencia decreciente.

Por otro lado, ha crecido el porcentaje de personas que nunca han fumado, y se observa un descenso permanente de la proporción de fumadores que consumen más de una cajetilla.

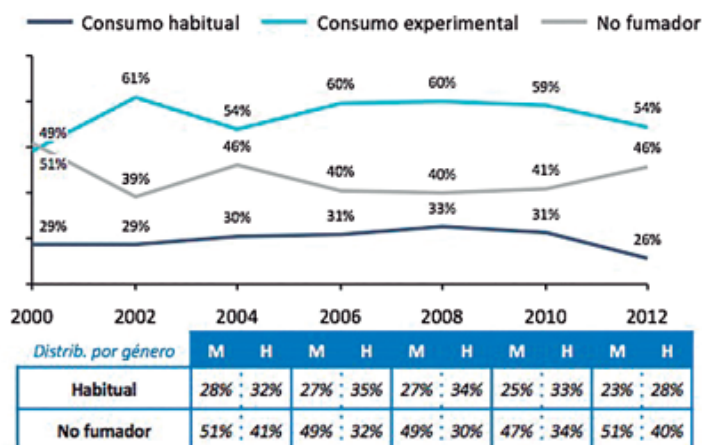
Más del 76% de la población fumadora reconoce que fumar le causa más perjuicios que beneficios, y los principales motivos para cesar en este hábito son el miedo al cáncer y enfermedades pulmonares y la presión familiar, además de la recomendación del médico.

Tradicionalmente los hombres han sido más fumadores, si bien se observa una evolución hacia un patrón similar en ambos sexos (en series temporales largas).

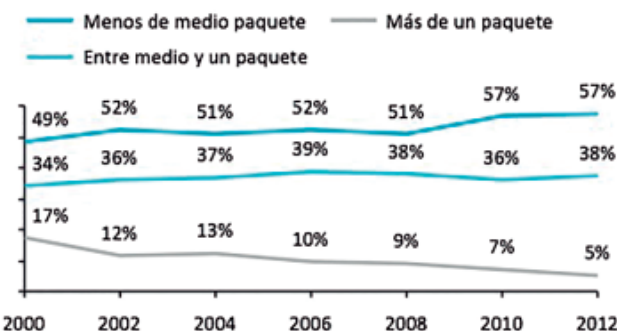
Por el contrario, se observan diferencias importantes en función del nivel socioeconómico. Los hombres de nivel socioeconómico alto tienen aprox. un 23% menos riesgo de ser fumadores, mientras que en las mujeres se observa una mayor prevalencia de tabaquismo en las mujeres de clase social alta.

A nivel estatal, y pese a que los datos no son absolutamente comparables por las diferencias metodológicas en la recopilación de datos (diferentes años y muestras), se observa que todos los indicadores de consumo resultan en la CAPV más bajos que para el conjunto del Estado (2015).

### Prevalencia (% de la población) de consumo de tabaco



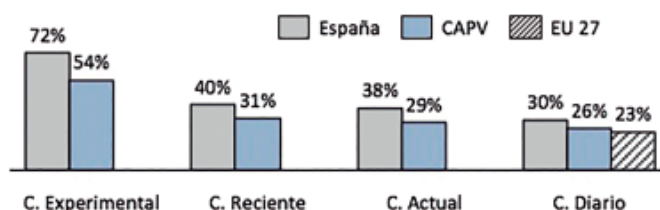
### Distribución de fumadores según intensidad



### Distribución de fumadores en función de perjuicios y beneficios atribuidos

	% pob. Consumidora habitual
Solo perjuicios	36%
Más perjuicios que beneficios	40%
Tantos beneficios como perjuicios	15%
Más beneficios que perjuicios	2%
Solo beneficios	0,5%

### Comparativa Estado vs. Euskadi





## Cannabis

Desciende el consumo tanto experimental como habitual, especialmente entre los y las adolescentes y jóvenes. Resulta preocupante la percepción de “inocuidad” que socialmente se tiene de esta sustancia, que tiene en Euskadi una de las mayores tasas de consumo europeas.

Desde 2006, se observa una tendencia decreciente en el consumo experimental y habitual de cannabis. Ya en el VI plan de Adicciones se apuntaban algunas posibles causas de esta tendencia, que podría deberse a la mayor concienciación sobre sus efectos perniciosos, o a la peor situación económica.

Según “Drogas y escuela”, la edad de inicio se mantiene estable (18,6 años), pero decrece la proporción de estudiantes que nunca han probado cannabis (del 63% al 54%). Además, hacen un uso más intensivo y su consumo es más frecuente entre escolares que en la población en general. Habitualmente la proporción de mujeres que consume cannabis es menor.

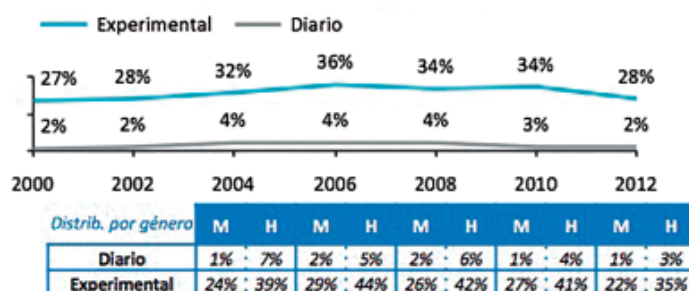
Aunque se trate de una sustancia cuyo consumo se asocia a los y las jóvenes, se observa un menor descenso en el consumo experimental de la población entre 35 y 74 años.

Al igual que con el alcohol, destaca la percepción que quienes consumen habitualmente tienen de ella. El 45% cree que produce tantos perjuicios como beneficios, o más beneficios que perjuicios (18%).

En cuanto a las desigualdades sociales, ser mujer supone un factor de protección, mientras que ser joven aumenta doce veces el consumo respecto a una persona de 35 años. Ser hombre y pertenecer a un nivel socioeconómico bajo incrementaría asimismo el riesgo a consumir.

En comparativa con el Estado, salvo el consumo experimental en la CAPV todos los consumos son inferiores, aunque respecto al panorama internacional, la CAPV está entre las regiones con consumo experimental y actual más elevados.

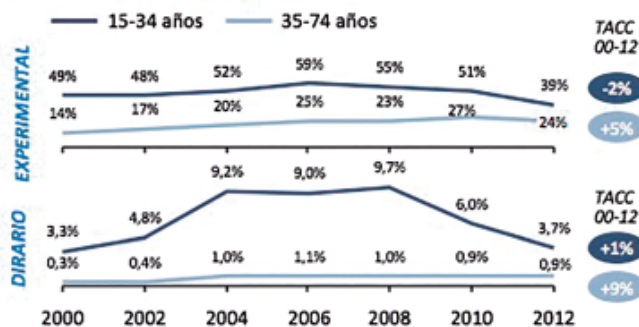
### Evolución de la prevalencia (%) de consumo



### Comparativa evolutiva del consumo de hachís en población escolar (en %. datos seleccionados)

Ocasiones en las que se ha consumido		1996	2006
A lo largo de la vida	Nunca	63%	54%
	De 1 a 9	17%	17%
	De 10 a 39	9%	11%
	Más de 40	10%	10%
Consumo en el último mes	Nunca	78%	70%
	De 1 a 10	13%	15%
	De 10 a 39	4%	6%
	Más de 40	2%	6%

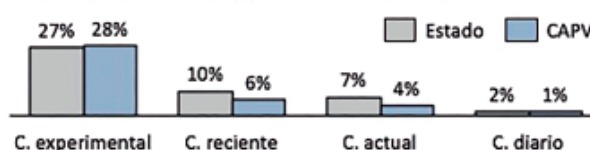
### Prevalencia (%) del consumo experimental y habitual de cannabis por grupo de edad



### Percepción social sobre el consumo de cannabis

	% pob. Consumidora habitual
Solo perjuicios	5%
Más perjuicios que beneficios	18%
Tantos beneficios como perjuicios	45%
Solo beneficios	8%

### Comparativa prevalencia Estado vs. Euskadi



## Otras drogas ilegales

**El consumo de drogas ilegales distintas al cannabis sigue un patrón decreciente desde 2004. Se incorporan menos personas consumidoras y crece la tasa de abandono.**

A nivel general, el consumo de otras drogas ilegales ha ido decreciendo desde 2004. Además, el uso experimental ha caído significativamente, pasando de un 14% en 2004 al 8,6% en 2012 (unas 142.000 personas). También han caído los consumos recientes (último año) del 4,4% al 1,3% y actuales (consumo diario) del 2,5% al 0,7% entre 2004 y 2012. Se consolida pues la tendencia iniciada a mediados de la década, con una menor incorporación de nuevas personas consumidoras y una progresiva reducción de los índices de continuidad. Las tasas actuales son similares a las del 2000.

Las sustancias de mayor consumo siguen siendo cocaína y anfetaminas, drogas estimulantes asociadas principalmente a ambientes de ocio y al consumo recreativo. En cuanto al consumo habitual de estas sustancias, la cocaína ha dejado de ser la más consumida, sustituyéndose por las anfetaminas, fenómeno que podría deberse en parte a la crisis económica.

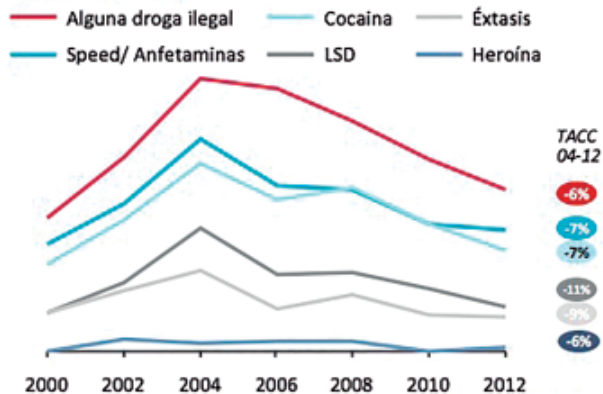
Respecto a la heroína, un 0,7% de la población reconocía en 2012 haberla probado (aprox. 11.700 personas), un 0,2% más que en 2010 y el mismo % que 1992.

En relación a la edad de inicio, se mantiene estable en los 19-20 años, si bien speed y LSD se inician antes que éxtasis o cocaína.

Respecto a factores de riesgo y protección, las mujeres tienen una propensión menor que los hombres al consumo experimental y reciente (importantes diferencias de prevalencia del consumo experimental por género y sustancia). Por el contrario y al igual que en el caso del cannabis, ser joven incrementaría el riesgo en ambos casos, al igual que en el caso de ser hombre y de nivel socioeconómico bajo.

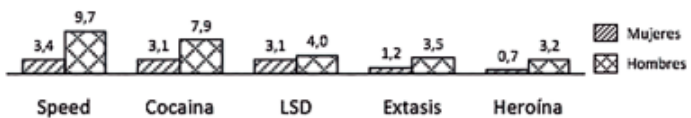
En comparativa con el Estado, en todos los casos se consume significativamente menos salvo en el speed. A nivel internacional, el consumo experimental en la CAPV se sitúa entre los más elevados, si bien las tasas en consumo de cocaína han dejado de estar entre las más altas.

**Evolución de la prevalencia del consumo experimental de las drogas ilegales(en %. Datos seleccionados)**

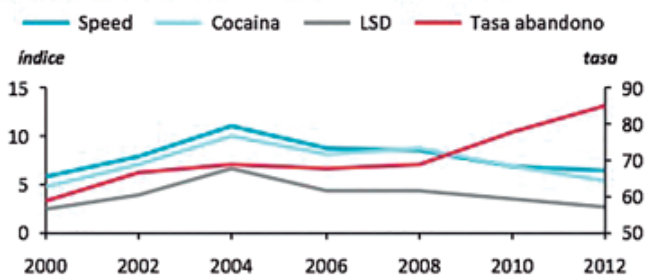


Año	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	Alguna droga
Alguna droga ilegal	7,1	10,2	14,1	13,6	12	10,1	8,6	Alguna droga
Speed/ Anfetaminas	5,8	7,9	11,1	8,8	8,6	6,8	6,5	Anfetamina/ speed
Cocaína	4,8	7	9,9	8,1	8,7	6,8	5,5	Cocaína
LSD	2,4	3,9	6,6	4,3	4,4	3,6	2,7	LSD
Éxtasis	2,4	3,5	4,5	2,6	3,3	2,3	2,2	Éxtasis

### Consumo experimental por sustancia y género en 2012

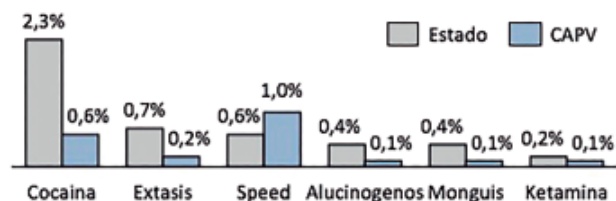


### Índices de continuidad vs. tasa de abandono



\*Tasa de abandono para alguna droga ilegal diferente al cannabis. Indica la relación entre % de personas que indican haber consumido alguna vez alguna droga ilegal en algún momento y las que señalan haberlo hecho también durante los últimos 12 meses. El índice de continuidad es la proporción de personas que habiendo probado alguna vez alguna sustancia ilegal han realizado también algún consumo de este tipo en el último año

### Comparativa prevalencia (%) de consumo reciente Estado vs. Euskadi





## Otras adicciones emergentes: psicofármacos, sustancias dopantes y adicciones sin sustancia

**Emergen otro tipo de comportamientos problemáticos y de abuso respecto a otras sustancias como psicofármacos y sustancias dopantes y en relación al juego y las nuevas tecnologías**

En los últimos años ha aumentado la alarma sobre el consumo de psicofármacos y sustancias dopantes, y sobre las adicciones comportamentales como la ludopatía y el uso abusivo de internet y del teléfono móvil.

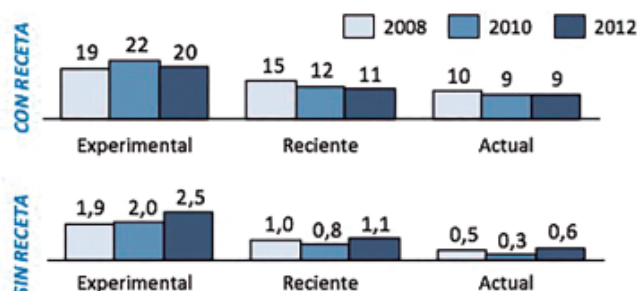
De acuerdo a la encuesta Euskadi y Drogas de 2012 el consumo de psicofármacos (tranquilizantes, somníferos y antidepresivos), se ha producido un incremento del consumo sin receta médica. El 20% de la población vasca había utilizado psicofármacos al menos una vez.

El uso de sustancias dopantes se ha incrementado entre 2010 y 2012, especialmente el consumo experimental. Destaca en este punto que entre los consumidores de esta sustancia, el 35% opina que el consumo de este tipo de sustancias tiene más beneficios que perjuicios.

El gasto per capita en juegos de azar, sobre todo máquinas B (que incluye las "tragaperras") ha experimentado un descenso continuado desde 2008. En 2012, el 22% de la población participaba en algún juego de azar, incluyendo loterías, quinielas y similares al menos una vez a la semana (aprox. 370.000 personas). Entre la población jugadora, un 13% podría presentar algún tipo de riesgo, mientras que el 87% restante no presentaría ninguno. Las personas jugadoras con problemas de adicción serían el 1,1% de quienes juegan (más de 4.000).

En lo que respecta al uso abusivo de internet, smartohones, redes sociales, etc., se estima que entre el 1,5 y el 6,7% de la población de 15 y 74 años dedicaba más tiempo del que se considera conveniente a internet. El 1,8% tenía dificultades para controlar el impulso de acceder a internet. El definido como "uso problemático" alcanzaría al 1,2% (20.300 personas).

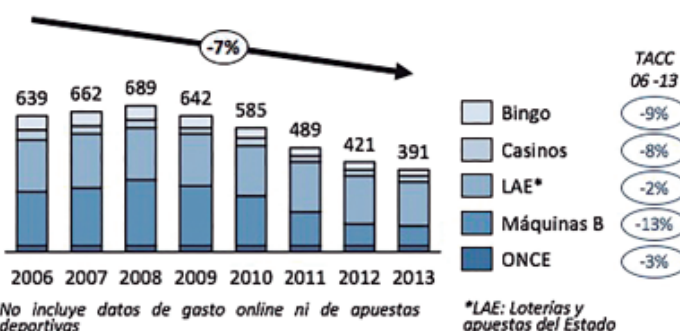
**Evolución de la prevalencia en el uso de psicofármacos**



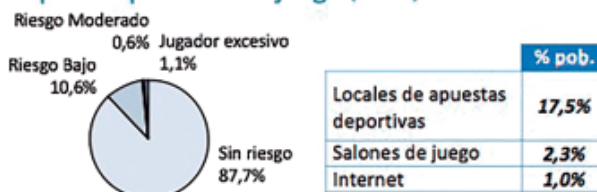
**Prevalencia (%) del consumo experimental de sustancias dopantes**



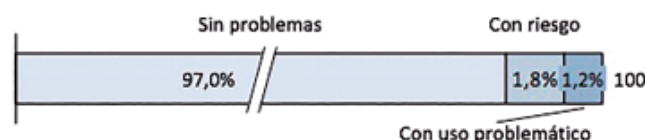
**Evolución de del gasto en juego (€/ habitante)**



**Jugadores activos en función del nivel de riesgo y vías para la práctica del juego (2012)**

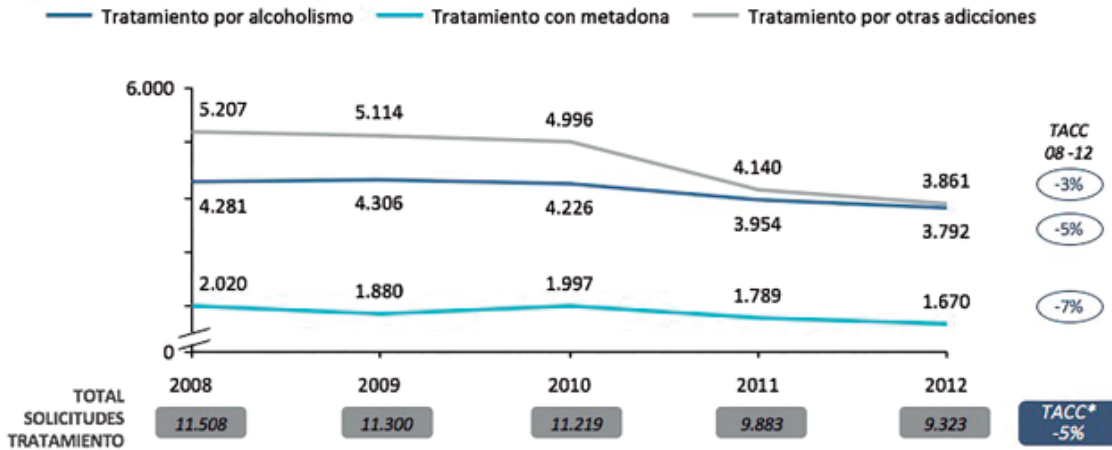


**Distribución de la población usuaria de internet en función del nivel de riesgo (Test de Orman)**

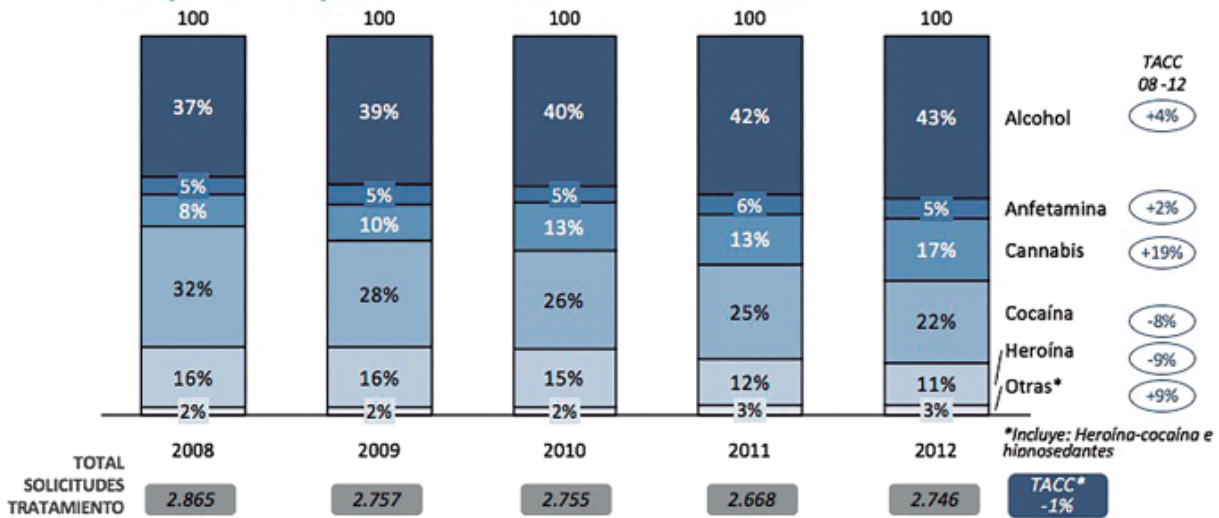


## Demanda de tratamiento

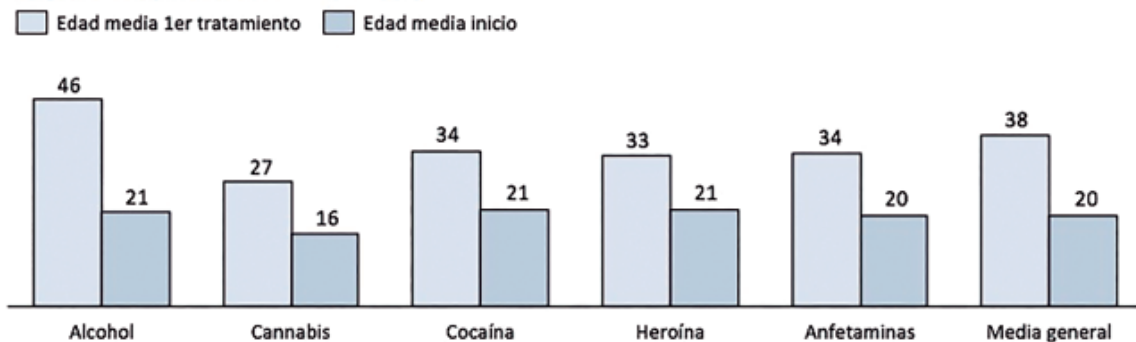
### Evolución de Nº de personas atendidas en la red pública de salud mental



### Evolución de la distribución de la sustancia que origina el tratamiento entre las personas que inician tratamiento ambulatorio



### Edad media al inicio del tratamiento y edad media al inicio del consumo según droga principal (2013)



## 6.6. CONTEXTO INTERNACIONAL

El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction – EMCDDA) recoge en su informe de 2015 algunas de las principales tendencias que se observan en el ámbito de las drogas y adicciones, identificando algunas novedades respecto a las pautas de consumo y en relación a las respuestas y políticas lanzadas desde los diferentes países a la hora de abordar esta problemática.

En el contexto global, Europa es un mercado importante para las drogas, respaldado por la producción local y el tráfico de drogas procedente de otras regiones. Europa es también una zona de producción de cannabis y de drogas sintéticas. Este carácter transfronterizo supone la necesidad de colaboración entre países, si bien la coordinación es compleja dadas las diferencias entre ellos.

Respecto al consumo de drogas en la UE, se observa que la prevalencia del consumo de cannabis es cinco veces superior al de otras sustancias, y que el número de personas consumidoras que se ponen en tratamiento ha aumentado en los últimos años. Por otro lado, si bien la prevalencia del consumo de heroína y opioides es relativamente bajo, siguen siendo las drogas asociadas a la mayoría de casos de morbilidad y mortalidad.

En relación a las diferencias entre Estados en cuanto a prevalencias de consumo y diferentes sustancias:

- Las mayores prevalencias de consumo de **cannabis** se dan en España, Portugal, Francia, Bélgica, Países Bajos y Alemania.
- Respecto al consumo de **cocaína**, si bien ha descendido la demanda de tratamiento por esta sustancia, Reino Unido y España muestran de consumo en el último año superiores al 3% en el grupo de edad de 15 a 34 años.
- El consumo de **anfetaminas** se ha mantenido estable desde el año 2000, si bien se identifica una reducción significativa en España y Reino Unido. Las mayores prevalencias se dan en esta sustancia en Alemania, Finlandia, Estonia y Croacia. El consumo de **metanfetaminas** se restringe prácticamente a República Checa y Eslovaquia.
- El **éxtasis** y **MDMA** han sufrido una evolución similar, reduciéndose los consumos desde el año 2000, especialmente en Alemania, España y Reino Unido. Las mayores prevalencias de consumo de esta sustancia se dan en Francia, Reino Unido, Países Bajos, República Checa y Estonia.
- Por otro lado, y aunque resulta complicado comparar datos de prevalencia de consumo de **nuevas sustancias psicotrópicas o euforizantes legales**, la prevalencia en el último año de estas sustancias entre personas adultas jóvenes de entre 15 y 24 años oscila del 9,7% en Irlanda al 0,2% en Portugal.

- En cuanto al consumo de **opioides**, las mayores prevalencias se dan en Letonia y Reino Unido, manteniéndose España entre los Estados con prevalencias más bajas (es el único caso en el que España se sitúa entre los Estados con menores prevalencias de consumo). La heroína es el opioide más consumido.

Además, **ha descendido a nivel general el consumo de drogas por vía parenteral**, lo que ha resultado en un menor número de casos de VIH (si bien destacan en este caso Grecia, Estonia, Letonia, Lituania y Rumania como países donde se detectan proporcionalmente mayor número de nuevos casos).

Por otro lado, el mercado de las drogas está sujeto a permanente innovación y competencia, por lo que cada vez resulta más difícil definir la frontera entre las «viejas» y las «nuevas» drogas, puesto que estas últimas imitan cada vez más distintos tipos de sustancias establecidas. Los datos además indican un aumento de la potencia de las drogas de mayor consumo y un incremento de urgencias hospitalarias y muertes relacionadas con estas drogas.

Los problemas relacionados con las drogas siguen absorbiendo una parte importante de los recursos sociales y sanitarios. Este hecho podría acentuarse dada la existencia de indicios de innovación en la oferta de heroína en los mercados europeos, lo que podría derivar en un resurgimiento de esta droga.

Por su parte, internet ha supuesto un elemento disruptivo en este ámbito ya que, en la parte positiva, constituye una plataforma para la prestación de servicios, el suministro de información sobre drogas y la difusión masiva de programas de prevención.

En la parte negativa, internet también consolida su papel en la oferta de comercialización de drogas: tanto las nuevas sustancias psicotrópicas como las drogas establecidas se venden en la web visible y la invisible, aunque es difícil conocer el alcance de la cuestión.

Estas tendencias suponen nuevos retos para los gobiernos y sus políticas de prevención, control y abordaje de la problemática de las drogas y adicciones, que deberán adaptar sus modelos legislativos para actuar en un contexto globalizado y diverso cada vez más complejo, dada la rapidez con la que aparecen novedades.

## **Referencias, iniciativas y políticas a nivel internacional**

Ante la compleja problemática planteada que alude a un mercado sujeto a innovación permanente y en el que resulta relativamente sencillo acceder a una amplia oferta de drogas, las autoridades y gobiernos son conscientes de la importancia de promover la prevención y educación en salud como un pilar fundamental para minimizar los efectos del consumo de drogas en la sociedad, y evitar que se convierta en un grave problema de salud pública.

Así, se identifica una corriente general por la que la mayoría de los Estados están incorporando el abordaje de las drogas y adicciones desde un enfoque global de salud. Muestra de ello es que, de 24 países analizados, 22 gobiernos sitúan el liderazgo de las políticas en este ámbito en los ministerios o departamentos relacionados con la sanidad o la salud. De los



Estados analizados, salvo Singapur, Suiza e Irlanda, todos los gobiernos lideran sus políticas en materia de drogas y adicciones desde departamentos relacionados con la salud.

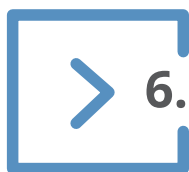
Por otro lado, los Estados miembro implantan medidas para prevenir la oferta de drogas ilegales amparándose en los convenios de Naciones Unidas, que ofrecen un marco internacional para el control de la producción, el comercio y posesión de más de 240 sustancias. Cada Estado a su vez está obligado a tratar la oferta no autorizada como infracción penal, al igual que la posesión de drogas para uso personal, aunque con sujeción a los principios constitucionales y las concepciones básicas del propio sistema jurídico de cada país. Esta cláusula no ha sido interpretada uniformemente por los países europeos, y ello se refleja en los diversos enfoques adaptados al respecto, y en las amplias divergencias en la aplicación de sanciones.

En consecuencia, las respuestas a los retos establecidos por las nuevas tendencias están siendo diferentes según cada Estado.

Como ejemplo, mientras unos disponen de un enfoque de “tolerancia cero” en el desarrollo de sus políticas de drogas, otros han optado por avanzar en la despenalización del uso de drogas para consumo personal, por la incorporación de tribunales de drogas y comisiones de disuasión como alternativa a los procedimientos judiciales clásicos, ofreciendo alternativas a las sentencias de prisión tradicionales. Asimismo, como se comentaba antes, destacan las amplias diferencias existentes en cuanto a las sanciones por las infracciones relacionadas con las drogas, y los avances en lugares como Uruguay o Colorado en EEUU en la regulación de la oferta de cannabis, permitiendo su producción y suministro controlado.

En cuanto a políticas de prevención, se observa una tendencia creciente a desarrollar iniciativas de prevención ambiental (destinadas a modificar las condiciones del entorno para desnormalizar el uso y consumo de sustancias), así como programas destinados a desarrollar factores de protección frente a conductas de riesgo (no solo en el consumo de drogas, sino en relación a la sexualidad, la violencia, etc.) desde la más tierna infancia.

Algunos países y regiones (entre las que se encuentra Euskadi) destacan por haber incorporado programas de reducción de daños, como las salas de consumo supervisadas y los programas de intercambio de jeringuillas. Sin embargo, el rechazo social que generan este tipo de programas en algunos países han obstaculizado su implantación de manera generalizada.



## 6.7. PREVISIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS

### VII PLAN DE ADICCIONES-LINEAS ECONÓMICAS-AÑO 2017

#### DEPARTAMENTO DE SALUD

EJES	DIRECCIÓN SALUD PÚBLICA Y ADICCIONES	DEPARTAMENTO DE SALUD	OSAKIDETZA	GASTO POR EJES
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	2.979.152			2.979.152
REDUCCIÓN DE LA OFERTA				0
ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL	700.356	4.334.255	7.680.554,42	12.715.165
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN	347.700			347.700
LIDERAZGO Y COORDINACIÓN	58.335			58.335
PERSONAL SERVICIO ADICCIONES Y GASTOS DE FUNCIONAMIENTO*	496.813			496.813
	<b>4.582.356</b>	<b>4.334.255</b>	<b>7.680.554</b>	<b>16.597.165</b>

### ESTIMACIÓN GASTO ECONÓMICO VII PLAN EN LOS AÑOS 2017 - 2021

EJES	2017	2018 (+ 1,2%)	2019 (+ 1,2 %)	2020 (+ 1,2 %)	2021 (+ 1,2 %)
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	2.979.152	3.014.902	3.051.081	3.087.694	3.124.746
REDUCCIÓN DE LA OFERTA	0	0	0	0	0
ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL	12.715.165	12.867.747	13.022.160	13.178.426	13.336.567
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN	347.700	351.872	356.095	360.368	364.692
LIDERAZGO Y COORDINACIÓN	58.335	59.035	59.743	60.460	61.186
PERSONAL SERVICIO ADICCIONES Y GASTOS DE FUNCIONAMIENTO*	496.813	502.775	508.808	514.914	521.093
	<b>16.597.165</b>	<b>16.796.331</b>	<b>16.997.887</b>	<b>17.201.862</b>	<b>17.408.284</b>

\* El gasto de personal del Servicio de Adicciones se ha añadido a parte de los ejes del plan, ya que el trabajo desempeñado es transversal y tendría cabida en cualquiera de ellos