

# III PLAN DE ADICCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. 2018-2024

**Dirección General de Salud Pública**  
**Noviembre 2018**



## ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN .....	5
2. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN. METODOLOGÍA.....	9
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN .....	13
3.1 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ARAGÓN 2010-2016 .....	13
3.2 ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.....	24
3.3. ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN ARAGÓN .....	36
3.4. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN .....	40
4. PRINCIPIOS, ÁREAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES.....	44
PRINCIPIOS.....	45
ÁREAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES .....	46
ÁREA 1: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	48
ÁREA 2. REDUCCIÓN DE LA OFERTA.....	63
ÁREA 3. RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES.....	68
ÁREA 4: FORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO .....	76
ÁREA 5: COORDINACIÓN .....	82
5. EVALUACIÓN.....	88
6. DOTACIÓN PRESUPUESTARIA.....	96



## 1. JUSTIFICACIÓN

Tal como establece la Ley 3/2001 de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, el Plan autonómico sobre drogas es el instrumento básico para la planificación, ordenación y coordinación de los recursos, objetivos y actuaciones que, en materia de drogodependencias, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón. Desde el año 2004, el Gobierno de Aragón ha establecido, mediante la elaboración de los sucesivos Planes autonómicos, el marco general de referencia para las actuaciones en materia de prevención de drogodependencias y la ordenación de recursos asistenciales dirigidos al tratamiento e inserción social de las personas drogodependientes, incorporándose en el II Plan la referencia a otras adicciones comportamentales, que pueden ir o no ligadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Más recientemente, la Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón estableció en su Título III que la prevención de las adicciones forma parte de las líneas estratégicas a las que deben dar respuesta las prestaciones de salud pública establecidas en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma de Aragón. Todo ello, de acuerdo con las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que figuran en la Ley.

El artículo 62 de dicha Ley establece, además, que la Dirección General competente en materia de salud pública será la responsable de promover los hábitos saludables y de tomar las medidas oportunas para la prevención de las adicciones en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, correspondiéndole, en todo caso, la coordinación en esta materia entre los diferentes departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma y con otras Administraciones Públicas.

Como ha sido una constante en planes anteriores, el III Plan Autonómico de adicciones tiene especialmente en cuenta los criterios y prioridades incorporados a la Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024, elaborada de forma coordinada por la Administración central y las Comunidades Autónomas en el marco del Plan Nacional sobre drogas. En la misma, se contemplan como campo de actuación cuatro grupos de

elementos sobre los que centrar los objetivos de prevención y asistencia: las drogas legales (tabaco y alcohol); los fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo; las drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas; y las adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y *online*). Estos grupos serán también el objeto de análisis y actuación del III Plan Autonómico de adicciones, teniendo en cuenta el diagnóstico de situación en nuestra Comunidad Autónoma.

La elaboración del III Plan de adicciones no sólo coincide temporalmente con la Estrategia Nacional sobre adicciones, sino también con dos documentos relevantes impulsados desde el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y que están estrechamente relacionados con el contenido y líneas de actuación propuestas en el ámbito de las drogodependencias y otras adicciones: el Plan de Salud de Aragón 2030 y el Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021.

El marco conceptual que establece el Plan de Salud de Aragón 2030 pone de relevancia el carácter multifactorial de los fenómenos de salud y enfermedad, y la importancia de los factores determinantes de salud de naturaleza biológica, psicológica, social o política. El ámbito de las adicciones es un ejemplo claro de fenómeno social complejo, sobre el que interaccionan todos esos tipos de contextos y factores, de manera que las actuaciones que aquí se reflejan han tenido en cuenta ese enfoque multisectorial. El III Plan de adicciones, desde esa perspectiva, incorpora como objetivos principales la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, reduciendo la creciente medicalización o evitando las intervenciones perjudiciales o simplemente no efectivas.

Por otra parte, cobra especial importancia la necesidad de consolidar un modelo asistencial de atención a las adicciones idóneo y suficiente respecto a las demandas que se producen en la Comunidad Autónoma. El Plan de Salud Mental 2017-2021 establece la integración de los recursos de atención a las adicciones en los órganos de coordinación de la red de salud mental, garantizando el acceso de las personas que atienden a los recursos rehabilitadores, residenciales y de hospitalización que precisen. Esta coordinación entre recursos de salud mental y unidades de atención a las adicciones debe conformar la integración en una única red funcional, con apoyo de los sistemas de información y otros elementos que garanticen la continuidad asistencial de las personas atendidas.

El III Plan de Adicciones 2018-2024 es fruto de un proceso participativo en el que se ha contado con profesionales de los centros de prevención y tratamiento de todo Aragón, que pertenecen a las entidades locales, instituciones y asociaciones que intervienen en este ámbito, así como con los técnicos del Departamento de Sanidad, tanto de Salud pública como de Asistencia sanitaria y de otros Departamentos del Gobierno de Aragón, con competencias en ámbitos como Juventud, Servicios sociales, Mujer, Menores o Interior, estrechamente relacionados con el fenómeno de las drogodependencias o de las adicciones en general.

En el curso de este proceso participativo se ha puesto de manifiesto de manera singular la necesidad de mejora de la red de recursos locales dirigidos a la prevención de adicciones de la Comunidad Autónoma, y que se resume en una mejor definición de sus funciones, una adecuada coordinación de la red y el apoyo técnico a la misma desde las unidades de Salud pública y un mayor impacto de su tarea en el territorio, mejorando su visibilidad, la relación con los recursos asistenciales y la extensión de la red al conjunto de la Comunidad Autónoma.

De acuerdo con todo ello, el III Plan de adicciones plantea diferentes objetivos y acciones dirigidos a reforzar el papel de los Centros de prevención comunitaria, integrándolos en una estructura consolidada, con una reglamentación clara, garantizando la equidad y facilitando la igualdad de condiciones, mediante el acceso de toda la población a las prestaciones de promoción de la salud y prevención de drogodependencias y otras adicciones. En el desarrollo de estas prestaciones debe priorizarse la actuación en aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso a los servicios y recursos sociales y sanitarios, siempre desde un enfoque de detección precoz e intervención temprana de los problemas relacionados con las adicciones en colaboración con los recursos asistenciales de referencia.





## 2. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN. METODOLOGÍA.

Hasta esta fase, con la elaboración del documento en el que se definen los ejes estratégicos, objetivos y medidas para el período 2018-2024, la elaboración del III Plan de adicciones ha contado, como se ha dicho, con la participación de numerosos profesionales del ámbito de las drogodependencias y técnicos de diferentes Departamentos del Gobierno de Aragón.

La fase inicial en el proceso de elaboración del Plan fue la evaluación del II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016. Esta evaluación, como procedimiento continuado que permite valorar el grado de ejecución y cumplimiento de los objetivos y líneas de actuación propuestas, ha permitido identificar fortalezas y debilidades en el ámbito de las adicciones y proponer los aspectos de mejora que se han incorporado al III Plan.

Para realizar la evaluación se partió del análisis de la estructura, entendida como recursos físicos y humanos con los que se llevó a cabo la implementación del II Plan; del proceso, entendido como la manera de desarrollar los programas de prevención y los programas asistenciales y de los resultados, mediante un análisis de carácter cualitativo de la efectividad y del grado de consecución de objetivos. La evaluación tuvo como finalidad establecer un análisis valorativo mediante la revisión de los datos y la información disponible en relación con las grandes áreas de actuación previstas en el Plan.

En un primer momento se recopilaron los datos recogidos en las memorias de los Centros de prevención comunitaria, las Unidades de atención y seguimiento de adicciones y las Organizaciones no gubernamentales, sistematizando y organizando la información de todo el período del II Plan. Además, se analizaron los datos de evolución de los tres indicadores del Servicio de información permanente de adicción a drogas (SEIPAD): admisión a tratamiento, urgencias hospitalarias y mortalidad asociada a consumo de drogas. Por último, se tuvieron en cuenta los datos de las encuestas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas a población adulta (EDADES) y población escolarizada entre 14 y 18 años (ESTUDES), cuya ampliación realizada desde la

Dirección General de Salud Pública, permite obtener datos representativos para la Comunidad Autónoma de Aragón.

Se facilitó un primer borrador de evaluación elaborado por la Dirección General de Salud Pública a los profesionales de distintos ámbitos que trabajan en prevención de adicciones y asistencia a drogodependientes para que incluyeran sus aportaciones: Centros de prevención comunitaria, Unidades de atención y seguimiento de adicciones y Entidades no gubernamentales. Con las sugerencias recibidas e incorporadas al documento de evaluación, los resultados de la misma se devolvieron a los profesionales que habían participado y fueron dados a conocer mediante su publicación en la página web del portal de Gobierno de Aragón y a través de la rueda de prensa convocada por el Departamento de Sanidad.

Finalizado el proceso de evaluación se inició la elaboración del III Plan con la revisión de los planes y estrategias recientes del Gobierno de Aragón relacionadas en mayor o menor medida con las conductas adictivas. El carácter multifactorial de las adicciones y la importancia y transversalidad de las intervenciones en prevención desde distintos ámbitos exige incorporar enfoques y puntos de vista que se desarrollan por otros Departamentos. Así, se han tenido en cuenta los siguientes documentos, incorporando al proceso de elaboración del III Plan de adicciones a técnicos relacionados con los mismos:

- Plan Estratégico de Juventud 2016-2019.
- Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres Aragón 2018-2021
- I Plan Estratégico para la igualdad de hombres y mujeres de Aragón 2017-2020
- II Plan Estratégico de Servicios sociales de Aragón 2017-2020
- Mapa de Servicios Sociales de Aragón
- Plan Integral para la gestión de la diversidad cultural en Aragón 2018-2021
- Estrategia aragonesa de Seguridad y Salud en el trabajo 2017-2020
- Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Aragón 2018
- Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón de Atención Primaria

- Plan de Salud Mental 2017-2021
- Plan de Salud de Aragón 2030

En el mes de marzo de 2018 se solicitó la colaboración de profesionales de diferentes áreas relacionadas con la prevención y la atención de adicciones, para su participación en una Jornada de trabajo con el objeto de establecer las prioridades y objetivos del III Plan. Entre las tareas encomendadas se propusieron: la identificación y caracterización de los recursos existentes (idoneidad, cobertura territorial, complementariedad) la priorización de intervenciones de prevención y reducción de daños a desarrollar en diferentes ámbitos (comunitario, sanitario, educativo...) las necesidades en materia de reducción de la oferta; la detección precoz, especialmente en población joven; y la intervención en las poblaciones más vulnerables. En la Jornada participaron alrededor de 50 profesionales, distribuidos en cinco grupos de trabajo, tanto de los recursos que intervienen en la asistencia y la prevención de las conductas adictivas en Aragón, como de otras áreas de diferentes Departamentos del Gobierno de Aragón (juventud, servicios sociales, mujer, etc.).

El trabajo de los cinco grupos (cuatro de ellos relacionados con la prevención y reducción de daños y uno con la asistencia) se complementó con tres reuniones posteriores, una en cada provincia a lo largo del mes de abril de 2018, donde participaron técnicos de la Dirección General y las Subdirecciones provinciales de Salud Pública, así como profesionales de todos los Centros de prevención comunitaria de Aragón, recursos locales distribuidos en el territorio y con dilatada experiencia en el desarrollo de iniciativas relacionadas con las drogodependencias.

Este primer documento del III Plan de adicciones deberá contar con el conocimiento y las propuestas y consideraciones oportunas, de acuerdo con el Decreto 343/2001 del Gobierno de Aragón, del Consejo Asesor en drogodependencias y la Comisión interdepartamental de drogodependencias. Estos órganos de participación social y coordinación institucional fueron modificados en su composición recientemente, mediante el Decreto 20/2018, de 23 de enero.



### 3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La descripción y análisis de la situación del consumo de drogas y las intervenciones dirigidas a la prevención y la asistencia en este ámbito se basan en indicadores, por lo general integrados en sistemas de información estatales e internacionales, así como en la valoración llevada a cabo por los profesionales de los recursos relacionados con la prevención y atención de adicciones.

Se incluyen en este apartado aspectos cualitativos que pueden facilitar la comprensión del problema de las adicciones en nuestro medio, completando la información cuantitativa de las encuestas. Sin embargo, la propia complejidad del fenómeno, que exigiría una mayor investigación sobre los factores que influyen en los consumos problemáticos de drogas y adicciones comportamentales, impide extraer conclusiones más allá de la propia descripción y evolución de los consumos, identificando las tendencias a lo largo del período 2010-2016.

#### 3.1 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ARAGÓN 2010-2016

El consumo de drogas en Aragón se monitoriza especialmente mediante el incremento muestral de la encuesta bienal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES), dirigida a población escolarizada entre 14 y 18 años. Para la población adulta se utiliza como referencia la encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) dirigida a población entre 15 y 64 años, de la que puede extraerse información a nivel de la Comunidad Autónoma referida a consumos de elevada prevalencia como alcohol y tabaco.

---

#### ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES)

La evolución de los datos ofrecidos por la encuesta Estudes en Aragón (población escolarizada entre 14 y 18 años) durante el período del II Plan de adicciones, refleja que la edad media de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, está en torno a los 14 años, sin cambios destacables en todo el período.

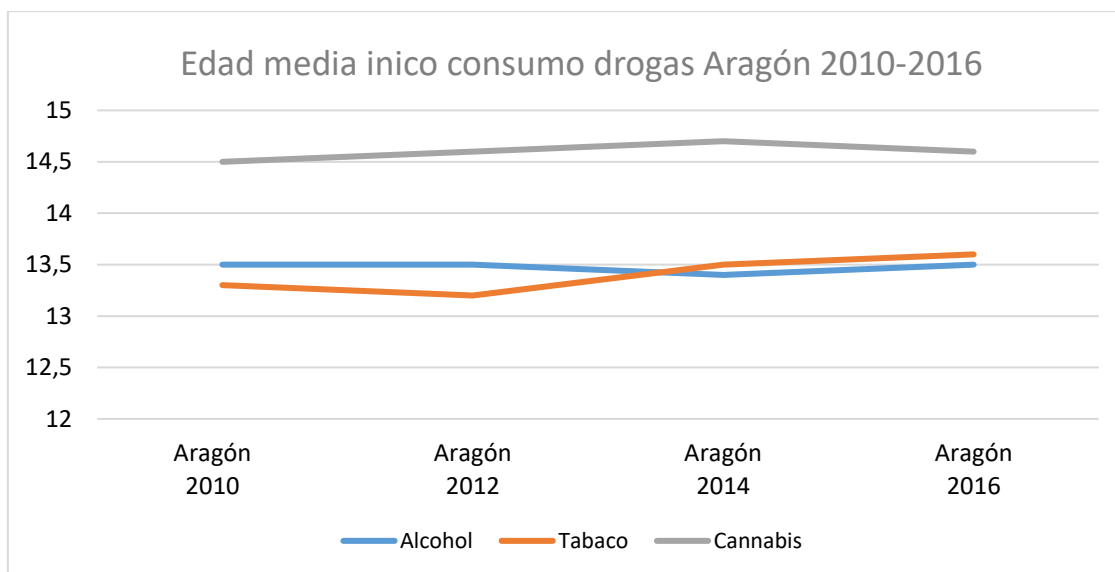


Gráfico 1: Evolución de la edad media de inicio de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en Aragón entre 2010 y 2016 (ESTUDES)

## ALCOHOL

El alcohol es la sustancia más consumida entre adolescentes y jóvenes escolarizados de 14 a 18 años: en torno al 80 % lo habrían hecho alguna vez en su vida y más de la mitad se ha emborrachado en alguna ocasión. Este hecho se corresponde con una baja percepción de riesgo de consumo de alcohol (menor que la media nacional) y con la facilidad para conseguir bebidas alcohólicas (un 90% de los encuestados no aprecia ninguna dificultad).

La prevalencia de consumo de alcohol es muy similar en chicos y en chicas, y desde 2012 hay cierta tendencia descendente en todas las variables medidas. El porcentaje de consumo de alcohol en los últimos 30 días se sitúa alrededor del 70% y el “botellón” es una práctica extendida: un 65% admite haberlo hecho en los últimos 12 meses, siendo más frecuente entre las chicas, tanto en Aragón como en el conjunto de España.



Gráfico 2: Frecuencias de consumo de alcohol en Aragón en los años 2010 – 2012 – 2014 – 2016 (ESTUDES)

Sin embargo, y a pesar de que se mantiene un patrón de consumo en atracón (bingedrinking), se observa un descenso en la prevalencia de borracheras en las últimas encuestas: en Aragón descendieron 15 puntos de 2010 a 2016 (del 40% 25.5%)

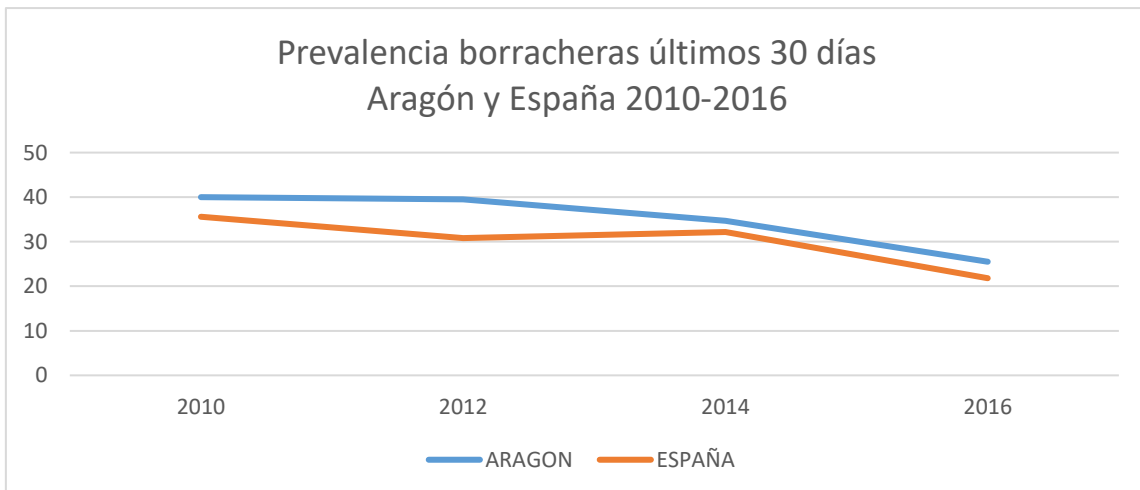


Gráfico 3: Comparativa de la evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días en Aragón y España entre los años 2010 y 2016 (ESTUDES)

## TABACO

Es la segunda sustancia en prevalencia de consumo entre estudiantes de 14 a 18 años y su edad de inicio ha tenido un ligero incremento durante el período. El consumo de tabaco (últimos 30 días) ha descendido desde 2010, a pesar de que se mantiene todavía en torno al 29,8% en 2016. Este porcentaje desciende hasta el 11,8% para el consumo diario.

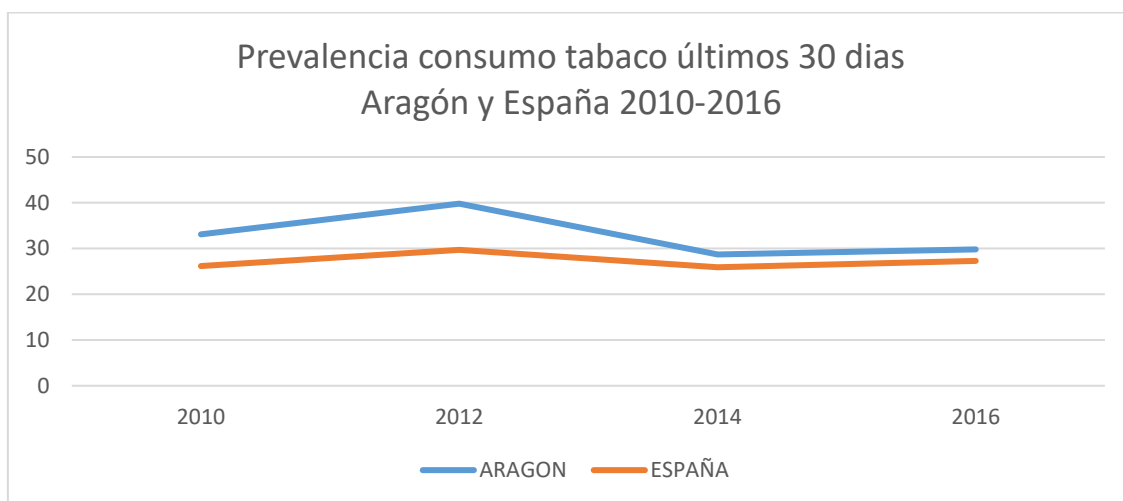
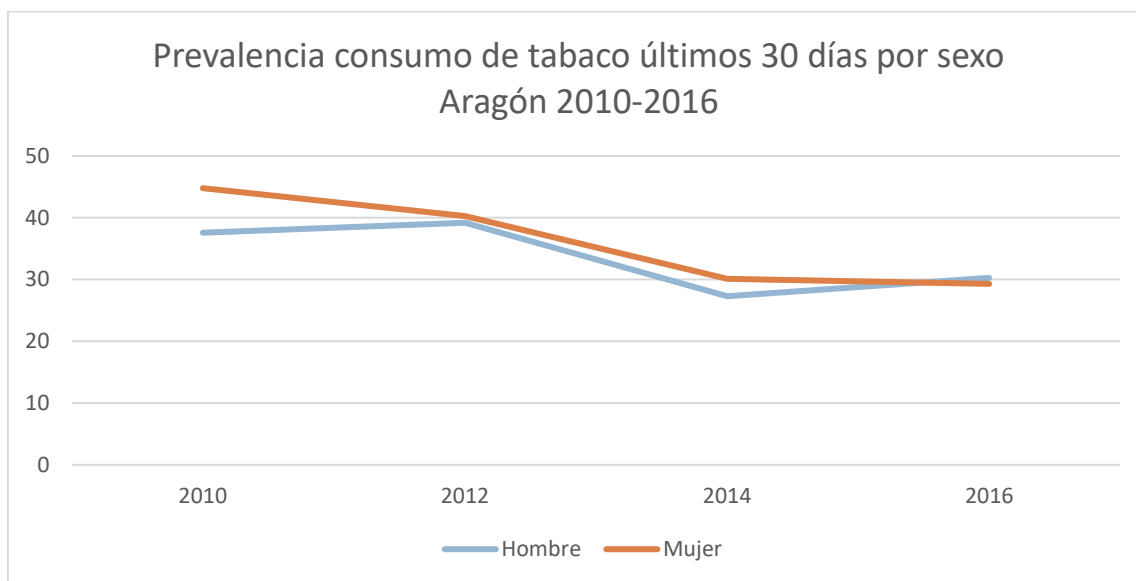


Gráfico 4: Comparativa de la evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días en Aragón y España entre los años 2010 y 2016 (ESTUDES)

El descenso en el consumo ha sido importante a lo largo del período, tanto en chicas como en chicos: en 2010, el consumo (últimos 30 días) entre las chicas era del 44,8% siendo en 2016 del 29,3%; entre los chicos ese porcentaje ha disminuido del 37,6% al 30,3%.





**Gráfico 5: Comparativa por sexo de la evolución del consumo de tabaco en los últimos 30 días en Aragón en los años 2010 y 2016 (ESTUDES)**

Aproximadamente la mitad del alumnado convive con alguna persona que fuma a diario (48,9%), siendo mayor la proporción de estudiantes que fuman cada día entre aquellos que conviven con algún fumador. En cuanto al uso de cigarrillos electrónicos, en torno al 17% de estudiantes los habrían utilizado alguna vez.

## CANNABIS

El cannabis constituye la tercera droga más extendida entre estudiantes de 14 a 18 años y la sustancia ilegal con mayor prevalencia. En las encuestas se observa un descenso continuado de su consumo, referido a los últimos 30 días, pasando del 21,7% en 2010 al 17,9% en 2016, situándose por primera vez por debajo de la media española.

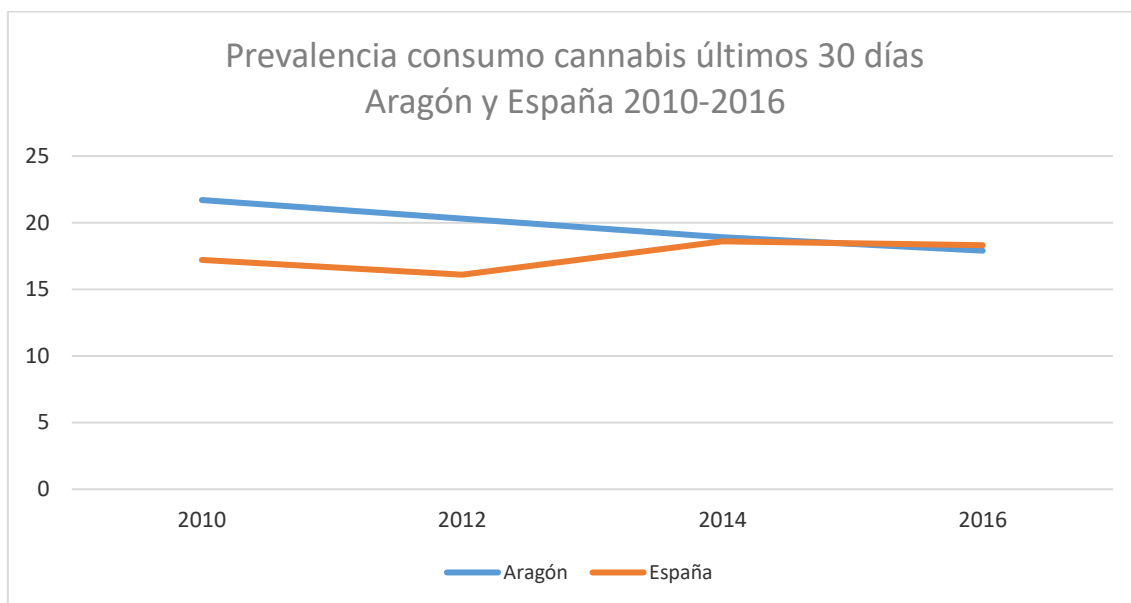


Gráfico 6: Comparativa de la evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en Aragón y España entre los años 2010 y 2016 (ESTUDES)

Este descenso se ha producido tanto en chicos como en chicas, manteniéndose importantes diferencias en su consumo por sexo: entre los chicos pasó del 24,7% en 2010 al 21% en 2016; en las chicas pasó del 18,7% en 2010 al 14,4% en 2016.

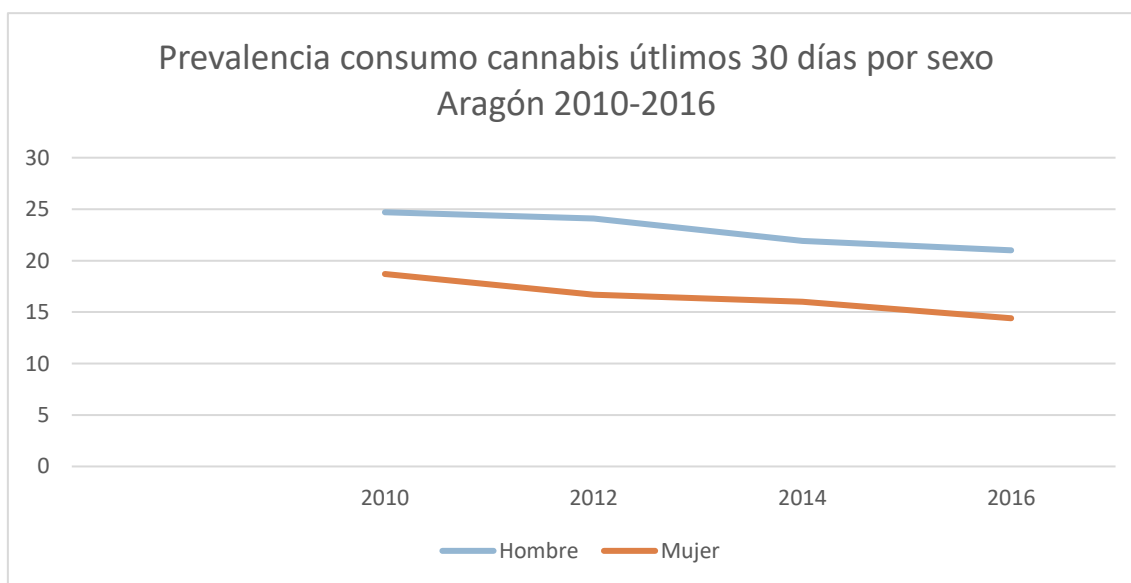


Gráfico 7: Comparativa por sexo de la evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los años 2010 y 2016 (ESTUDES)

En 2016 se añadió a la encuesta la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) para determinar el consumo problemático de cannabis entre los alumnos y diferenciarlo de aquellos usos experimentales u ocasionales de menor riesgo. De quienes manifestaron haber consumido cannabis en el último año (un 26,2% de los alumnos), el 11% presentarían un consumo problemático de cannabis, el 19,7% tendría un consumo de bajo riesgo y el 69,3% restante presentaría un consumo no problemático.

### HIPNOSEDANTES

El 14,4% de estudiantes encuestados en 2016 habían tomado algún hipnosedante (tranquilizantes/somníferos) en alguna ocasión. El consumo de estas sustancias, con o sin receta médica, ha aumentado a lo largo del período del II Plan, siempre por debajo de la media de España. Referido al consumo en los últimos 12 meses, pasó del 8,7% en 2010 al 9,9% en 2016, siendo más prevalente su consumo entre las chicas. La prevalencia desciende hasta el 4,8% en 2016 si se refiere a los últimos 30 días.

El 6,5% admite que en alguna ocasión ha tomado hipnosedantes sin que se los haya recetado un médico.

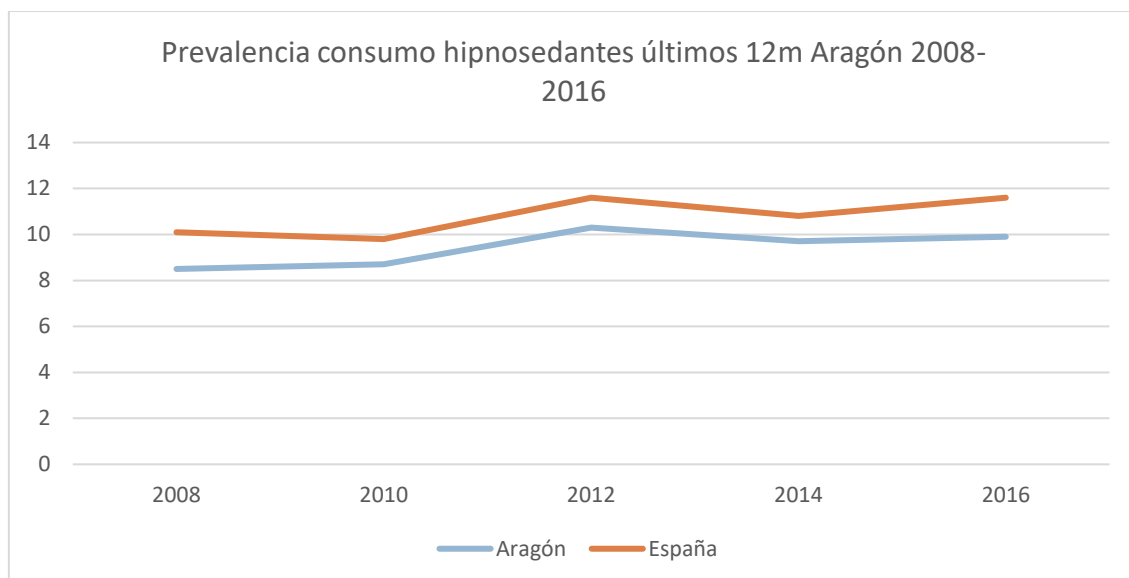


Gráfico 8: Comparativa de la evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses en Aragón y España entre los años 2008 y 2016 (ESTUDES)

## OTRAS SUSTANCIAS

Las prevalencias de consumo de otras sustancias (cocaína, alucinógenos, anfetaminas, éxtasis, GHB, Inhalables volátiles, heroína) permanecen muy bajas o son irrelevantes, sin que se hayan detectado cambios significativos al respecto durante el período 2010-2016.

## USO DE TECNOLOGÍAS

Tal como recoge la Estrategia Nacional sobre Adicciones, existe un amplio consenso entre la comunidad científica y profesional sobre la consideración de la ludopatía como una adicción, de acuerdo con su clínica y los fenómenos neurobiológicos que se presentan en el paciente. Sin embargo, para otros comportamientos que actualmente se identifican de forma frecuente como posibles adicciones (uso de internet, pantallas digitales, tecnologías de la información y comunicación, etc.) se precisa más información para considerarlos como fenómenos adictivos si bien, en algunos casos, presentan analogías con las adicciones a sustancias similares a las que se observan en el juego patológico.

La encuesta ESTUDES 2016 aporta información sobre la frecuencia con que los estudiantes de enseñanzas secundarias realizan determinadas actividades de ocio en su tiempo libre, tales como jugar a los videojuegos, hacer deporte, leer libros, salir por las noches, practicar algún hobby, salir con los amigos de paseo, compras... navegar por internet o jugar a las tragaperras.

Respecto al **juego relacionado con el dinero**, el juego fuera de internet tiene frecuencias algo más elevadas que el juego en internet, pero en ambos casos las frecuencias son pequeñas comparadas con el resto de actividades de ocio. Tanto en Aragón como en España, menos del 7% de los estudiantes han jugado dinero en internet y menos del 15% fuera de internet. Este tipo de juego es más popular entre los varones y aumenta a medida que se incrementa la edad.

De media, cuando han realizado esta actividad le han dedicado media hora al día o menos, en concreto, lo afirma un 10,3% de los que jugaron dinero fuera de internet y un 3,5% de los que lo hicieron dentro de internet (8,6% fuera y 3,6% dentro para España).

Tabla 1. Tiempo dedicado, de media al día, en actividades de juego con dinero entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según sexo y edad (%) en Aragón y España en el año 2016 (ESTUDES)

		España		Aragón						
		Total	Total	Sexo		Edad				
				H	M	14	15	16	17	18
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado a jugar dinero fuera de internet en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, bingos, apuestas en deportes...?	No lo he hecho	88,1	86,4	78,3	95,2	91,4	90,4	87,4	80,4	65,6
	Media hora o menos al día	8,6	10,3	16,5	3,5	6,9	5,9	10,3	15,5	24,4
	Alrededor de 1 hora al día	2,1	2,0	3,0	0,9	1,0	2,3	1,1	2,9	6,2
	De 2 a 3 horas al día	0,8	0,8	1,4	0,2	0,6	0,8	0,5	0,8	2,6
	4 horas al día o más	0,5	0,5	0,8	0,2	0,2	0,5	0,6	0,4	1,2
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado a jugar dinero en internet en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, bingos, apuestas en deportes...?	No lo he hecho	93,3	93,2	89,4	97,5	94,7	92,5	92,8	93,2	92,3
	Media hora o menos al día	3,6	3,5	5,9	0,8	2,5	4,2	3,6	3,1	5,9
	Alrededor de 1 hora al día	1,1	1,2	2,0	0,4	0,9	1,2	1,2	1,9	0,7
	De 2 a 3 horas al día	0,9	1,2	1,5	0,8	1,0	1,1	1,4	1,0	1,1
	4 horas al día o más	1,1	0,9	1,2	0,5	0,9	1,0	1,0	0,8	0,0

## OTROS ASPECTOS DE LA ENCUESTA

La percepción de riesgo del consumo de sustancias como la heroína, los alucinógenos, las anfetaminas, la cocaína en polvo es muy elevada entre los alumnos encuestados, siempre por encima del 95%. También se detecta una elevada percepción del riesgo, por encima del 90%, en la valoración del consumo diario de tabaco; algo similar ocurre con la percepción del riesgo de consumir habitualmente cannabis o hipnosedantes. En el caso del cannabis, la percepción del riesgo desciende al 51,4% para el consumo ocasional.

El consumo de alcohol, tanto agrupado en fin de semana (5 o 6 unidades de bebida) como diariamente (1 o 2 unidades diarias) tiene un riesgo percibido por debajo del 50%, lo que explica las elevadas prevalencias de consumo entre los jóvenes escolarizados.

En general las chicas tienen una mayor percepción del riesgo que los chicos. El mayor diferencial entre ambos sexos se observa cuando se trata el consumo diario de 1 o 2 unidades de bebida alcohólicas: el 56,2% de las adolescentes considera que este hábito puede producir problemas mientras que el porcentaje de chicos que piensa de este modo se reduce al 44,7%.

En cuanto a la disponibilidad de las drogas, 7 de cada 10 alumnos en Aragón piensan que es fácil adquirir cannabis, siendo la droga ilegal que se considera más accesible. En el otro extremo, el éxtasis y la heroína son las sustancias consideradas como menos accesibles.

En las últimas encuestas se han introducido preguntas sobre el uso de internet como alternativa de ocio: los datos reflejan que está totalmente generalizado entre el alumnado de 14 a 18 años, con independencia del género o de la edad de los estudiantes (redes sociales, ver vídeos, chatear, oír música...). Prácticamente la mitad de estudiantes (47,5%) reconoce que alguna vez, o con más frecuencia, su entorno personal (familiares o amigos) les ha aconsejado que debería estar menos tiempo conectado a internet.

Jugar a los videojuegos, leer libros, tocar algún instrumento, cantar, pintar o escribir como entretenimiento, son actividades más extendidas entre los estudiantes que no han tomado alcohol, que no se han emborrachado o que no han fumado tabaco, frente a los que sí han realizado estas acciones.

Analizando el grado de información que tiene el alumnado sobre el tema de las drogas la mayor parte de los y las jóvenes aragoneses se sienten suficiente o perfectamente informados al igual que ocurre con estudiantes a nivel nacional. Las intervenciones educativas tanto en la escuela como en la educación no formal, se vienen realizando desde hace años y son uno de los pilares de la prevención. En torno al 90% de estudiantes aragoneses indica que en su centro educativo ha recibido información, o se ha tratado el tema del consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las diversas sustancias. Este porcentaje es del 72,3% en el entorno familiar.

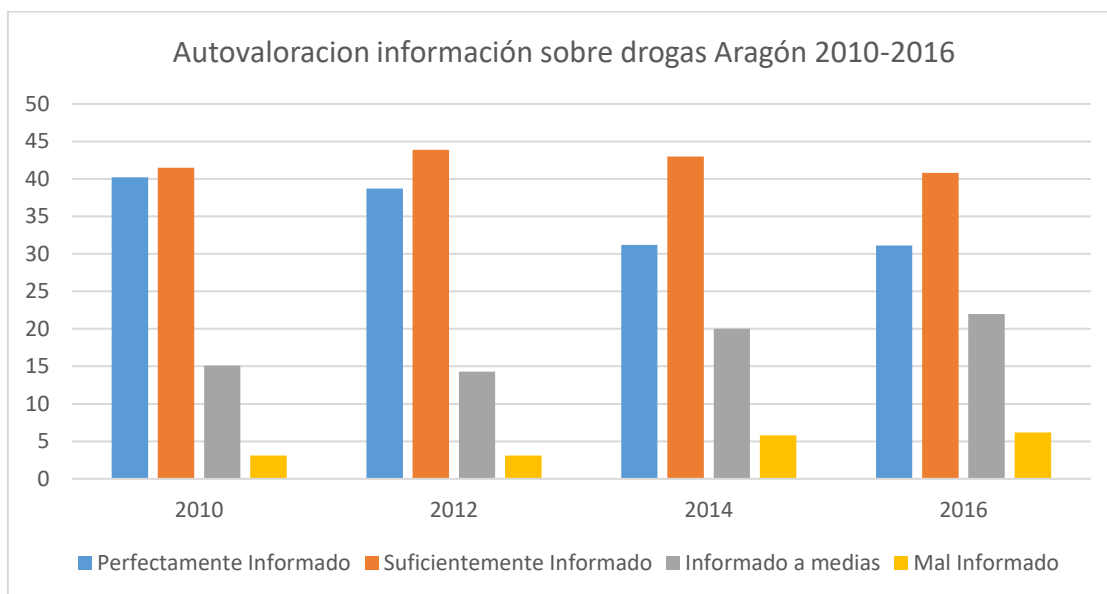


Gráfico 9: Percepción del grado de información sobre drogas en Aragón en los años 2010 – 2012 – 2014 – 2016 (ESTUDES)

#### ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA. POBLACIÓN 15-64 AÑOS (EIDADES)

La encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (Edades) se realiza de forma bienal en la población entre 15 y 64 años. Esta encuesta es estadísticamente significativa para el conjunto del territorio de España, y no a nivel de la Comunidad Autónoma. Sin embargo, en consumos de elevada prevalencia, como alcohol, tabaco y cannabis, mantenemos la información a nivel de Aragón. El análisis de las tendencias en el consumo de sustancias y otras adicciones durante el período del II Plan de drogodependencias de Aragón refleja una evolución estable de la mayoría de consumos, con excepción de un apreciable descenso en la prevalencia de consumo de tabaco ligada, como en el caso de la población joven escolarizada, a la entrada en vigor en 2010 de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Este descenso, sin embargo, habría sufrido un repunte en la última encuesta realizada en 2015 con respecto a la anterior.

Como en el caso de la encuesta Estudes las sustancias con mayor prevalencia de consumo son alcohol, tabaco y cannabis, si bien este último con una menor presencia.



Gráfico 10: Evolución prevalencia de consumo de alcohol y cannabis en los últimos 30 días y tabaco diario en Aragón entre 2009 y 2015 (EDADES)

En el caso de los hipnosedantes, la tendencia en el conjunto de España ha sido creciente desde el año 2009, pasando del 5,2 al 8,1 en 2016 para el consumo en los últimos 30 días. El resto de sustancias tienen una presencia muy escasa, con porcentajes que no superan el 2% para ninguna de ellas.

### 3.2 ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El II Plan de drogodependencias y otras adicciones estableció que la organización asistencial en materia de adicciones debía basarse en la consolidación de una red especializada de atención conformada por las Unidades de atención y seguimiento de adicciones (UASA), dotadas de una cartera de servicios común y un funcionamiento integrado con referencia territorial en los Sectores sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.



En líneas generales, durante el período de vigencia del II Plan, las UASA han asumido la demanda generada en materia de atención a drogodependientes, si bien está por cerrar un modelo integrado y coordinado de asistencia que tenga en cuenta la variabilidad de los casos y las necesidades de derivación y colaboración con otros recursos, como unidades hospitalarias de desintoxicación, recursos de salud mental o Comunidades terapéuticas.

En el momento actual, debe valorarse la dotación de recursos existentes en alguna de las UASA, asegurando un número de profesionales adecuado y homogéneo en todo el territorio, de acuerdo con la cartera de servicios común. En el mismo sentido, falta por realizar la asignación de población a cada una de las UASA, procediendo a la sectorización de éstas, de acuerdo con el mapa sanitario y cerrando su distribución en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

El cierre en 2014 de la única Comunidad Terapéutica pública existente supuso una pérdida importante en el ámbito de la asistencia, tanto de profesionales con una amplia experiencia en la atención a drogodependientes como del propio recurso dedicado a la deshabituación y rehabilitación, disminuyendo con ello el número de plazas residenciales. Supuso también una limitación en la variedad de la oferta a las medidas alternativas a penas de privación de libertad para aquellas personas con problemas judiciales asociados a su adicción.

La evolución presupuestaria destinada a la atención a las adicciones, durante el período del II Plan, evidencia una importante disminución iniciada a partir del 2012.

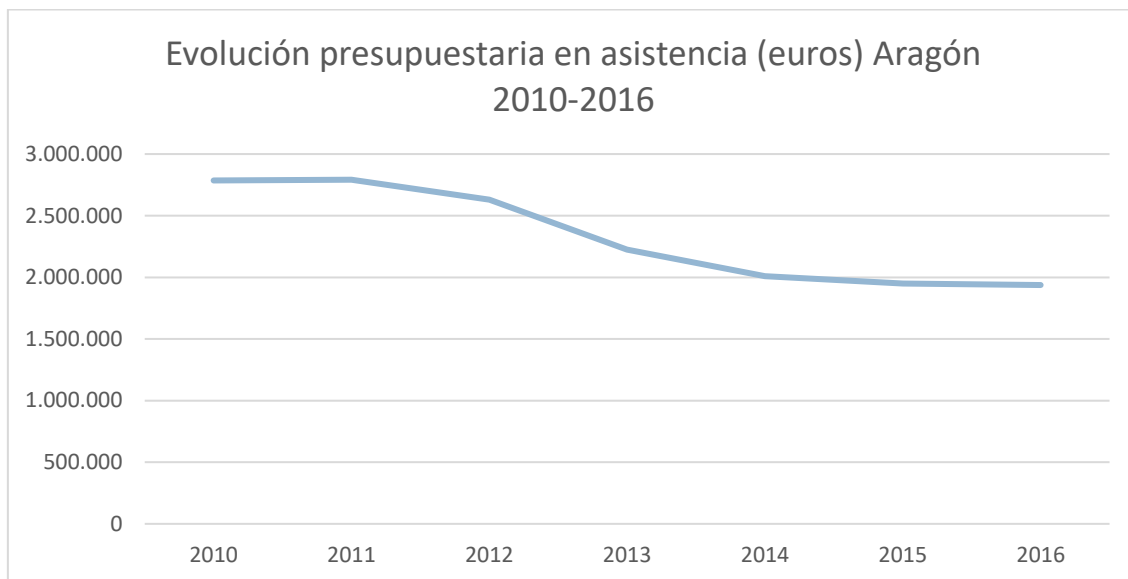


Gráfico 11: Evolución presupuestaria (euros) destinada a adicciones en Aragón entre los años 2010 y 2016

La única fuente de información sistematizada para analizar la actividad asistencial en drogodependencias es la referida al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), cuyos datos e indicadores son recogidos y elaborados por la Dirección General de Salud Pública. Los indicadores básicos son: admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, urgencias hospitalarias en consumidores de drogas y mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. En Aragón, se recoge esta información anualmente, y su evolución durante el período de vigencia del II Plan de drogodependencias y otras adicciones fue la que se refiere a continuación.

## INDICADORES DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES

### ADMISIÓN A TRATAMIENTO

El indicador Admisión a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas se ha consolidado a lo largo de estos años como una herramienta de utilidad para la vigilancia de los consumos de drogas en Aragón. Los datos recogidos en los centros de

tratamiento ambulatorio ofrecen información sobre datos sociodemográficos y relacionados con las sustancias consumidas.

Desde 2011 se observa una tendencia descendente del número de personas que iniciaron tratamiento en los centros de tratamiento de adicciones. La evolución de la proporción de hombres y mujeres se ha mantenido estable, con una razón de masculinidad en torno a 4 a lo largo de todo el período.

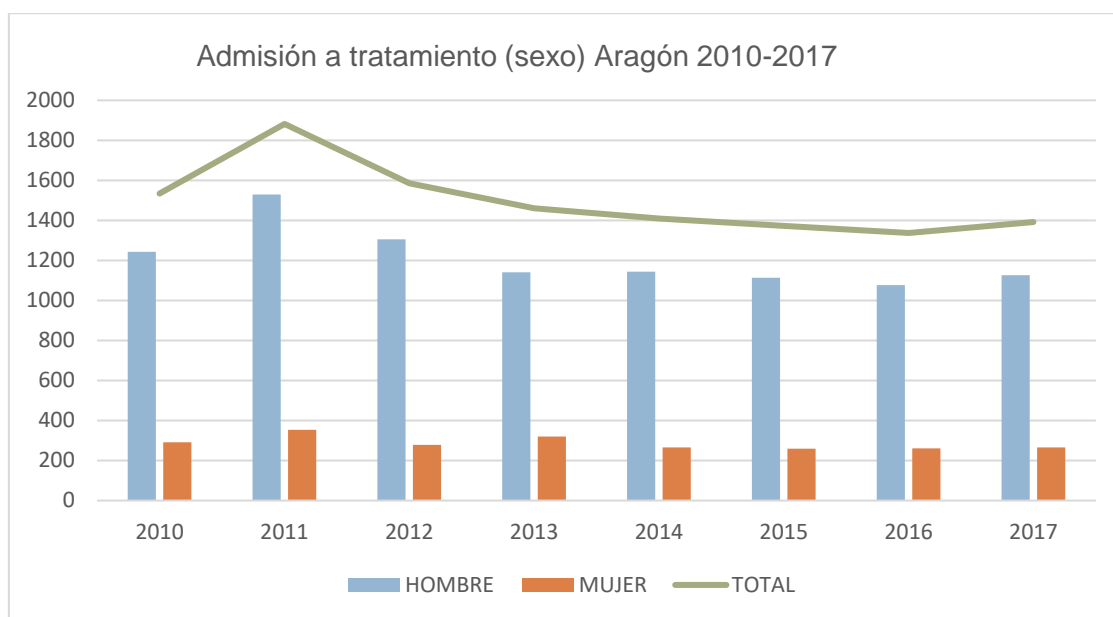


Gráfico 12: Evolución del número de admisiones a tratamiento y número de admisiones a tratamiento totales y por sexo en Aragón entre los años 2010 y 2017

Durante el período de vigencia del II Plan se ha observado un cambio en la distribución por grupos de edad de la población que inicia tratamiento. Si hasta 2014, el grupo de 21 a 40 años suponía más del 50% de los tratamientos, a partir de dicho año el porcentaje de pacientes de este grupo de edad comienza a descender sin alcanzar el 40% en 2017.

Paralelamente a partir de 2014 pacientes que inician tratamiento con 41 años o más han pasado de suponer el 26% en 2013 a representar el 48% del total de pacientes que inician tratamiento en 2017. El grupo de jóvenes de 15 a 20 años, mantiene cifras estables a lo largo del período en torno a un 11-12% del total de los inicios de tratamiento hasta 2017.

Este envejecimiento en quienes demandan tratamiento en las unidades especializadas de atención a drogodependientes es un fenómeno común que se ha producido en los últimos años en el conjunto de España.

Tabla 2. Porcentaje de pacientes por grupos de edad admitidos a tratamiento. Aragón 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
14 y < años	3,4	8,8	10,4	9,1	0,2	0,4	0,2	0,5
15-20 años	11,3	11,4	13	12,7	12,4	12,8	9,4	11,3
21-30 años	23,4	25,1	23,3	25,5	19,9	17,4	17,7	14,0
31-40 años	26,4	30,2	27	26,5	24,6	24,8	24,5	25,8
41-50 años	24,8	17,3	18,4	18	22,4	24,8	25,3	24,3
51-60 años	8	6,1	6,7	6,5	15,3	14,4	17,3	18,1
61 y > años	2,4	1,1	1,2	1,7	5,3	5,2	5,5	5,9

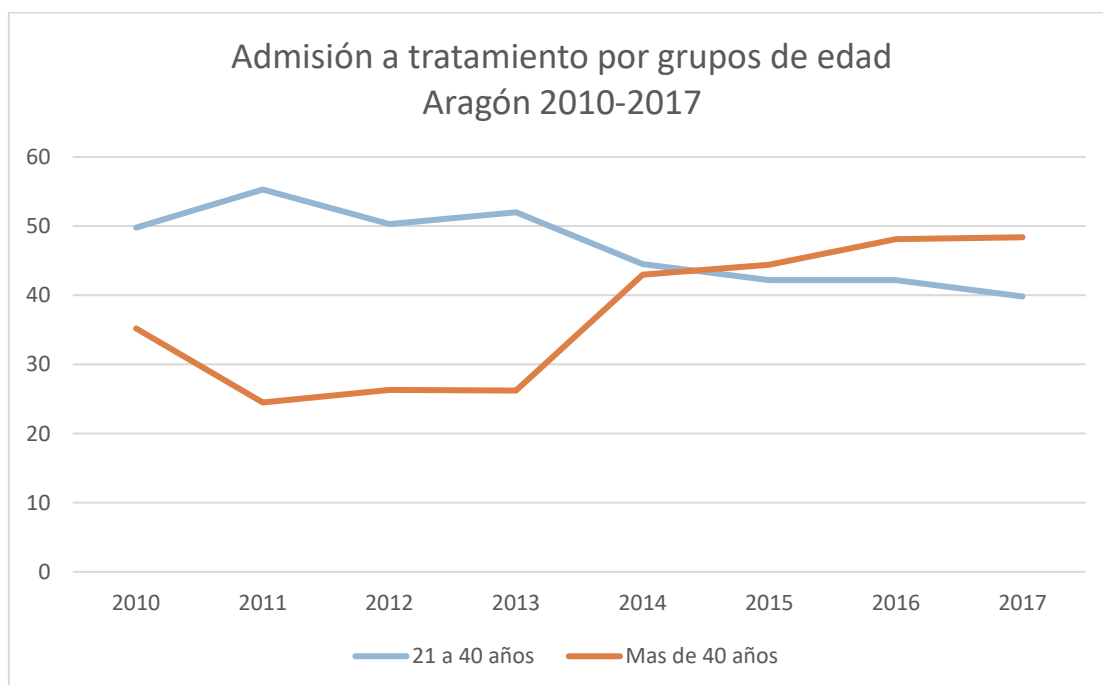


Gráfico 13: Evolución por grupos de edad (21-40 años y >40 años) en la admisión a tratamiento en Aragón entre los años 2010 y 2017

El alcohol ha sido la sustancia por la que se han iniciado la mayoría de los tratamientos a lo largo de todo el período, por encima del 40% del total y con pocas variaciones anuales. El porcentaje de inicios de tratamiento por cocaína ha ido descendiendo a lo largo de estos años, representando en 2017 el 14,6% del total. En sentido opuesto, los inicios de tratamiento por consumo de cannabis se han incrementado, siendo desde 2012 la segunda sustancia por la que se inician más tratamientos. En 2017 representa el 23,3% del total.

Tabla 3. Porcentaje de admisiones a tratamiento por sustancias.  
Aragón 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alcohol	45,6	36	41,9	41,2	43,4	42,8	42,5	44
Cocaína	20,4	23,4	17	15,2	12,6	13,3	12,6	14,6
Cannabis	16	18,9	24,7	21,7	27	26,4	23,8	23,3
Heroína y Otros Opiáceos	11,9	15,6	11,3	12,8	9,2	9,3	10,3	10,1
Anfeta y Otros estimulantes	4	5,2	4,9	7,7	5,6	6	7,7	7,2
Benzodiazepinas	0,7	0,8	0,3	1,1	0,6	0,7	0,9	0,5
Otras Drogas	0,2	0,1	0	0,3	1,6	1,5	2,2	0,3

Las admisiones a tratamiento por heroína y otros opiáceos han mantenido cierta estabilidad a lo largo del período, con porcentajes de alrededor del 10%. En cuanto a las anfetaminas y otros estimulantes, han experimentado cierto ascenso, aunque manteniéndose en porcentajes por debajo del 10% del total de inicios de tratamiento anuales.

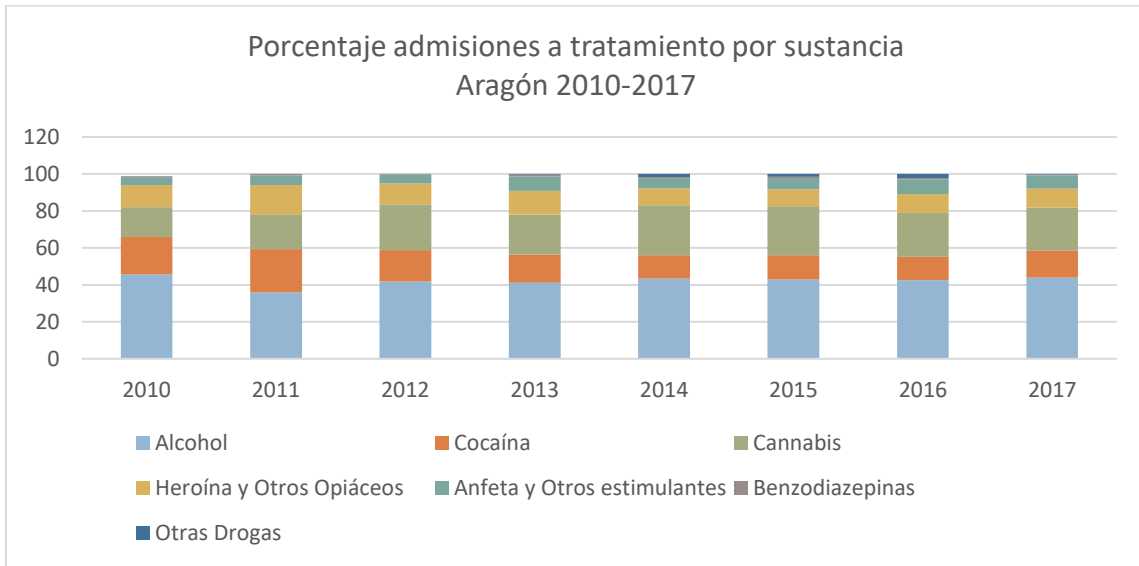


Gráfico 13: Porcentaje de admisiones a tratamiento por sustancia en Aragón y durante los años comprendidos entre 2010 y 2017

La vía parenteral, que en 2010 ya representaba un porcentaje muy pequeño en los inicios de tratamiento, se sitúa en 2017 en un porcentaje del 2,5%. La vía esnifada se mantiene estable en todo el período.

Tabla 4. Porcentaje de admisión a tratamiento por vía de administración de la droga principal. Aragón 2010 - 2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Esnifada	22,6	26	21,6	21,5	18,2	19,3	21,2	21,3
Oral	47,8	39	44,1	45,6	46,3	45,5	44,6	45,1
Parenteral	4,9	7	3,3	3,1	2,9	2,3	2,7	2,5
Pulmonar o fumada	22	27	28,7	28,9	31,2	29,5	29,4	30
Otra / Desconocido	2,7	1	2,2	0,9	1,4	3,4	2,1	1,1

## URGENCIAS HOSPITALARIAS

Los datos para el indicador Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, se recogen en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, a partir de una muestra, recogida en las doce semanas anuales de referencia seleccionadas por el

Plan Nacional sobre drogas para todas las CC. AA. No se trata, pues, de una recogida exhaustiva ni sistemática de todos los episodios de urgencias relacionados con consumo de drogas en Aragón. Debe subrayarse asimismo que se excluyen aquellos episodios producidos por consumo de alcohol si no se acompañan de otras sustancias. El indicador aporta una valiosa información sobre la evolución y tendencias de los consumos que generan episodios de urgencia atendidos desde el sistema sanitario.

Entre 2010 y 2017 el número de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas se ha mantenido relativamente constante. Debe resaltarse la distribución de los episodios por sexo, teniendo en cuenta el importante porcentaje de mujeres sobre el total: el 40% del total de urgencias recogidas entre 2010 y 2017. Este porcentaje, que supone en los episodios de urgencia una razón de masculinidad de 1,5, no tiene un reflejo similar en la distribución por sexo de otros indicadores de contenido asistencial como las admisiones a tratamiento en las que el número de admisiones de hombres es 4 veces mayor al de mujeres.

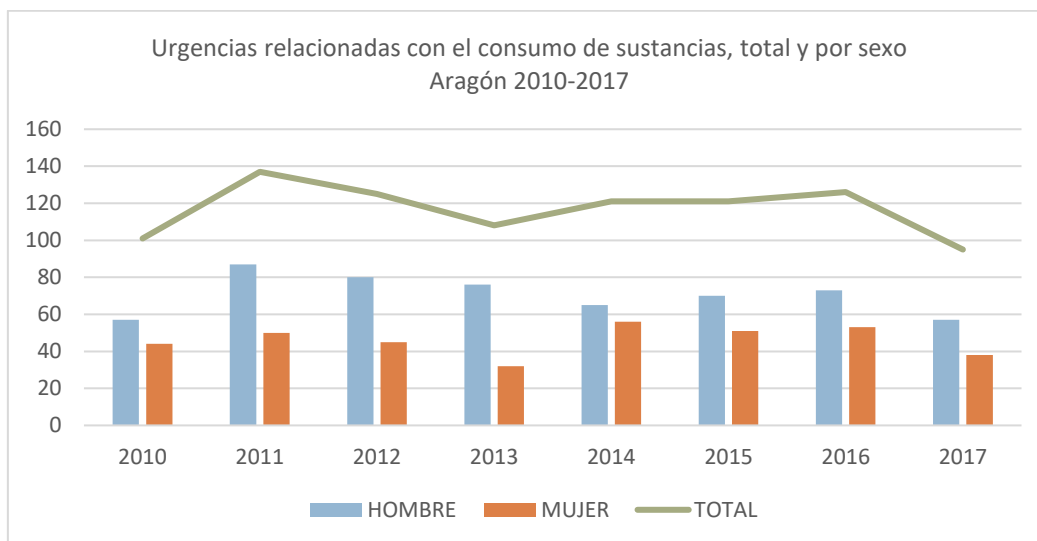


Gráfico 14: Evolución del número de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias total y por sexo en Aragón entre 2010 y 2017

La distribución por grupos de edad no presenta diferencias relevantes entre ellos. Con alguna variación a lo largo del período, existe cierta homogeneidad en el porcentaje de casos referidos a los grupos de edad de los 20, 30 o 40 años. El porcentaje de menores de 20 años tiene una evolución relativamente estable entre 2010 y 2017.

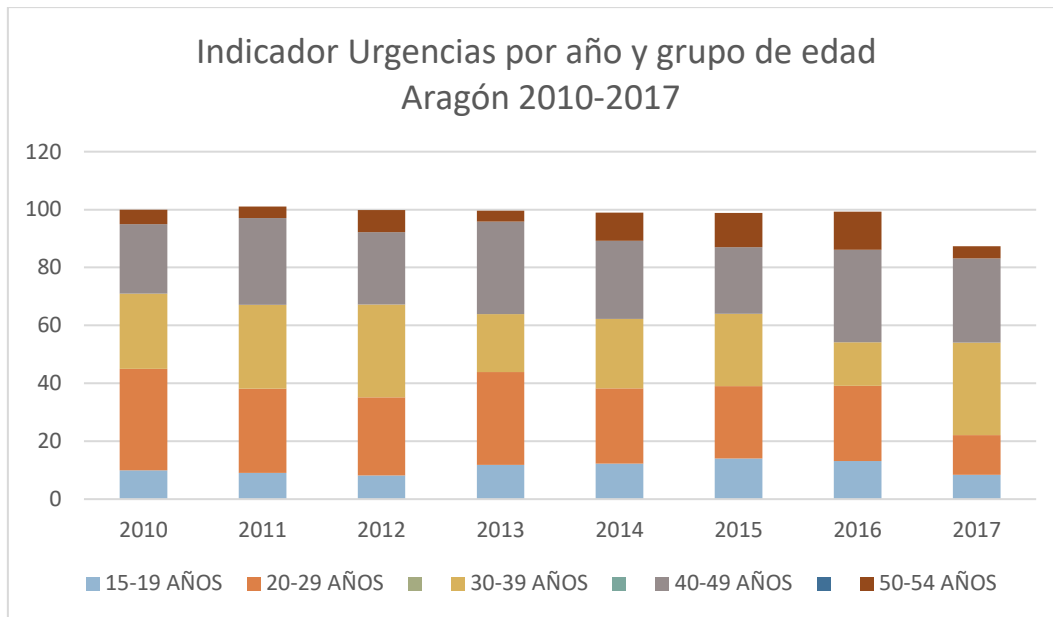


Gráfico 15: Número de urgencias por años y grupo de edad en Aragón entre los años 2010 y 2017

En cuanto a la distribución de los casos de Urgencias según la sustancia consumida, los dos grupos con mayores porcentajes son los de “Alcohol más otras sustancias” e “Hipnóticos y sedantes”. Hasta 2013, estos dos grupos tenían una tendencia similar; desde ese año se observa un incremento de los casos relacionados con hipnóticos/sedantes y una disminución de los relacionados con alcohol y otras sustancias. Los casos relacionados con consumo de cannabis se han mantenido, a lo largo del período, en alrededor del 15% del total de las urgencias con presencia de sustancias psicoactivas que se han recogido. En cuanto a la cocaína, los casos han fluctuado entre el 10 y el 20% del total, mientras que en el caso de las anfetaminas se ha detectado un incremento hasta constituir el 10% de los casos.

La presencia de heroína entre las urgencias relacionadas con sustancias psicoactivas es muy baja, no superando el 5% en ningún año del período 2010-2017.



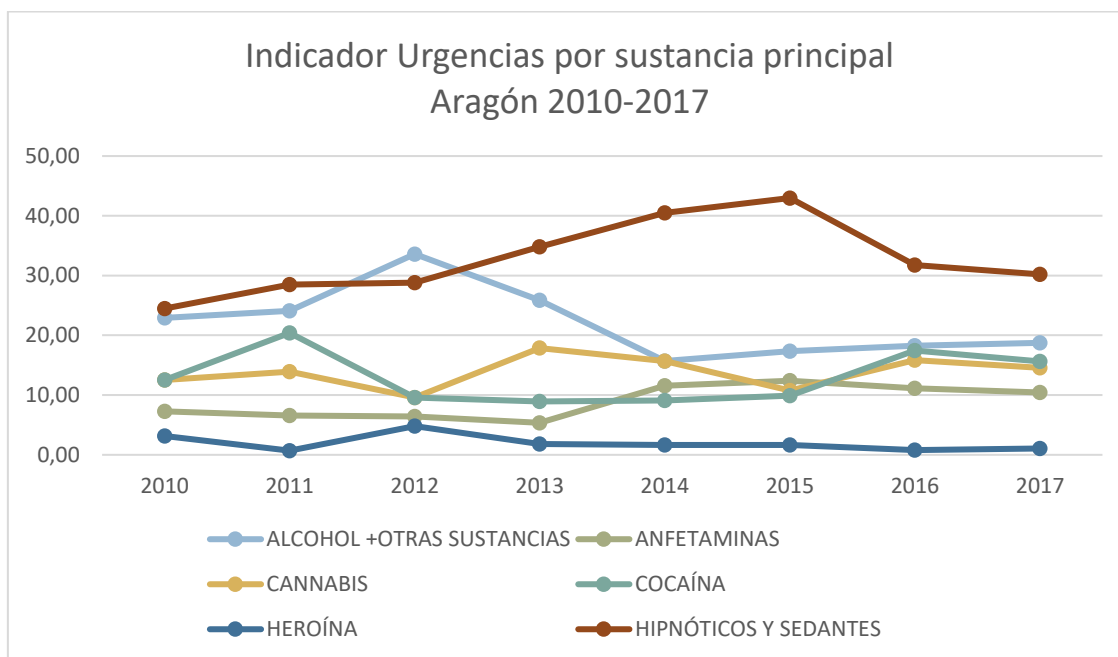


Gráfico 16: Evolución de los porcentajes de urgencias hospitalarias por sustancia principal en Aragón entre los años 2010 y 2017

En cuanto a la distribución por sexo y grupo de sustancia presente, existe una clara diferencia, en la mayoría de sustancias, con mayores consumos entre los hombres, excepto en el caso de alcohol más otras sustancias (con porcentajes similares en hombres y mujeres para el conjunto del período 2014-2017) y en hipnóticos y sedantes, donde el porcentaje en mujeres dobla al de varones.

Tabla 5. Datos indicador urgencias relacionadas por sustancia y sexo  
Aragón 2014-2017

Grupo sustancias	2014		2015		2016		2017	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alcohol +otras sustancias	19,5%	27,1%	21,9%	20,3%	22,0%	29,%	23,%	17,7%
Anfetaminas	11,4%	1,2%	9,5%	10,1%	10,2%	8,3%	12,9%	3,2%
Cannabis	27,6%	8,6%	25,7%	2,9%	23,6%	9,7%	19,8%	6,4%
Cocaína	10,6%	3,7%	10,5%	5,8%	16,5%	6,9%	11,2%	6,4%
Heroína	3,2%	0,0%	0,9%	1,4%	1,6%	0,0%	2,6%	0,0%
Hipnóticos y sedantes	21,1%	51,8%	23,8%	55,1%	22,8%	41,7%	25,8%	54,8%

## MORTALIDAD RELACIONADA CON EL USO DE SUSTANCIAS

El Indicador sobre mortalidad recoge el número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en personas de 10 a 64 años en el ámbito geográfico de la ciudad de Zaragoza. Este indicador forma parte del conjunto de información estatal que se establece en el Plan Nacional sobre drogas, y se elabora con la colaboración del Instituto de Medicina Legal de Aragón

La evolución durante el período ha sido creciente, con un incremento importante en el año 2013; desde entonces se ha mantenido el número de muertes anuales, con un descenso en 2017 que deberá valorarse según la evolución en los años siguientes.



Gráfico 17: Evolución del número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en Zaragoza entre los años 2010 a 2017

En cuanto a la distribución por sexo, los hombres representan un número mayor que las mujeres, con una razón de masculinidad para todo el período de 2,78. Las variaciones anuales han sido importantes: si en 2012, las mujeres representaron el 7% del total de muertes, en 2015 el porcentaje alcanzó el 50%.

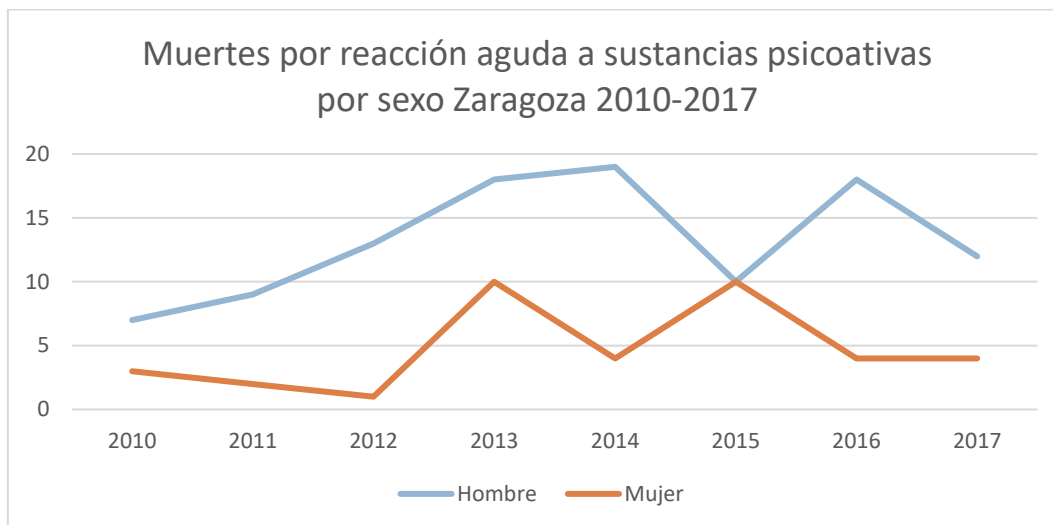


Gráfico 18: Evolución del número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas por sexo en Zaragoza entre los años 2010 y 2017

En cuanto a la edad de los fallecidos, las dos terceras partes fueron en la franja entre 35 y 54 años. En algo más de la mitad de los casos, la autopsia detectó evidencias de suicidio y solamente el 12% tenían indicios recientes de venopunción. Las sustancias más comúnmente detectadas fueron los hipnóticos y sedantes, el alcohol y los opiáceos.

### 3.3. ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN ARAGÓN

Teniendo en cuenta el carácter multisectorial de las actuaciones de prevención y su inclusión en otras estrategias y planes sectoriales de diferentes Departamentos, relacionadas con ámbitos tan diversos como la salud mental, la inserción social, la seguridad vial, las políticas de la mujer, de juventud o la planificación educativa, es difícil analizar de forma global el funcionamiento, y mucho más los resultados, de la multiplicidad de intervenciones de prevención y su adecuación, en los distintos escenarios donde se desarrollan, a criterios coherentes con el modelo de promoción de la salud establecido en el Plan de adicciones. La transversalidad de la prevención y la participación de diferentes agentes en la puesta en marcha de las actividades generan, en ocasiones, evidentes dificultades para la coordinación de los profesionales implicados y la organización de los recursos existentes.

Las competencias de coordinación de las actuaciones de prevención de adicciones recaen en el Departamento de Sanidad, si bien buena parte de los recursos necesarios para el desarrollo de intervenciones generales o específicas dependen de otros Departamentos, de diferentes entidades locales o de organizaciones no gubernamentales. Esta multiplicidad de entidades e instituciones implicados en la promoción de la salud y en la prevención de las adicciones requiere para su coordinación de un liderazgo claro, no siempre ejercido, que mejore las intervenciones, evitando duplicidades y conformando iniciativas homogéneas que puedan ser extendidas a todo el territorio.

La participación de las entidades locales en la prevención de las adicciones y en las funciones de promoción de la salud en el territorio ha sido fundamental a lo largo de estos años. Sin embargo, la red de Centros de prevención comunitaria en el momento actual sólo llega a cubrir una parte del territorio, por lo que en amplias zonas de ámbito rural no se dispone de programas específicos ni de profesionales dedicados a la prevención. Debe añadirse, además, que los profesionales de estos Centros, con diferente dependencia de la administración municipal o comarcal, tienen, en muchos casos, dificultades para la coordinación con otros recursos y el trabajo colaborativo con otros ámbitos territoriales. En otro sentido, las carencias en el ámbito asistencial, con un

desarrollo inadecuado de las Unidades de atención y seguimiento de adicciones, han hecho que los profesionales de los Centros de prevención comunitarias sigan realizando labores asistenciales que deberían proporcionar las Unidades de atención y seguimiento de adicciones.

Por lo que respecta al desarrollo de iniciativas comunitarias de prevención de adicciones desde la atención primaria de salud, éstas han tenido un desarrollo desigual limitándose, en la práctica, a intervenciones asistenciales de deshabituación en el ámbito del tabaquismo. La colaboración entre sectores diferentes, tales como salud o servicios sociales, con objetivos comunes en el campo de las adicciones, ha sido escasa, por lo que resulta necesario reforzar el papel de los recursos públicos en el liderazgo de las iniciativas de prevención comunitaria. Salud y Servicios sociales deben trabajar coordinadamente en lo local para optimizar el trabajo de los dispositivos de ambos sectores existentes en el territorio.

La coordinación del Departamento de Sanidad con el Departamento de Educación y con los centros educativos se ha mantenido a lo largo del período de vigencia del Plan. La continuidad de los programas de prevención y promoción de la salud en este ámbito exige consolidar esta coordinación mediante un trabajo colaborativo entre técnicos de ambos Departamentos. El intercambio de experiencias entre los centros y la colaboración de la Dirección General de Salud Pública con el Departamento de Educación ha posibilitado la utilización de materiales preventivos para todo Aragón. Estos programas de prevención universal se han trabajado de forma coordinada y continuada durante todo el período de vigencia del Plan, con una importante presencia en los centros educativos: de acuerdo con los resultados de ESTUDES, el 90% de los centros en Aragón han incluido información sobre prevención de adicciones, considerándose una importante mayoría de estudiantes, suficiente o perfectamente informados sobre los problemas asociados al consumo de drogas.

Sin embargo, la integración de la educación para la salud en todos los niveles del proyecto educativo de los Centros (proyecto curricular, programación general anual y el Plan de Acción Tutorial), que podría mejorar la continuidad de las intervenciones de promoción de salud y prevención universal, ha sido muy desigual en los distintos Centros educativos. Esta integración facilitaría también un desarrollo más homogéneo de las intervenciones, evitando duplicidades o enfoques que pueden resultar, en ocasiones, contradictorios. La responsabilidad en la definición de los criterios de buena

práctica en prevención corresponde a las administraciones educativas y de salud pública, quienes deben garantizar el desarrollo de programas que han demostrado su eficacia, en el contexto de la libertad de los centros educativos para establecer sus prioridades en estas materias.

Han sido escasas las iniciativas coordinadas de prevención de drogodependencias u otras adicciones con otros ámbitos del Gobierno de Aragón como el Instituto Aragonés de la Mujer o el de la Juventud, con los que se ha trabajado de una manera muy esporádica a lo largo de estos años. Por lo que se refiere a la prevención en el ámbito laboral, debe subrayarse la continuidad de las intervenciones promovidas por los agentes sociales, especialmente en el caso de las organizaciones sindicales. Sin embargo, es necesario mejorar en la integración de estas iniciativas en el marco de la prevención de riesgos laborales, de acuerdo con la Estrategia aragonesa de seguridad y salud en el trabajo y mediante el trabajo colaborativo de Salud Pública y el Instituto de Seguridad y Salud Laboral.

En general, puede afirmarse que las intervenciones de prevención de adicciones de carácter universal han tenido una adecuada continuidad, especialmente en el medio educativo, mejorando el nivel de información sobre drogas entre los más jóvenes e incrementando su percepción del riesgo frente a los consumos reiterados o excesivos, con la excepción del alcohol, sustancia que sigue teniendo una presencia elevada, tanto entre los más jóvenes como en la edad adulta. Sin embargo, en lo relativo a intervenciones de prevención de carácter selectivo o indicado, si bien se han llevado a cabo iniciativas concretas desde los Centros de prevención comunitaria o algunas entidades sin ánimo de lucro, éstas no han tenido la continuidad necesaria y, en la mayor parte de los casos, no ha existido un análisis previo de las necesidades ni la identificación de los colectivos más vulnerables con los que trabajar de forma más específica y con enfoques de proximidad y trabajo individualizado.

Lo mismo puede decirse respecto a las intervenciones con objetivos de detección precoz e intervención temprana que se han realizado, de forma ocasional, desde distintos ámbitos. Sin embargo, ni desde el sistema sanitario, en el ámbito de la atención primaria de salud, ni desde el sistema educativo, a través de los recursos de orientación de los centros docentes, se han desarrollado protocolos homogéneos para detectar situaciones problemáticas en relación con las adicciones o con consumos de riesgo.

Por último, el trabajo llevado a cabo por entidades no gubernamentales ha tenido continuidad a lo largo del período del II Plan de adicciones, a través de la convocatoria anual de subvenciones dirigidas al desarrollo de programas de prevención de drogodependencias y otras adicciones que ha garantizado el trabajo comunitario y la participación social en este ámbito. Sin embargo, la evolución presupuestaria durante el período del II Plan de adicciones ha tenido una evidente repercusión en el desarrollo de los proyectos.

Evolución presupuestaria (Euros) en prevención. Aragón 2010-2016

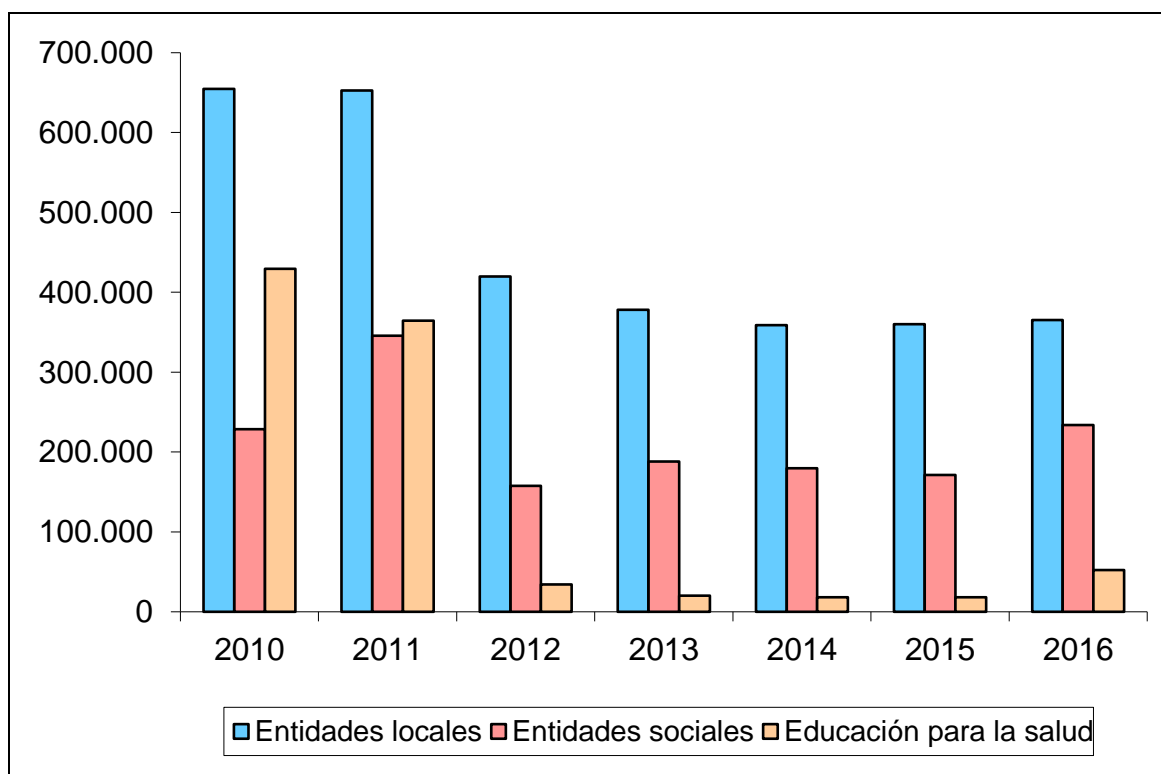


Gráfico 19. Evolución presupuestaria en prevención. Aragón 2010-2016

### 3.4. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La evolución y tendencias de los consumos de drogas, así como su repercusión en demandas de tratamiento, a lo largo del período de vigencias del II Plan de adicciones ofrece algunas características reseñables. De acuerdo a los sistemas de información disponibles, podemos establecer las siguientes conclusiones:

- La edad de inicio de consumo de alcohol, la sustancia más consumida tanto en jóvenes como en adultos, prácticamente no se ha modificado en los últimos años, manteniéndose alrededor de los 13 años y medio desde la década pasada. Sin embargo, y a pesar de que se mantiene un patrón de consumo en forma de “atracción”, se observa un descenso en las borracheras entre los más jóvenes: en Aragón la prevalencia de borracheras, referida a los últimos 30 días, descendió 15 puntos entre 2010 (40%) y 2016 (25,5%).
- La edad de inicio de consumo de las otras dos sustancias más prevalentes en cuanto a consumo (tabaco y cannabis), ha variado poco a lo largo del período del Plan de adicciones. En relación con el tabaco, se ha incrementado de los 13,3 a 13,6 años entre 2010 y 2016. En el mismo período, la de cannabis ha pasado de 14,5 a 14,6 años.
- El consumo de tabaco se ha reducido alrededor de 10 puntos, tanto en jóvenes como en adultos: entre los y las más jóvenes (14-18 años) la prevalencia de consumo en los últimos 30 días bajó del 39,8% en 2012 al 29,8% en 2016, y el porcentaje del consumo diario se sitúa en su cifra más baja (11,8%); en población de 15 a 64 años la prevalencia de consumo bajó del 39,4% en 2009 al 30,9 en 2015. La aplicación en 2010 de la normativa sobre tabaco ha tenido un claro reflejo en esta reducción del consumo.
- En Aragón, el consumo de cannabis entre escolares de 14 a 18 años ha mantenido su tendencia decreciente iniciada en la década anterior, pasando de un 21,7% en 2010 a un 17,9% en 2016 y situándose por primera vez por debajo de la media estatal. En relación al sexo, durante el mismo período, el consumo descendió del 24,7% al 21% en chicos y del 18,7% al 14,4% en chicas.



- La mayor parte de jóvenes escolarizados de 14 a 18 años en Aragón (por encima del 70% durante todo el período) se sienten suficiente o perfectamente informados en relación con las drogas, al igual que ocurre a nivel nacional. En torno al 90% de los estudiantes aragoneses refiere haber recibido información al respecto en su centro educativo. Este porcentaje es del 72,3%, referido al entorno familiar.
- La percepción de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes entre 14 y 18 años es muy elevada (siempre por encima del 95%) en lo que se refiere a la heroína, cocaína, anfetaminas o alucinógenos. Es también elevada (por encima del 90%) para el consumo diario de tabaco y el consumo habitual de cannabis o hipnosedantes. Sin embargo, la percepción del riesgo baja (hasta porcentajes cercanos al 50%) cuando se refiere al consumo de alcohol, tanto diario como en fines de semana, y al consumo ocasional de cannabis.
- El alcohol es la sustancia por la que se han iniciado más tratamientos a lo largo del período, por encima del 40% y con pocas variaciones anuales. Los inicios de tratamiento por cocaína han descendido (un 20,4% en 2010 y un 14,6% en 2017). Por el contrario, en el caso del cannabis ha habido un incremento, siendo desde 2012 la segunda sustancia en inicios de tratamiento (en 2017, el 23,3% del total).
- Las urgencias hospitalarias, con relación a presencia de sustancias psicoactivas, se han mantenido relativamente constantes entre 2010 y 2017. Los mayores porcentajes se refieren a los grupos de “hipnóticos y sedantes” y “alcohol más otras sustancias”. Es importante subrayar el elevado porcentaje de mujeres (el 40% del total entre 2010 y 2017), dato que no tiene reflejo en otros indicadores asistenciales. En cuanto a la edad, existe cierta homogeneidad en el porcentaje de casos referidos a los grupos de edad de 20-29, 30-39 y 40-49 años.
- Aunque los recursos asistenciales han asumido la demanda generada en relación con el tratamiento de adicciones, no se ha producido la integración en la red de Salud mental y falta por concretarse la dotación mínima de profesionales en los recursos ambulatorios, una cartera de servicios común y la sectorización de las Unidades de atención y seguimiento de adicciones.

- Las intervenciones de prevención de drogodependencias y consumos problemáticos en medio educativo han tenido, en general, una adecuada continuidad durante el período 2010-2016, aunque es necesaria una mayor homogeneidad en sus contenidos y una mejor coordinación en la oferta de dichas intervenciones. Las iniciativas más focalizadas, de prevención selectiva o indicada, han sido más escasas y no han respondido a una planificación previa y compartida en todo el territorio. En este sentido, se evidencia la necesidad de una mayor coordinación y seguimiento de los proyectos e intervenciones.
- La importante disminución de los recursos presupuestarios asignados, tanto en prevención como en asistencia, a lo largo del período del II Plan autonómico de drogodependencias y otras adicciones y en especial desde 2012, ha tenido un claro impacto en las carencias asistenciales y de prevención señaladas.



## 4. PRINCIPIOS, ÁREAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES

Ya se ha dicho anteriormente que fenómenos como el consumo, el uso inadecuado o el abuso de drogas, legales e ilegales, así como el desarrollo de las adicciones, también las comportamentales, son situaciones que tienen una génesis compleja, en las que interaccionan múltiples factores y contextos y que, por lo tanto, el abordaje de estos problemas debe tener, necesariamente, un enfoque multisectorial.

El III Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón tiene como primer objetivo recoger, de forma organizada, las prioridades en materia de prevención de adicciones y asistencia a las personas con patología relacionada con las mismas, para el período de 2018 a 2024. Será el marco de referencia para instituciones y entidades que llevan a cabo actuaciones en materia de prevención y asistencia en Aragón.

Así mismo pretende establecer un modelo de prevención homogéneo y extendido a todo el territorio que aproveche los recursos locales y posibilite el enfoque multisectorial, mediante procesos colaborativos de servicios sociales, sanitarios, educativos y de entidades ciudadanas.

En consonancia, pues, con el Plan de Salud de Aragón 2030, en cuanto su marco conceptual y teniendo en cuenta el campo de actuación recogido en la Estrategia Nacional de adicciones 2017-2024, el III Plan de adicciones de Aragón intervendrá sobre los siguientes factores:

- Consumo de drogas legales (tabaco, alcohol).
- Consumo de fármacos psicoactivos y otras sustancias con potencial adictivo, con o sin prescripción médica.
- Consumo de drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas.
- Adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y *online*) y en la vigilancia y seguimiento de los usos inadecuados o excesivos de las tecnologías de la comunicación y el posible desarrollo de patología de carácter adictivo ligada a ellos.

## PRINCIPIOS

El III Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón reconoce como principios rectores del mismo, en consonancia con la Ley de Salud Pública de Aragón y el Plan de Salud de Aragón 2030, los siguientes:

### **Principio de universalidad**

Las actuaciones en materia de adicciones deben beneficiar a toda la población, independientemente de la cobertura sanitaria o el nivel de aseguramiento de cada persona.

### **Principio de equidad**

Todas las intervenciones e iniciativas de prevención tendrán en cuenta la superación de las desigualdades sociales, económicas, culturales, territoriales y de género; en ellas se prestará especial atención a los colectivos más desfavorecidos y ninguna actuación podrá ser causa de discriminación o impedir la igualdad real y efectiva de las personas.

### **Principio de prevención**

Las actuaciones públicas y aquellas que lleven a cabo entidades subvencionadas por las administraciones públicas en materia de adicciones tendrán como prioridad detectar, anticiparse y evitar los posibles daños a la salud de la población, abordando especialmente los factores determinantes de la misma. Además, la promoción de factores generales de protección en edades tempranas, mediante la formación en habilidades para la vida debe ayudar a la adopción de actitudes, valores y conductas saludables.

### **Principio de salud en todas las políticas**

En toda planificación de las intervenciones sociales, sanitarias y educativas en materia de contempladas en este Plan, se tendrá en cuenta la convergencia con otros sectores, cuyas políticas pueden influir en la salud de la población, en la creación de entornos saludables, disminuyendo los riesgos y garantizando un alto nivel de protección de la salud.

### **Principios de transparencia y rendición de cuentas**

Las intervenciones dirigidas a la prevención de drogodependencias y otras adicciones deberán ser explicadas de forma sencilla y comprensible a la ciudadanía. De igual forma, las administraciones públicas comunicarán periódicamente datos y evolución de la situación referida a las adicciones en su ámbito territorial, dando cuenta de las intervenciones realizadas. Estos principios regirán también para las entidades sin ánimo de lucro en relación con sus intervenciones subvencionadas por las administraciones públicas.

### **Principio de participación**

Las actuaciones en el ámbito de la prevención de adicciones deben contar, especialmente en el nivel local, con la participación de la población a la que van dirigidas. Este principio debe regir desde el diseño hasta la aplicación de las iniciativas y contar con los órganos y canales de participación comunitaria establecidos.

### **Principios de calidad y eficiencia**

Cualquier iniciativa en el campo de las adicciones desarrollada por instituciones y entidades colaboradoras tendrá en cuenta la mejor evidencia disponible en su diseño e implementación, con criterios de buenas prácticas y estándares preestablecidos. La relación entre los objetivos previstos y los recursos utilizados será la más favorable posible.

## **ÁREAS DE ACTUACIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES**

El III Plan de adicciones se estructura en 5 áreas de actuación que se corresponden con los siguientes apartados:

### **Área 1. Prevención y promoción de la salud:**

Se plantea en esta área la reorganización del modelo de intervención en prevención de adicciones, reforzando el papel de los Servicios sociales generales en el conjunto del

territorio de la Comunidad Autónoma. También se contemplan las actuaciones de prevención universal y de prevención selectiva e indicada. El área se estructura en 5 objetivos y 17 acciones.

**Área 2. Reducción de la oferta:**

Recoge los aspectos de control, especialmente en el ámbito de las drogas legales como alcohol y tabaco, y las medidas para el cumplimiento de la normativa limitadora de su publicidad, venta y consumo, con especial referencia al nivel local. Consta de 3 objetivos y 7 acciones.

**Área 3. Red asistencial de atención a las adicciones:**

De forma coordinada con el Plan de Salud mental 2017-2020, se establecen los medios y características de la Red asistencial de atención a las adicciones, integrada en la Red de Salud mental, y coordinada con los servicios sanitarios y sociales. Mediante 5 objetivos y 11 acciones se definen los elementos de mejora de la red asistencial actual.

**Área 4. Formación y gestión del conocimiento:**

En esta área se pone especial énfasis en la formación de los y las profesionales que, desde distintos sectores, trabajan en el ámbito de las adicciones. Se incide también en la necesidad de difundir la información sobre la evolución y tendencias en esta materia, y se reconoce la necesidad de incorporar un sistema de información sólido e integrado en la vigilancia de la salud, que permita un mejor conocimiento de la situación y facilite la evaluación de las intervenciones. El área se estructura en 5 objetivos y 13 acciones.

**Área 5. Coordinación:**

Se establecen tres niveles de coordinación, el primero en el ámbito de la estructura institucional del Gobierno de Aragón; un segundo nivel que define la relación institucional y técnica entre el Departamento de Sanidad y los servicios periféricos de ámbito social y sanitario; y un tercer nivel en el que se establecen las iniciativas para una adecuada coordinación de los recursos en el ámbito local. El área recoge 3 objetivos y 9 acciones.

## ÁREA 1: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Desde un enfoque de Salud pública, el III Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón contempla la prevención como área prioritaria de intervención, integrada en el marco de la promoción de la salud y dirigida a reducir los consumos de drogas y otras adicciones y a disminuir los daños en la salud de las personas consumidoras de drogas o con problemas de adicciones.

Los anteriores Planes específicos sobre drogodependencias y la evaluación del último han señalado como elemento esencial la necesidad de mejorar las intervenciones en prevención, que deben pasar sin duda por el establecimiento de un modelo de organización más definido en el que se reconozca la competencia de las administraciones públicas, y en especial de las entidades locales, en el liderazgo de las iniciativas preventivas a desarrollar a nivel poblacional, en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

Partiendo de la experiencia de los Centros de prevención comunitaria, ligados en su mayor parte a los servicios sociales y relacionados funcionalmente con el Departamento de Sanidad, mediante convenios de colaboración gestionados por la Dirección General de Salud Pública, el III Plan de adicciones establece la reorganización del modelo de prevención para su desarrollo en el período de 2018 a 2024. Este modelo promueve la integración de la prevención y la atención social a las adicciones en la red de Servicios sociales, tomando como referencia la Ley de Servicios Sociales de Aragón, el Catálogo de Servicios Sociales, el Mapa de Servicios Sociales y el Decreto 184/2016, de 20 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales, con la única excepción de Zaragoza capital, que organiza su intervención en adicciones mediante un servicio social especializado como es el Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones (CMAPA).

Esta iniciativa favorece la puesta en valor de las intervenciones que ya vienen realizándose desde el ámbito de los Servicios sociales, directamente relacionadas con toda la población y, en especial, con aquella parte de la misma en situación de mayor vulnerabilidad, que comparte problemas sociales, jurídicos o familiares de diferente índole con consumos ocasionales o problemáticos de drogas o están en situación de



riesgo para el desarrollo de patología adictiva. En otro sentido, un modelo homogéneo y sistematizado de prevención de adicciones en el conjunto del territorio puede mejorar en gran medida la colaboración y coordinación con áreas y recursos relacionados, como son el sistema sanitario, el sistema educativo, el entorno laboral o los ámbitos de juventud, mujer o menores. El desarrollo de estas líneas especializadas, dentro de los Centros de Servicios sociales, debe ir acompañada de un aumento de la visibilidad de los profesionales y de sus competencias.

**Objetivo 1.1. Redefinir y extender a todo el territorio de la Comunidad Autónoma el modelo para la prevención de las adicciones.**

Los Programas Especializados de adicciones, gestionados desde los Centros de Servicios sociales, irán extendiéndose progresivamente, mediante Convenios de colaboración promovidos por la Dirección General de Salud Pública, a las Entidades locales con competencias en materia de Servicios sociales, es decir, en la gran mayoría de Comarcas, así como en las capitales de provincia de Huesca, Teruel y Zaragoza, teniendo en cuenta la población, pero también la existencia de planes locales y/o comarcales de prevención. En el proceso de extensión de los programas de adicciones a todo el territorio aragonés, se partirá de la financiación establecida para los distintos recursos locales y comarcales existentes en 2018. Para poder garantizar una adecuada cobertura en todo el territorio, podrán establecerse acuerdos intercomarcales, que aseguren la prestación de los servicios de prevención en Comarcas con escasa población.

**Acción 1.1.1. Informar a responsables comarcales y profesionales de los Servicios sociales sobre el modelo propuesto, trabajando conjuntamente en la planificación.**

Es necesario que las entidades locales, tanto aquéllas que actualmente conforman la red de Centros de prevención comunitaria como las que carecen de estos recursos especializados, comprendan el alcance y características del modelo que se quiere desarrollar, así como la importancia del trabajo colaborativo entre instituciones con el

objetivo de elevar el nivel de salud de la población y reducir los problemas relacionados con las adicciones. Se programarán, al respecto, reuniones con todas las Comarcas que vayan incorporándose a la nueva red de Programas Especializados de adicciones.

**Acción 1.1.2. Modificar la denominación de los Centros de prevención comunitaria.**

En la medida en la que se pretende la integración de las intervenciones en prevención en la organización y funcionamiento de los Centros de Servicios sociales (con la excepción de Zaragoza capital), resulta más adecuada la denominación de **Programa Especializado de adicciones**, de acuerdo con el Art. 7.3 del Decreto 184/2016, modificándose la de 'Centros de prevención comunitaria', actualmente existente.

**Acción 1.1.3. Adecuar los recursos existentes en la actualidad al modelo del III Plan de adicciones.**

El cambio hacia la organización de la prevención de adicciones integrada en el Sistema de servicios sociales se efectuará, a lo largo del período de desarrollo del III Plan, de una forma ordenada. Se tendrá especialmente en cuenta la experiencia acumulada desde el trabajo de los Centros de prevención comunitaria y sus profesionales, buscando el acuerdo entre los niveles municipales y comarcales en aquellas zonas donde los recursos dependen en la actualidad de los Ayuntamientos, y garantizando la continuidad de los profesionales dependientes de los mismos. De forma progresiva, y mediante el trabajo coordinado de la Dirección General de Salud Pública y la Comarcas que se vayan incorporando al modelo, se irán constituyendo en los Centros de Servicios sociales los Programas Especializados de adicciones, hasta alcanzar al conjunto del territorio de la Comunidad Autónoma.

**Acción 1.1.4. Apoyar técnicamente a las entidades locales que se vayan incorporando a la red en la elaboración de un Plan de prevención de adicciones.**

La creación de los Programas Especializados de adicciones debe venir precedida por la elaboración de un Plan local sobre adicciones en el que se analice la situación en la comarca y se establezca el marco de coordinación adecuado para el desarrollo de las

iniciativas de prevención, como paso previo a la firma del convenio. Esta medida puede requerir apoyo técnico a profesionales de los Centros de Servicios sociales, tanto para adquirir formación básica sobre adicciones y su prevención como para el proceso de planificación. El Plan local deberá establecer el compromiso de la Entidad local con la constitución de una mesa técnica comarcal que agrupe a profesionales y representantes de la comunidad, para un mejor conocimiento de la situación y el establecimiento de un modelo de coordinación de las intervenciones.

**Acción 1.1.5. Elaborar normativa para la regulación del Programa Especializado de adicciones en Aragón.**

El desarrollo de una red de Programas Especializados en el conjunto del territorio debe quedar regulado mediante la elaboración de normativa del Departamento de Sanidad que establezca el compromiso entre instituciones y ofrezca a instituciones y profesionales el marco general de colaboración en la prevención de adicciones de forma homogénea en todo el territorio. Dicha norma contemplará aspectos como la designación de referentes técnicos del Programa dentro del Equipo del Centro de Servicios sociales, el liderazgo del Programa en materia de prevención de adicciones en el ámbito de la Entidad local, o los criterios para el desarrollo de las intervenciones en prevención, siempre de acuerdo con la normativa general que regula los Servicios sociales. Los Programas Especializados de adicciones se incluirán, para su desarrollo, en el Servicio de prevención e inclusión social definido en el artículo 7.3 del Decreto 184/2016 por el que se regula la organización y funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales en Aragón.

**Objetivo 1.2. Concretar el papel de las Entidades sin ánimo de lucro en el desarrollo del modelo de prevención de adicciones.**

La experiencia acumulada de algunas entidades sin ánimo de lucro en el ámbito de las drogodependencias ha permitido un trabajo de colaboración entre estas y las instituciones y la continuidad de muchas de las intervenciones eficaces en este ámbito, con la financiación anual de las mismas mediante sucesivas convocatorias de

subvenciones. Dada la diversidad del tercer sector y la complejidad de los problemas sociales, se hace necesario avanzar en la especialización y calidad de las entidades sociales que colaboran con las administraciones públicas en el terreno de las adicciones.

**Acción 1.2.1. Establecer un Registro específico previo para la habilitación de Entidades que quieran trabajar en el ámbito de la prevención de adicciones.**

Las intervenciones llevadas a cabo por organizaciones sin ánimo de lucro en el ámbito de la prevención de adicciones, muy especialmente en medio educativo, son de una gran variabilidad en cuanto a enfoques y contenidos. El establecimiento de un registro de entidades con estas características debe facilitar la incorporación de criterios básicos homogéneos en las intervenciones de prevención, de acuerdo con la población diana a la que vayan dirigidas. Puede facilitarse asimismo la acreditación de materiales y programas relacionadas con la prevención de adicciones, que se utilicen o lleven a cabo con financiación de las administraciones públicas.

**Acción 1.2.2. Mejorar los procedimientos de financiación de las entidades sin ánimo de lucro que colaboran con las administraciones en la prevención de adicciones.**

Debe revisarse el actual sistema de concesión de subvenciones adecuándolo a los criterios del III Plan de adicciones y al papel de complementariedad de las intervenciones de las entidades no gubernamentales respecto de las administraciones públicas. La Dirección General de salud Pública establecerá los mecanismos de coordinación y seguimiento de las intervenciones que cuenten con financiación pública, coordinándose con otras unidades administrativas que puedan complementar la financiación de las mismas entidades o programas. Así mismo, deberá asegurarse que la gestión del sistema de subvenciones se lleve a cabo con la suficiente agilidad y anticipación para que las entidades tengan la información, al comienzo de cada año, de la cantidad adjudicada y puedan planificar las intervenciones subvencionadas de acuerdo a los criterios de cada convocatoria anual.

**Objetivo 1.3. Potenciar la prevención de adicciones en el marco de la promoción de la salud.**

El desarrollo de un enfoque de salud pública, en el contexto de la prevención de adicciones, está relacionado con resaltar la importancia de los factores determinantes implicados en la aparición de problemas asociados a consumos inadecuados y a la génesis de patología adictiva, teniendo en cuenta el carácter multifactorial de estos procesos. Así, toda intervención preventiva deberá tener en cuenta el marco de la promoción de la salud, es decir, la capacitación de personas y comunidades para que puedan ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, y la adquisición de habilidades para la vida desde etapas tempranas para reducir el interés por las drogas, disminuir los problemas relacionados con los consumos experimentales u ocasionales y potenciar los factores de protección ante conductas de riesgo, especialmente en población infantil y juvenil, para reducir la incidencia de las drogodependencias y las adicciones en general.

La prevención de carácter universal debe llevarse a cabo en ámbitos diversos, como la escuela, la familia, la comunidad o el entorno laboral. Si bien deben priorizarse las intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes, tanto en medio escolar como en espacios no formales, no debe olvidarse que las adicciones y los problemas relacionados con consumos inadecuados o abuso de sustancias se dan de forma transversal en todas las edades de la vida y, especialmente, en la edad adulta.

Deben incluirse en este enfoque, no solo los consumos de sustancias psicoactivas o las adicciones como la ludopatía, sino también los comportamientos de riesgo relacionados con el uso problemático de tecnologías de la información y comunicación (pantallas digitales, uso de redes sociales e internet, etc.) que, aunque en un sentido estricto no podamos categorizar como adicciones, si comparten analogías con comportamientos adictivos y pueden generar situaciones problemáticas de distinta entidad, especialmente entre adolescentes y jóvenes.

**Acción 1.3.1. Establecer criterios y estrategias para la prevención universal y selectiva en los centros educativos que imparten la educación obligatoria.**

Los programas escolares de prevención de adicciones estarán integrados en el Plan de Promoción de la Salud Escolar previsto en el artículo 39 de la Ley de Salud Pública de Aragón y desarrollado de forma conjunta entre la Dirección General de Salud Pública y los órganos competentes del Departamento de Educación. La oferta de los recursos de prevención de adicciones desde un enfoque de promoción de la salud se realizará de forma homogénea y coordinada para adaptarse a los diferentes contextos de necesidades y activos para la salud de la comunidad educativa tanto para la educación primaria como la educación secundaria.

Dentro de los cauces de coordinación entre el Departamento de Sanidad y el Departamento de Educación se impulsará una comisión de calidad de programas, compuesta por profesionales con experiencia en promoción de la salud en los centros educativos, con la finalidad de realizar un catálogo de los recursos y materiales didácticos recomendables para la prevención de adicciones en los centros educativos. Este catálogo propondrá recursos e intervenciones de calidad para realizar la prevención universal y la prevención selectiva adecuada al currículum de los diferentes niveles educativos y los diversos contextos de los centros educativos.

De acuerdo con el Plan de Salud de Aragón, la prevención de adicciones en medio educativo estará integrada dentro de los Programas Escolares de Salud que ofrece el Gobierno de Aragón. Los centros educativos acreditados como Escuelas Promotoras de Salud promoverán el desarrollo personal y social del alumnado mediante actuaciones globales que favorezcan la salud y el bienestar de la comunidad educativa e intervenciones específicas para la prevención de adicciones en el marco de la promoción de la salud.

Entre los criterios establecidos se potenciará la prevención ambiental de las adicciones fomentando entornos saludables, seguros y sostenibles, se incluirá un enfoque de equidad de género y se promoverá el uso saludable y adecuado de las TIC favoreciendo medidas de ciberconvivencia en los centros educativos con el apoyo de la iniciativa del Gobierno de Aragón Pantallas Sanas.

**Acción 1.3.2. Elaborar orientaciones para la mejorar las intervenciones de prevención de adicciones en los centros educativos.**

Las iniciativas de prevención en el marco escolar tienen que tener un carácter integral buscando la implicación del profesorado y los equipos directivos de los centros educativos. Se garantizará que las intervenciones de prevención universal alcancen al alumnado de educación primaria y educación secundaria. Asimismo, se determinará tras un análisis de situación, las unidades o agrupaciones de alumnado en la que es importante intensificar la prevención para realizar actuaciones de prevención selectiva.

Los Programas especializados sobre adicciones diseñarán actuaciones en el medio escolar, programando y evaluando las intervenciones de manera conjunta con los equipos directivos de los centros educativos. El apoyo técnico de los profesionales de servicios sociales puede incluir el asesoramiento y formación del profesorado, el refuerzo de actuaciones con el alumnado especialmente en la prevención selectiva y la formación de las familias. El centro de servicios sociales realizará la coordinación con los recursos comunitarios y con las entidades sin ánimo de lucro habilitadas para ello e inscritas en el registro específico. Desde Salud Pública se promoverá la implicación de las Federaciones de asociaciones de madres y padres de alumnado, de forma que sus iniciativas de prevención queden vinculadas a la planificación local.

De manera conjunta entre los Departamentos de Educación y Sanidad se elaborarán las orientaciones y directrices para garantizar que la prevención de adicciones en el marco de la promoción de la salud se realice de manera integral contando con la implicación continuada de los recursos locales.

**Acción 1.3.3. Establecer acuerdos de colaboración con Áreas con competencias en materia de familia o juventud, para la coordinación de intervenciones específicas de formación y orientación dirigidas a familias.**

La familia es el ámbito básico para la formación en valores y es identificada, en la encuesta Estudes como una de las fuentes de información en materia de adicciones. Desde las experiencias de formación en parentalidad positiva, se trabajará en coordinación con la Dirección General competente en materia de familia en la elaboración de materiales y en el desarrollo de iniciativas en dicho ámbito; de manera que se proporcione a padres y madres formación en adopción de hábitos saludables,

incorporando la prevención de situaciones de conflicto, educación en valores, habilidades para la vida y prevención de conductas adictivas. En el mismo sentido se desarrollarán intervenciones dirigidas a jóvenes en espacios de educación no formal. Deberán contemplarse, especialmente en estos ámbitos, las diferencias de género en el abordaje de las causas de inicio de los consumos desde las edades más tempranas. Estas actividades dirigidas a familias deben estar relacionadas con las iniciativas del Plan de salud de Aragón en materia de salud infantil y juvenil, y con el Servicio de intervención familiar incluido en el Catálogo de prestaciones de los Centros de Servicios sociales. En todos los casos, debe contemplarse al menor como sujeto activo, fomentando hábitos saludables e intentando reducir las conductas de riesgo dentro del ámbito familiar y la educación no formal.

**Acción 1.3.4. Desarrollar programas de prevención de adicciones de ámbito comunitario, incluyendo iniciativas de ocio activo y saludable dirigido a adolescentes y jóvenes, en coordinación con instituciones, organizaciones y recursos de ámbito territorial.**

Desde los Programas Especializados de adicciones se impulsarán intervenciones en el ámbito de la comarca, mediante la coordinación con todos los recursos locales implicados: sociales, sanitarios, entidades no gubernamentales, instituciones y miembros de la comunidad. El marco para la elaboración y el desarrollo de estas iniciativas serán las mesas locales de prevención, contando con la participación de los Consejos de Salud de zona.

Se promoverá la colaboración con los Centros de salud para el desarrollo de actividades comunitarias de prevención de adicciones desde un enfoque de promoción de la salud, en el marco de la Estrategia de atención comunitaria impulsada por el Departamento de Sanidad desde la atención primaria de salud, y de acuerdo con el objetivo 2.2 del Área 3 del Plan de salud de Aragón 2030. Asimismo, se promoverá la integración con las actuaciones derivadas de la implementación local de la *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Sistema Nacional de Salud*, como la iniciativa *Salud en Red en los Barrios* que potencia la coordinación entre los servicios públicos que trabajan en el mismo territorio, la dinamización de los activos para la salud y la resiliencia comunitaria. Esta colaboración deberá quedar asimismo enmarcada en el



Servicio de animación comunitaria, incluido en el Catálogo de prestaciones de los Centros de Servicios sociales.

Se contemplará, especialmente entre la juventud, el impulso del ocio alternativo al consumo de sustancias mediante el compromiso de las ayuntamientos y comarcas, y mediante la formación a técnicos de infancia, juventud, deportes y otras áreas temáticas del ámbito local.

**Objetivo 1.4. Potenciar la prevención de adicciones en el marco de la promoción de la salud laboral.**

El consumo de drogas por parte de la población trabajadora supone un peligro para el consumidor, sus compañeros y compañeras de trabajo o terceras personas. Puede ser fuente de conflictos laborales y extra laborales y repercutir en la salud y el rendimiento de la persona y en la productividad y calidad del trabajo en la empresa.

El lugar de trabajo es un espacio adecuado para el fomento de hábitos saludables y el desarrollo de iniciativas de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como de otras adicciones comportamentales como el juego patológico. Los enfoques de prevención en medio laboral deben incorporar a empresarios, trabajadores, organizaciones representativas y profesionales de los Servicios de prevención de riesgos laborales.

De acuerdo con lo establecido en la Estrategia de Seguridad y Salud en el trabajo 2017-2020, el lugar de trabajo puede ser un espacio adecuado para el fomento de hábitos saludables y el desarrollo de iniciativas de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como de otras adicciones comportamentales como el juego patológico.

La Dirección General de Salud Pública y el Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral establecerán los mecanismos de coordinación adecuados para el desarrollo de estos programas en el marco de iniciativas como la Red de empresas saludables y las acciones de Responsabilidad social corporativa.

Se continuará la colaboración con las organizaciones sindicales, empresariales y los servicios de prevención de riesgos laborales para favorecer las actuaciones de prevención, atención y reinserción de adicciones en el entorno laboral.

**Acción 1.4.1. Impulsar la formación en prevención de drogodependencias y otras adicciones en el ámbito laboral.**

En el desarrollo de iniciativas como la red de empresas saludables o de acciones de responsabilidad social corporativa, se establecerán planes de formación dirigidos a los profesionales de los Servicios de prevención y delegados de prevención y sindicales, contando con la colaboración de las empresas, sobre aspectos básicos para la prevención y detección precoz de adicciones. Esta formación debe estar dirigida a la puesta en marcha de acciones de sensibilización de la población trabajadora sobre las consecuencias, tanto en la siniestralidad laboral como en otros aspectos, del consumo de alcohol y otras drogas y de las adicciones comportamentales.

**Acción 1.4.2. Incorporar la detección precoz y la intervención temprana en el abuso de alcohol y otras sustancias a las estrategias de prevención de riesgos laborales.**

Los servicios de prevención de riesgos laborales deben incorporar, con el acuerdo de empresarios y trabajadores, iniciativas de prevención universal y detección precoz de consumos problemáticos de alcohol y otras drogas, y si es necesario, derivación a recursos especializados para su tratamiento. Las estrategias a desarrollar incluirán las dirigidas a evaluar las situaciones que puedan influir en el consumo de sustancias, atendiendo a las diferencias en relación con el género y los trabajadores especialmente sensibles.

En el ámbito de la empresa, trabajadores y empresarios acordarán iniciativas de apoyo a los trabajadores con problemas derivados del consumo de alcohol y otras sustancias, de manera que puedan normalizar su vida laboral y acceder a tratamiento de su patología sin repercusión o pérdida de su puesto de trabajo.

**Objetivo 1.5. Promover intervenciones de prevención selectiva o indicada dirigidas a personas o colectivos en situación de especial vulnerabilidad.**

La experiencia en programas de acercamiento a colectivos específicos con problemas relacionados con el consumo de drogas o de intervención temprana ante consumos de mayor riesgo, así como las intervenciones de reducción de daños en contextos de ocio juvenil reflejan la necesidad de completar las intervenciones de prevención universal con iniciativas de este tipo. Las acciones de prevención selectiva (dirigidas a grupos de población de riesgo) y de prevención indicada (dirigidas a situaciones iniciales de consumo) resultan importantes para disminuir la incidencia de patología relacionada con las adicciones o con los consumos problemáticos, reducir el tiempo para los inicios de tratamiento de las adicciones y mejorar el contacto con el sistema de recursos sanitarios y sociales, permitiendo una mayor efectividad en la actividad asistencial. Estas intervenciones se impulsarán desde los Programas especializados de adicciones en colaboración con las Subdirecciones Provinciales de Salud Pública.

**Acción 1.5.1. Incorporar la atención a las adicciones en el ámbito de intervención de los servicios sociales.**

Los Centros de servicios sociales realizan intervenciones en sectores de población de especial vulnerabilidad, en los que los problemas asociados a abusos de sustancias o adicciones son un síntoma más del conjunto de situaciones problemáticas de carácter social. La intervención familiar o social relacionada con las adicciones en estos colectivos debe ser uno de los espacios de intervención técnica de servicios sociales. Para ello, los Centros de servicios sociales deben contar con herramientas como la formación y orientación en prevención selectiva o en prevención indicada, así como una relación preferente con los recursos de tratamiento médico y deshabituación integrados en la red de salud mental para una derivación ágil y eficiente, cuando ello sea preciso. De igual forma, los Centros de servicios sociales contarán con criterios claros de derivación y coordinación con la atención primaria de salud.

Los Centros de servicios sociales, a través de los Programas Especializados de adicciones, deberán promover la visibilidad de sus intervenciones en materia de

consumos problemáticos entre los recursos locales sanitarios, educativos y de las instituciones y organizaciones de carácter civil que estén presentes en el territorio.

Las intervenciones de prevención selectiva o indicada sobre comportamientos o consumos adictivos se incluirán, como el resto de problemas sociales abordados (situaciones de crisis o conflicto, violencia familiar, situaciones de pobreza, etc.) en el Servicio de intervención familiar.

Se incluirán en los protocolos o procedimientos de detección e intervención ya existentes la perspectiva de los consumos problemáticos y las adicciones, así como los criterios de consulta y derivación a recursos y dispositivos presentes en la comunidad como Centros de salud, Unidades de atención y seguimiento de adicciones o Centros educativos; se prestará una especial atención a los colectivos más vulnerables o en situación de riesgo: menores con conductas pre-delictivas y/o absentismo escolar, mujeres víctimas de violencia y hombres agresores, y población inmigrante con pautas culturales de conducta muy vinculadas al consumo de sustancias como el alcohol. Estos procedimientos deberán identificar factores o señales de alerta consensuados para todos los recursos.

**Acción 1.5.2: Desarrollar metodologías de intervención, incluyendo protocolos y materiales, dirigidas a colectivos específicos para la detección precoz de consumos problemáticos o adicciones.**

Estas intervenciones deberán contemplarse en un amplio número de sectores y ámbitos y deben conducir a intervenciones tempranas para minimizar los problemas asociados. En el ámbito sanitario, especialmente desde la atención primaria, se procurará una mejor detección precoz de casos mediante la inclusión en el modelo de Actividades Preventivas la recogida sobre datos que reflejen el consumo de sustancias ilegales y la presencia de conductas adictivas. Otros campos de aplicación serán el educativo, con la participación de los profesionales de la Red integrada de orientación educativa; el juvenil o el deportivo.

Los colectivos con los que trabajar en esta línea serán aquellos donde se detecten especiales problemas relacionados con los consumos, tales como menores en riesgo, mujeres en situaciones de desigualdad o violencia de género, adultos con problemas de discapacidad intelectual, familias con consumos problemáticos por parte de los adultos

y todas aquellas situaciones que lo requieran. Se tendrá en cuenta, especialmente, a poblaciones adolescentes y jóvenes.

**Acción 1.5.3. Elaborar programas de prevención y de reducción de daños sanitarios y sociales relacionados con el uso de drogas en entornos cotidianos y en entornos de ocio.**

Las intervenciones de reducción de daños deben acompañar y complementar las estrategias de prevención tendentes a reducir la incidencia de los consumos de drogas, muy especialmente en los entornos de ocio. Medidas como un acceso ilimitado y gratuito al agua en determinados eventos festivos, habilitar medios de transporte alternativo en desplazamientos locales o facilitar la detección de adulteraciones en sustancias ilegales que se consumen en ámbitos de ocio de carácter masivo, son iniciativas que pueden reducir de manera importante los daños asociados a consumos problemáticos de drogas legales e ilegales.

El desarrollo de estas medidas dependerá de una adecuada planificación de las actividades festivas y de ocio, de manera que deberán asegurarse por todos los actores implicados, como entidades locales, empresas de ocio nocturno o gestores de eventos juveniles, empresas de hostelería, servicios sanitarios de urgencia, fuerzas de seguridad o entidades relacionadas con la reducción de riesgos. En todos los casos se requerirá la existencia de protocolos o procedimientos de cooperación para la actuación ante cualquier incidente.

Estas medidas serán extensivas a otros ámbitos de ocio más cotidianos, con un especial compromiso de las empresas hosteleras donde, además del cumplimiento obligado de la normativa referida a menores, se establecerán criterios para la dispensación responsable de bebidas alcohólicas.

**Acción 1.5.4. Desarrollar espacios de colaboración y formación con el sector hostelero para poner en marcha iniciativas de dispensación responsable de bebidas alcohólicas.**

La Dirección General de Salud Pública, en el ámbito de sus competencias, ofrecerá formación a trabajadores de hostelería y ocio sobre dispensación responsable de

alcohol y otras estrategias de reducción de riesgos, en colaboración con las organizaciones empresariales del sector hostelero.

## ÁREA 2. REDUCCIÓN DE LA OFERTA

Las políticas de control de la oferta, en el ámbito competencial de la Comunidad Autónoma, tienen una especial relevancia por lo que se refiere a las drogas legales como el alcohol, tabaco y fármacos psicotrópicos susceptibles de abuso. Es necesario evaluar la efectividad de la normativa de control de estas sustancias de acuerdo con la evolución de su consumo y su impacto en salud a nivel poblacional, actualizándola cuando resulte necesario.

La Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias es la principal norma en este ámbito. Establece en el Capítulo III del Título primero las líneas básicas relacionadas con la prevención a través de medidas para la reducción de la oferta. Así, contempla las limitaciones a la publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco o las medidas de control e inspección relacionadas con estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

En el caso de las drogas ilegales, si bien la competencia reside en la Administración central e implica a órganos judiciales y policiales de ámbito estatal, es importante el trabajo colaborativo de policías locales o policía adscrita al Gobierno de Aragón, que pueden actuar en materia de control de drogas legales e ilegales, contribuyendo a disminuir la oferta, muy especialmente entre los menores.

**Objetivo 2.1. Mejorar el cumplimiento de la normativa estatal, autonómica y local sobre promoción, venta y consumo de alcohol y tabaco.**

La experiencia que ha supuesto, en el período de vigencia del II Plan autonómico de drogodependencias y otras adicciones, la entrada en vigor de la normativa estatal sobre tabaco y el trabajo de inspección para asegurar su cumplimiento, ha demostrado la efectividad de la regulación normativa en materia de drogas legales, al conseguir una apreciable disminución en el consumo y un incremento en términos de ganancia de salud a nivel poblacional. La importancia que en esta evolución ha tenido el compromiso de las administraciones en el cumplimiento de la Ley, mediante la labor inspectora y

sancionadora, así como el alto grado de aceptación social de estas medidas en relación con el tabaquismo, indica el camino para disminuir también la oferta del alcohol, la sustancia de consumo más extendido en nuestro medio y con un elevado impacto en términos de salud pública. En la medida en que todavía quedan espacios con incumplimientos de la norma en ámbitos de ocio, laborales o deportivos deben continuar las labores de inspección, mejorando la colaboración entre las administraciones públicas.

**Acción 2.1.1. Reforzar la labor inspectora y sancionadora de Salud pública y otras administraciones, mediante la revisión de los protocolos de control de consumo de tabaco y alcohol, con especial atención al consumo en menores.**

La integración de la labor inspectora relacionada con la normativa autonómica sobre tabaco y alcohol en la inspección general del sector de hostelería y restauración, que ha conseguido un elevado cumplimiento, debe acompañarse de un protocolo ágil que permita mejorar el sistema de información al respecto. Deberán ser prioritarias las intervenciones de inspección y control en aquellos lugares o eventos en los que participen menores, mejorando la coordinación con el Departamento de Presidencia, competente en materia reguladora de espectáculos públicos. A este respecto, se elaborará un protocolo de colaboración en materia de vigilancia y control con la Unidad de la Policía Nacional adscrita a la Comunidad Autónoma de Aragón.

**Acción 2.1.2. Promover una labor inspectora coordinada para el cumplimiento de la normativa sobre venta a menores de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, su promoción y publicidad.**

El control del cumplimiento de la normativa actual sobre publicidad de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina en diferentes medios formatos y lugares implica actuaciones en diferentes ámbitos, como establecimientos de venta, establecimientos de restauración o medios de comunicación. Adquiere especial relevancia el control de la venta de estos dispositivos a menores de edad, por lo que la coordinación con la inspección de consumo, la vigilancia del cumplimiento de esta norma y la coordinación entre las distintas administraciones competentes resulta fundamental para la defensa de consumidores y usuarios. Una adecuada información a los consumidores y



asociaciones de comerciantes sobre los recientes cambios normativos al respecto contribuirá a mejorar su cumplimiento.

**Acción 2.1.3. Incrementar la labor inspectora para el cumplimiento de la normativa sobre tabaco en el ámbito laboral.**

La exposición al humo de tabaco en el ámbito laboral constituye un importante factor de riesgo que debe minimizarse mediante el cumplimiento de la normativa existente. Las administraciones públicas, incluida la Inspección de Trabajo de la Seguridad Social, colaborarán en las labores de inspección y control del consumo de tabaco en dicho ámbito, reforzando las políticas de espacios sin humo.

**Objetivo 2.2. Incluir en los planes locales de prevención la elaboración de ordenanzas municipales o la revisión de las ya existentes, en materia de control del consumo de alcohol y tabaco.**

Las iniciativas dirigidas al cumplimiento de la normativa reguladora sobre consumos de drogas legales en el nivel local, son acciones que consiguen modificar entre la población la visión social de estos consumos. Estas iniciativas tienen una especial relevancia en las estrategias de reducción del consumo de alcohol y tabaco entre menores de edad y de incremento de la edad de inicio en estos consumos.

**Acción 2.2.1. Elaborar un catálogo de ordenanzas u otras normativas municipales en Aragón, relacionadas con la prevención y control del consumo de alcohol y tabaco.**

En la Comunidad Autónoma existe un amplio número de normativa municipal que, generalmente para contextos festivos, establece limitaciones en el consumo de alcohol, con especial referencia a la vía pública. Conocer el contenido y alcance de estas normas permitirá evaluar su oportunidad y su coherencia con los planes locales de prevención de adicciones.

**Acción 2.2.2. Desarrollar normativa autonómica sobre consumo de alcohol y tabaco que permita homogeneizar las iniciativas al respecto de las entidades locales.**

Una posición homogénea en materia de control de bebidas alcohólicas, así como en el consumo de tabaco, permitirá mejorar la efectividad de las iniciativas que se llevan a cabo en el ámbito local en relación con aspectos como, disminuir el nivel de tolerancia social ante los consumos de alcohol por menores, el consumo de alcohol en la vía pública, las condiciones a cumplir por chamizos o peñas y las limitaciones en el acceso de menores, la inclusión de barras sin alcohol en fiestas locales o evitar el patrocinio de actividades lúdicas y eventos festivos en los municipios por empresas relacionadas con la venta de alcohol.

**Objetivo 2.3. Mejorar el cumplimiento de la normativa estatal, autonómica y local sobre locales de juego de azar, con especial atención al acceso de menores.**

La protección de colectivos vulnerables, en especial los menores de edad, impulsando y desarrollando actuaciones y programas para prevenir problemas relacionados con el juego, viene recogida tanto en la legislación autonómica (*Ley 2/2000, de 28 de junio, del Juego de la Comunidad Autónoma de Aragón*) como en la estatal (*Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego*).

El crecimiento de este sector en los últimos años y su posible repercusión en el incremento de fenómenos como el juego problemático o la ludopatía, hace necesario reforzar y mejorar los procedimientos de inspección sobre cumplimiento de las normas reguladoras, coordinando actuaciones por parte de las diferentes administraciones responsables, de manera que puedan hacerse compatibles los objetivos propios de las empresas dedicadas al juego, con la protección de la infancia y la juventud y la prevención de conductas adictivas.

**Acción 2.3.1. Establecer un protocolo de colaboración entre el Departamento de Sanidad y el Departamento de Presidencia para reforzar las actuaciones de cumplimiento de la normativa en materia de juego de azar.**

La Dirección General de Salud Pública promoverá iniciativas coordinadas con la Dirección General de Justicia e Interior en la realización de intervenciones que aseguren el cumplimiento de la normativa en materia de juego de azar, especialmente en aquellos lugares o eventos en los que participen menores de edad. Todo ello de acuerdo con la competencia del Departamento de Presidencia en materia reguladora de espectáculos públicos, y con la Unidad de la Policía Nacional adscrita a la Comunidad Autónoma de Aragón, unidad competente en vigilancia y control del cumplimiento de la normativa.

**Acción 2.3.2. Mantener y potenciar el “Registro del juego de prohibidos” (REJUP), así como garantizar su cumplimiento en el acceso a locales de juego.**

Este registro, dependiente de la Dirección General de Justicia e Interior, constituye un instrumento útil para disminuir los daños asociados a situaciones de juego problemático o adicción al juego, facilitando la rehabilitación de los ciudadanos afectados por alteraciones derivadas de la adicción al juego. La posibilidad de autoprohibición en la entrada a locales de juego de azar puede formar parte de deshabitación de la ludopatía, de manera que las administraciones deben garantizar la operatividad del registro y promocionar su uso informando a la población general y contando con las asociaciones de afectados.

### ÁREA 3. RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

El Plan de Salud mental 2017-2021 establece la integración de salud mental y adicciones en una sola red, manteniendo aquellos servicios que deban seguir de una manera específica, es decir, Unidades de atención y seguimiento de adicciones (UASA) y Comunidades terapéuticas y estudiando la adecuación de estos dispositivos a la demanda actual, especialmente a la patología dual. Por tanto, la atención a las adicciones y a la patología dual, como el resto de patología psiquiátrica, debe tener entrada, preferentemente, desde la Atención primaria de salud y tener como eje asistencial ambulatorio a la UASA.

En caso de presencia de Trastorno mental grave y necesidad, por tanto, de recursos de la red de salud mental, las condiciones de derivación serán las mismas que las de las Unidades de Salud mental: hospitalización de corta estancia (para los procesos agudos de Trastorno mental grave, además de los que se precisen para desintoxicación que requieran de ingreso), de media y larga estancia, recursos para la rehabilitación e inserción sociolaboral, recursos para la deshabitación de adicciones (comunidad terapéutica o programa específico en recurso de media estancia) y recursos residenciales supervisados.

La población diana relacionada con las adicciones que será atendida en los recursos que integran la red de Salud mental es la siguiente:

- Personas con problemas de adicción que se hallan en tratamiento en los diversos recursos específicos de la red pública o contratada (centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, etc.).
- Personas que consumen drogas y que acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.
- Personas con problemas de adicción o que han logrado la abstinencia y, en ambos casos, se hallan en vías de inserción social (laboral, formativa, etc.).
- Personas que están siguiendo programas alternativos al cumplimiento de penas de prisión.
- Menores consumidores de drogas internos en centros de protección o de reforma, y menores con adicciones que precisen iniciar tratamiento de deshabitación.

- Las familias o el entorno de las personas con problemas de adicción, con especial atención a los descendientes.
- Las personas afectadas por patología dual, que presentan cuadros comórbidos complicados que se cronifican y empeoran la evolución y el pronóstico del problema adictivo.

Con la integración funcional en la red de Salud mental y el desarrollo de los procedimientos y programas de tratamiento y derivación, los recursos públicos y contratados para la atención de las adicciones contarán con un modelo establecido de trabajo en red, de carácter comunitario, que deberá tener en cuenta todos los recursos relacionados con este ámbito, sociales, laborales, educativos o judiciales, promoviendo un trabajo colaborativo e interdisciplinar centrado en el medio local y que tenga en cuenta la dimensión biopsicosocial de los fenómenos adictivos.

**Objetivo 3.1. Dotar a las Unidades de atención y seguimiento de adicciones de los recursos necesarios para la atención a las adicciones de su población adscrita.**

Las UASA son el recurso básico, de carácter ambulatorio, para la atención a las personas con drogodependencia y otras adicciones. Su dotación con recursos adecuados de personal y procedimientos, es el elemento fundamental para una atención eficiente.

**Acción 3.1.1. Determinación de una cartera de servicios de las UASA homogénea para todos los Sectores sanitarios.**

Las UASA contarán con una cartera de servicios básica en la que se incluyan los programas de atención a drogas tales como alcohol, opiáceos, fármacos de abuso, estimulantes y cannabis, definiéndose sus procedimientos (tratamiento farmacológico, abordaje psicosocial, control evolutivo o criterios de derivación), así como los programas de atención a adicciones comportamentales como la ludopatía.

**Acción 3.1.2. Dotación de recursos humanos y materiales suficientes para cada UASA de acuerdo a la población asignada y otros determinantes.**

Resulta necesario completar, de acuerdo a criterios objetivos como la población asignada o la incidencia de patología relacionada con las adicciones en cada Sector sanitario, los recursos humanos de las UASA. Debe tenerse en cuenta, para ello, que aquellas en las que, actualmente y de forma provisional, se incorporan profesionales de los Centros de prevención comunitaria, no contarán en el futuro con la financiación de los mismos para tareas asistenciales. Así, la suficiencia de recursos de las UASA debe conseguirse mediante la dotación de nuevos profesionales, de forma escalonada, durante el período de vigencia del Plan de Salud mental.

**Acción 3.1.3. Establecimiento de una sectorización para las UASA, con población asignada y recursos de referencia, tanto de Atención primaria de salud como de Centros de servicios sociales con Programa Especializado de adicciones.**

La ordenación en el acceso a los recursos básicos de atención a las adicciones pasa por la sectorización de las UASA y la adscripción de población de referencia. El trabajo en red con los recursos locales correspondientes a cada Sector sanitario exige la determinación de cuáles son los recursos referentes, para cada UASA, en el ámbito de los Servicios sociales y otros niveles del Sistema sanitario.

**Objetivo 3.2. Integrar los recursos de atención a las adicciones en los órganos de coordinación de la red de Salud mental.**

La integración efectiva de los recursos de atención a las adicciones en la red de Salud mental exige su incorporación a la organización de dicha red, a sus mecanismos de coordinación, a su sistema de información y a sus procedimientos de derivación a los distintos recursos que la conforman.

**Acción 3.2.1. Garantizar el acceso de la población atendida en las unidades de adicciones a los recursos rehabilitadores, residenciales y de hospitalización de la red de Salud mental cuando así lo precisen.**

Debe facilitarse el acceso de los pacientes atendidos en las UASA a los diferentes recursos que precisen del ámbito de la red de Salud mental, con los mismos criterios que los establecidos para la derivación desde las Unidades de Salud mental.

**Acción 3.2.2. Establecer los mecanismos de coordinación y trabajo colaborativo entre las UASA y las Unidades de salud mental y Unidades de salud mental infanto-juvenil.**

Los recursos de carácter ambulatorio de la red de Salud mental y la red de atención a las adicciones deben tener una relación estrecha, dado que pueden compartir población atendida. Se definirán los circuitos adecuados para la coordinación de estos recursos asistenciales, con la incorporación de los responsables de las UASA a los órganos de coordinación de la red de Salud mental, tanto en el ámbito autonómico como en el del Sector sanitario, tales como la Comisión de Seguimiento de Salud Mental de Aragón, la Comisión de Seguimiento de Salud Mental Infantojuvenil de Aragón y las correspondientes Subcomisiones de Seguimiento de Salud Mental del Sector Sanitario.

**Objetivo 3.3. Establecer procedimientos permanentes de colaboración entre la red de Salud mental y la red de Programas Especializados de adicciones, mediante la coordinación de la Direcciones Generales de Asistencia sanitaria y Salud pública.**

El modelo organizativo de prevención de las adicciones del III Plan tiene como recursos básicos para su desarrollo a los Centros de servicios sociales distribuidos en el ámbito comarcal. Su tarea, definida desde la Dirección General de Salud Pública mediante convenios anuales de colaboración para desarrollar los Programas especializados de prevención, precisa de una estrecha colaboración con los recursos específicos de atención a las adicciones integradas en la red de Salud mental.

**Acción 3.3.1. Crear un grupo de trabajo permanente de técnicos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Salud Pública.**

El intercambio continuo de información entre Asistencia sanitaria y Salud pública exige la creación de un ámbito de coordinación permanente, que promueva además un desarrollo coordinado del III Plan de adicciones y el Plan de Salud mental y facilite un trabajo conjunto y cohesionado entre responsables de prevención y asistencia. El grupo también será de utilidad para la labor de representación que ejerce la Dirección General de Salud Pública en el Plan nacional sobre drogas.

**Acción 3.3.2. Elaborar un protocolo de colaboración, con criterios de derivación en ambas direcciones, entre recursos de asistencia a adicciones y Programas Especializados de adicciones, para su aplicación en el ámbito del Sector sanitario.**

Es necesario establecer unos canales de comunicación entre recursos sociales y sanitarios, ámbitos que con frecuencia se ignoran entre sí o que, como mínimo, son desconocidos los unos para los otros. El proceso de abordaje de un fenómeno como las adicciones exige la continuidad por parte de diferentes sectores, muy especialmente los sociales y sanitarios. Centros de Servicios sociales y UASA deben tener un protocolo claro de comunicación, abordaje y derivación de casos.

**Objetivo 3.4. Incorporar intervenciones de detección precoz en Atención primaria sobre consumo de drogas legales, como alcohol y tabaco, así como de prevención de efectos no deseados en la prescripción de fármacos psicoactivos con potencial adictivo.**

Los Centros de salud son recursos clave para la detección e intervención temprana en adicciones, muy especialmente en tabaquismo y alcoholismo. Los y las profesionales de atención primaria, tienen la capacitación necesaria para abordar estos problemas de salud prevalentes, que generan una carga importante de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, el incremento de los últimos años en la prescripción de fármacos con



potencial adictivo precisa de una monitorización de posibles repercusiones en cuanto a consumos problemáticos y fenómenos adictivos a este tipo de fármacos.

**Acción 3.4.1. Ofertar intervenciones de deshabituación tabáquica en todos los Centros de atención primaria del Servicios Aragonés de Salud.**

La adicción al tabaco genera una importante carga de enfermedad a nivel poblacional e individual. La intervención en tabaquismo desde la atención primaria para reducir su prevalencia en la población, es una de las medidas más rentables en términos de ganancia en salud.

La incorporación a la cartera de servicios de la intervención intensiva en deshabituación tabáquica en los centros que todavía no tienen, se hará en forma de consulta monográfica, ofertando el servicio a todos los pacientes de la zona de salud.

**Acción 3.4.2. Incorporar procedimientos eficaces de detección precoz de consumos problemáticos de alcohol en las consultas de atención primaria de salud.**

De acuerdo con los resultados del proyecto de cribado e intervención breve sobre consumo de alcohol, llevado a cabo en distintos Centros de atención primaria por la Dirección General de Salud Pública y el Servicio Aragonés de salud en 2017, es necesario ofrecer una intervención mínima dirigida a reducir el consumo de alcohol entre la población con consumos problemáticos. Para ello deben ponerse a disposición de atención primaria métodos, de sencilla aplicación en consulta, para el cribado, detección precoz e intervención breve.

Se integrará en la Historia clínica electrónica el test más adecuado, según los resultados del proyecto referido y la evaluación realizada por los profesionales de atención primaria que participaron en el mismo, para facilitar la detección temprana de personas con consumos problemáticos de alcohol o adicción al mismo y valorar la intervención más adecuada en consulta o la derivación a recursos especializados, de acuerdo con criterios previamente establecidos.

**Acción 3.4.3. Establecer mecanismos de colaboración entre la Dirección General de Salud Pública y el Servicio Aragonés de Salud para la monitorización de la prescripción de fármacos psicoactivos y sus posibles efectos adversos en relación con las adicciones.**

Es necesario mejorar la información sobre los posibles efectos que en la génesis de algunas adicciones puede tener la prescripción de fármacos con efectos psicoactivos. A tal efecto, el SALUD establecerá los indicadores adecuados para monitorizar dicha prescripción, de manera que pueda cruzarse esta información con indicadores de inicios de tratamiento y actividad asistencial de la red de atención a las adicciones.

**Objetivo 3.5. Asegurar la coordinación y colaboración entre la red de atención a las adicciones y los recursos sanitarios de los centros penitenciarios.**

La población penitenciaria española tiene un elevado porcentaje de consumidores de drogas, relacionado con la tipificación penal del tráfico de drogas en nuestro país. Los recursos sanitarios de los centros penitenciarios tienen, por ello, una dilatada experiencia en el manejo de las adicciones y la puesta en marcha de programas específicos de atención al drogodependiente y de reducción de daños entre la población reclusa.

**Acción 3.5.1. Establecer mecanismos de colaboración y protocolos de derivación desde los recursos sanitarios de los centros penitenciarios ubicados en Aragón y la red de atención a drogodependencias.**

De acuerdo con lo recogido en el Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021, se impulsarán las medidas adecuadas de coordinación entre las unidades de atención a las adicciones y los recursos sanitarios de los centros penitenciarios ubicados en Aragón, para el desarrollo de procedimientos homogéneos en el tratamiento de las adicciones. De igual manera, se desarrollarán protocolos de colaboración y derivación ante situaciones de libertad provisional o excarcelación de pacientes en tratamiento por drogodependencias en prisión.

Esta coordinación entre recursos públicos se extenderá también a las entidades no gubernamentales que desarrollan programas de intervención en el medio penitenciario, relacionados con las drogodependencias.

## ÁREA 4: FORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

La formación, la investigación y la difusión del conocimiento en materia de adicciones, en cuanto a los factores que determinan su génesis y el impacto en salud que generan, son aspectos fundamentales para lograr avanzar en la mejora de las intervenciones. En este apartado se contemplan iniciativas especialmente dirigidas a facilitar, mediante recursos adecuados, intervenciones homogéneas de prevención de drogodependencias y otras adicciones.

**Objetivo 4.1. Identificar y poner a disposición de los profesionales los materiales más idóneos para el trabajo en prevención y atención de adicciones.**

La Dirección General de Salud Pública pondrá a disposición de todos los profesionales que, desde diferentes ámbitos trabajan en prevención de las adicciones, los materiales más adecuados para llevar a cabo su tarea.

**Acción 4.1.1. Dotar a los recursos de prevención de adicciones de un fondo de documentación accesible a través de internet.**

En el campo de las drogodependencias y otras adicciones existe un importante volumen de documentación digitalizada, elaborada en su mayor parte con la colaboración del Plan nacional sobre drogas. En una primera fase, esta documentación se catalogará y ubicará en la web de Salud pública, facilitando el acceso a la misma a todos los profesionales de la red de prevención y atención a las adicciones.

Los *Programas Escolares de Salud* ofertados desde el Gobierno de Aragón facilitarán recursos y materiales didácticos actualizados a los centros educativos. También se proporcionarán materiales en formato digital a través del portal de recursos para la comunidad educativa.

**Acción 4.1.2. Colaborar en la edición de publicaciones dirigidas a instituciones y organizaciones no gubernamentales en el campo de las adicciones.**

Se establecerá un programa anual de publicaciones relacionadas con el abordaje de las adicciones, que se ajusten a los criterios establecido en el III Plan de adicciones, en colaboración con profesionales y con sociedades científicas que trabajan en este ámbito, de acuerdo con la capacidad presupuestaria.

**Acción 4.1.3. Elaboración y edición de materiales divulgativos de apoyo para el trabajo de los profesionales en prevención.**

Los Programas Especializados de adicciones contarán con el material de apoyo adecuado y suficiente para el desarrollo de las intervenciones locales en prevención de adicciones. Se establecerá un catálogo de estos materiales para su solicitud por los recursos sanitarios, educativos o comunitarios de ámbito local.

**Objetivo 4.2. Establecer un plan de formación anual que incluya la perspectiva intersectorial en el abordaje de las adicciones.**

**Acción 4.2.1. Desarrollar un plan de formación anual destinado a profesionales de diferentes sectores que desarrollan actividades relacionadas con la prevención, la asistencia o la inserción social de personas drogodependientes o con otras adicciones.**

Se potenciará la formación on-line, con fórmulas presenciales, dirigida a profesionales de los Centros de servicios sociales, atención primaria de salud, recursos especializados de atención a las adicciones, centros educativos, sistema preventivo laboral y organizaciones no gubernamentales que trabajan en este ámbito.

La formación del profesorado sobre prevención de adicciones y promoción de la salud en los centros educativos se incluirá en el Plan Regional de Formación del Profesorado de acuerdo con las modalidades de formación establecidas.

**Acción 4.2.2. Crear espacios de colaboración e intercambio de experiencias de carácter local, que facilite el trabajo coordinado de los recursos sociales y sanitarios del territorio, desde una perspectiva de trabajo comunitario.**

La Dirección General de Salud Pública fomentará la formación en clave local, en la que participen profesionales de los recursos de diferentes sectores que están trabajando en un mismo territorio. Esta formación tendrá un carácter eminentemente práctico y deberá servir para la mejora de la comunicación entre los recursos y la identificación de los problemas, relacionados con las adicciones, presentes en la zona.

**Acción 4.2.3. Promover la formación sobre adicciones comportamentales no relacionadas con el uso de sustancias, como ludopatía y uso inadecuado de tecnologías digitales.**

Se pondrá especial énfasis en impulsar un mayor conocimiento de los problemas relacionados con el juego patológico y el uso de las nuevas tecnologías, especialmente entre los jóvenes, mediante formación on-line y presencial dirigida a los profesionales de los recursos que trabajan en el campo de las adicciones.

**Objetivo 4.3. Elaborar una estrategia de información sobre drogodependencias y otras adicciones dirigida a población general y colectivos específicos, en colaboración con medios autonómicos y locales, que incluya la comunicación en redes sociales.**

**Acción 4.3.1. Planificar el desarrollo de campañas anuales de información y prevención de las adicciones más prevalentes.**

Las campañas de información que se programen durante el período del III Plan de adicciones deben ir relacionadas con el diagnóstico de situación sobre adicciones y las intervenciones en prevención de los recursos locales. Las campañas deben actuar como refuerzo a las iniciativas continuadas de prevención en medio educativo, familiar o comunitario.

Específicamente, se llevarán a cabo iniciativas de información y sensibilización a la población general sobre prescripción y uso de fármacos psicoactivos, evitando la medicalización de la vida cotidiana. De igual forma, y en colaboración con la Dirección General competente en materia de la ordenación del juego, se promoverán iniciativas de sensibilización sobre los riesgos asociados a los juegos de azar, muy especialmente entre los menores de edad y otros colectivos en situación de mayor vulnerabilidad.

**Acción 4.3.2. Desarrollar protocolos de colaboración con las oficinas de farmacia para la difusión de información preventiva sobre adicciones a la población general.**

Las oficinas de farmacia conforman una red de gran importancia en relación con la accesibilidad a la información sobre salud dirigida a la población general, así como en la colaboración con las iniciativas de las administraciones sanitarias en materia de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad. En este sentido, la Dirección General de Salud Pública establecerá los cauces oportunos para la colaboración de estos recursos en la difusión de materiales y orientación al ciudadano en relación con las adicciones.

**Acción 4.3.3. Poner a disposición de los medios de comunicación información actualizada sobre la evolución de los consumos y los problemas asociados a los mismos, desde una visión profesional y alejada del sensacionalismo en el tratamiento informativo de las adicciones.**

Debe fomentarse un trabajo colaborativo entre instituciones, profesionales y medios de comunicación, mediante sesiones conjuntas de trabajo, foros de participación, acciones formativas y otros modelos de colaboración entre los profesionales del ámbito de las adicciones y los de los medios de comunicación que trabajan en la Comunidad Autónoma.

**Acción 4.3.4. Elaborar información sobre adicciones en formatos digitales, con la participación de jóvenes y adolescentes, para su difusión en redes sociales y nuevos entornos tecnológicos.**

Debe asegurarse, de forma prioritaria, una información atractiva y veraz sobre la realidad de los consumos, accesible mediante formatos digitales y desarrollada con la participación de los sectores más jóvenes, fomentando la creación de dichos formatos a través de convocatorias y concursos.

**Objetivo 4.4. Desarrollar un sistema de información sobre adicciones integrado en el área de Vigilancia de la salud de la Dirección General de Salud Pública.**

El Plan de Salud 2030 del Gobierno de Aragón establece entre sus actuaciones la creación de un observatorio de salud con funciones de transparencia y evaluación, así como la adecuación de recursos humanos y materiales suficientes para el funcionamiento de la infraestructura y aplicaciones informáticas y el desarrollo de una explotación y análisis de datos.

En el ámbito de las adicciones, la diversidad y heterogeneidad de las fuentes de información requiere de un modelo organizado de recogida y tratamiento de la información en el marco de la vigilancia de la salud, que permita una comprensión global del impacto en salud que generan y de la evolución y características de los consumos de drogas, las adicciones comportamentales o los problemas asociados a uso inadecuado de las tecnologías de la comunicación.

Debemos pasar de un modelo parcial de conocimiento basado en encuestas o indicadores, no relacionados entre sí o tratados de forma aislada, a una información integrada que permita una visión más ajustada y global del fenómeno de las adicciones y de sus consecuencias en términos de salud y enfermedad. Para ello es necesario incorporar la recogida de información sobre drogodependencias y otras adicciones en los sistemas de información generales.

**Acción 4.4.1. Elaborar el conjunto mínimo de indicadores para medir la evolución y tendencias de las adicciones en Aragón.**

Se creará un grupo de trabajo para la identificación de los indicadores básicos del sistema de información en adicciones. Los indicadores corresponderán a ámbitos tales



como consumo de drogas legales e ilegales, incluyendo fármacos psicoactivos, adicciones comportamentales; datos de actividad asistencial en adicciones, incluido inicios de tratamiento y urgencias; mortalidad relacionada; actividades de prevención; datos sobre programas de reducción de daños o indicadores relacionados con actuaciones de inspección y sanción. El conjunto mínimo de indicadores será la base para la elaboración de informes anuales con valoración sobre la evolución y tendencias, tanto en lo referido al consumo de drogas como a otras adicciones.

En este conjunto de indicadores, se tendrán en cuenta aquellos relacionados con las adicciones comportamentales, de manera que pueda monitorizarse información referente los trastornos generados por el juego de azar como la ludopatía.

#### **Acción 4.4.2. Integrar la información sobre adicciones en el marco de la vigilancia de la salud.**

Los sistemas de información sobre adicciones se integrarán en las actuaciones normalizadas de información de la Dirección General de Salud Pública, dependientes del ámbito de la vigilancia de la salud.

**Objetivo 4.5. Promover la investigación en el campo de las adicciones, con especial atención a las adicciones comportamentales.**

#### **Acción 4.5.1. Mejorar el conocimiento de la situación de las adicciones en la Comunidad Autónoma, mediante la investigación cualitativa y cuantitativa en entornos locales.**

La experiencia de profesionales que ejercen su labor en el territorio debe ser un elemento importante para mejorar el conocimiento de las adicciones en nuestro medio, sus factores determinantes y las características y evolución de las mismas. Se realizarán investigaciones en este ámbito mediante encuestas sistematizadas y desarrollo de grupos de discusión.

## ÁREA 5: COORDINACIÓN

La coordinación en una materia como las adicciones, que precisa un enfoque multisectorial y en las que confluyen tantos ámbitos profesionales e institucionales, es un elemento clave para cumplir con los objetivos y acciones previstas. Por lo que respecta al desarrollo del III Plan de adicciones, existen tres niveles de coordinación: un **marco general** integrado por el Departamento de Sanidad y los órganos institucionales de participación y coordinación; un **segundo nivel** de relación entre las unidades técnicas del Departamento de Sanidad y los recursos específicos de prevención y asistencia de adicciones y, por último, un **tercer nivel** colaborativo que debe establecerse entre todos los recursos que actúan en el ámbito local.

En la actualidad existen varias estructuras de coordinación, creadas la mayoría por normativas específicas y que conforman el marco general de coordinación institucional: el **Consejo Asesor en drogodependencias** y la **Comisión Interdepartamental de drogodependencias** son los órganos específicos de participación y coordinación institucional respectivamente, previstos en la Ley 3/2001; la **Comisión Mixta Salud-Educación**, cuyo objetivo es la promoción de la salud en el ámbito educativo; el **Consejo Asesor de Salud Mental**, órgano de participación en materia de salud mental y la **Comisión del Juego**, que incorpora a distintos Departamentos del Gobierno de Aragón y entidades empresariales y sindicales. La reciente modificación de la normativa referida al Consejo Asesor y a la Comisión Interdepartamental debe permitir reactivar estos dos órganos de coordinación y participación, tanto para la aprobación del III Plan de adicciones como para incorporarlos en el seguimiento del mismo.

En cuanto al segundo nivel, los mecanismos de coordinación se han establecido a través de los convenios anuales de colaboración entre el Departamento de Sanidad y las entidades locales para el desarrollo de iniciativas de prevención en el territorio. El ámbito de coordinación técnica debe redefinirse, con la implicación del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, sus Direcciones provinciales y las Subdirecciones provinciales de Salud Pública en el apoyo y seguimiento de los Programas Especializados de adicciones.

El tercer nivel, impulsado desde el Departamento de Sanidad, debe permitir una coordinación efectiva de los recursos sociales y sanitarios de la zona en lo referente a

adicciones. Deben tenerse en cuenta estructuras de participación ya existentes como los Consejos de Salud de zona.

La existencia y la efectividad de las estructuras y dinámicas de coordinación requiere el compromiso y la participación de todos los recursos implicados, una periodicidad adecuada en la programación de las reuniones y que sean tomadas en consideración las decisiones que en ellas se tomen. Para conseguir estos requisitos es imprescindible, además, la presencia de un liderazgo reconocido por el conjunto de recursos y profesionales.

**Objetivo 5.1. Mejorar el marco general de coordinación institucional para el desarrollo del III Plan de adicciones.**

Como criterio básico, deben ponerse en valor todos los órganos de participación y coordinación generales o específicos ya existentes relacionados, en mayor o menor medida con las adicciones. Es necesario también establecer nuevos elementos que faciliten la coordinación con áreas especialmente relevantes para el desarrollo del nuevo modelo de prevención de las adicciones, tales como Servicios sociales, Juventud o Mujer.

**Acción 5.1.1. Recuperar el funcionamiento del Consejo Asesor de drogodependencias y la Comisión Interdepartamental.**

La publicación del Decreto 20/2018 por el que se modificaba, actualizándolos, la composición de los órganos de participación y coordinación contemplados en la Ley de drogodependencias permitirá reactivar ambos, dotándolos de una mayor operatividad y desarrollando sus funciones básicas: evaluación constante de la situación en materia de adicciones, emisión de informes, elaboración de propuestas al Plan de adicciones, coordinación de la actividad de los diferentes Departamentos, etc.

**Acción 5.1.2. Establecer la coordinación necesaria para el desarrollo del III Plan con el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.**

La puesta en marcha del modelo de prevención de adicciones descrito, exige el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaces con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), que faciliten el desarrollo y extensión de los Programas Especializados de adicciones en los Servicios sociales de ámbito comarcal. La Dirección General de Salud Pública promoverá la colaboración técnica de sus profesionales con los del IASS para conformar los Programas a través de convenios anuales de colaboración u otros procedimientos que puedan ser comunes a ambos Departamentos.

De igual forma, se pondrán en marcha líneas de colaboración estables con otras áreas del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales como el Instituto Aragonés de la Juventud y el Instituto Aragonés de la Mujer y la Dirección General de Igualdad y Familias.

**Acción 5.1.3. Reforzar la colaboración con el Departamento responsable de Educación a través de la Comisión Mixta Salud-Educación.**

Durante el año 2017 se firmó un Acuerdo de colaboración entre ambos Departamentos en el que se formaliza una Comisión de valoración y seguimiento de las iniciativas conjuntas en materia de Salud Pública que se desarrollen en el ámbito educativo. Esta Comisión mixta debe ser el marco para la ordenación e impulso de las intervenciones generales de promoción de la salud y específicas de prevención de adicciones.

**Acción 5.1.4. Reforzar la colaboración con el Departamento de Presidencia a través de la Comisión del Juego.**

La Comisión del Juego, coordinada por la Dirección General de Justicia e Interior, es un órgano de participación en el que están representados diferentes sectores de la administración autonómica, como el Departamento de Sanidad, el de Educación o el de Hacienda, organizaciones empresariales del sector, organizaciones sindicales y entidades no gubernamentales relacionadas con la prevención y asistencia al juego patológico. En lo referente a estas últimas, la administración autonómica debe actuar de forma coordinada y homogénea, con el objetivo de disminuir los niveles de ludopatía y juego problemático actuales.

**Acción 5.1.5. Establecer la coordinación con los Centros penitenciarios ubicados en Aragón en relación con cumplimientos alternativos y atención a drogodependientes.**

El tratamiento judicial de las drogodependencias ha ido evolucionando a lo largo del tiempo hacia posicionamientos que promueven la utilización de medidas alternativas de carácter rehabilitador frente a medidas exclusivamente de reclusión.

Es imprescindible la coordinación y colaboración entre la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias y el Departamento de Sanidad para asegurar el desarrollo de intervenciones preventivas con infractores sometidos a trabajos en beneficio de la comunidad y que presenten problemas de consumo de sustancias psicoactivas. En el mismo sentido, debe establecerse una colaboración continuada entre los centros penitenciarios y la red de recursos de atención al drogodependiente, de manera que se asegure la continuidad de los tratamientos de deshabituación iniciados en los servicios médicos de los centros penitenciarios, tras excarcelación o permisos penitenciarios.

**Objetivo 5.2. Establecer mecanismos de coordinación y canales estables de comunicación entre Dirección General de Salud Pública, Subdirecciones provinciales de salud Pública y recursos locales de prevención de adicciones.**

Este segundo nivel de coordinación debe facilitar el trabajo homogéneo y planificado de los Programas Especializados de adicciones para la puesta en marcha de intervenciones de prevención, orientación y detección precoz en el ámbito local, y debe basarse en la relación estrecha de los recursos de Salud Pública, especialmente las Subdirecciones provinciales, con los referentes comarcales de los Centros de Servicios sociales.

**Acción 5.2.1. Mejorar la estructura y dotación de las unidades de Salud Pública relacionadas con las intervenciones en materia de adicciones.**

Se reorganizarán los recursos y dinámicas de trabajo de la Dirección General de Salud Pública con competencias en el ámbito de la prevención de adicciones, muy

especialmente por lo que se refiere a las Subdirecciones provinciales de Salud Pública, unidades más cercanas al territorio y desde donde deben establecerse los procesos de apoyo y colaboración con los Programas Especializados de adicciones del territorio provincial.

**Acción 5.2.2. Establecer procedimientos de coordinación de las Subdirecciones provinciales de Salud Pública con los Centros de Servicios sociales de la provincia.**

Las Subdirecciones de Salud Pública, en el ámbito de su territorio y con el apoyo y dirección del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, establecerán planes anuales de trabajo con los Centros de Servicios sociales de la provincia que incorporen Programas especializados de prevención de las adicciones. En los mismos, se priorizarán las intervenciones planificadas de acuerdo con el III Plan de adicciones, para su desarrollo territorial de forma coordinada y homogénea.

Las Subdirecciones de Salud Pública proporcionarán el apoyo técnico y documental necesario a los mencionados Programas, mediante una relación fluida y continuada con los Centros de Servicios sociales de la provincia.

**Objetivo 5.3. Promover la colaboración institucional y técnica entre los recursos sociales y sanitarios, instituciones y entidades relacionadas con las adicciones que desarrollan su tarea en el ámbito local.**

Es en el territorio donde debe promoverse prioritariamente la actuación coordinada de todos los recursos, de manera que se mejore la visibilidad de todos los profesionales que intervienen en los procesos de prevención y asistencia, al mismo tiempo que mejora la capacidad de las redes sanitarias y sociales de resolver los problemas ligados al consumo de sustancias y a otras adicciones comportamentales. Esta coordinación, de carácter local, permite la continuidad de los procesos de prevención selectiva o indicada, y de tratamiento y deshabituación cuando es necesario.

**Acción 5.3.1. Mejorar el funcionamiento de los órganos de participación y coordinación ya existentes en el ámbito local, incorporando en sus actuaciones las políticas de prevención de adicciones.**

Recursos de carácter participativo como los Consejos de salud de zona, las Mesas de prevención o las Comisiones de absentismo escolar son elementos de importancia para el mutuo conocimiento de los recursos locales, la mejora en la efectividad de las intervenciones y la implicación de la ciudadanía en las propuestas de prevención y organización de la respuesta local en materia de adicciones. Se debe incorporar, a la agenda de estos recursos, la necesidad de establecer un análisis de situación continuo y evaluado sobre consumos de drogas y otras adicciones, así como conocer las iniciativas que se desarrollan a nivel local en el ámbito de la prevención de adicciones y de los recursos asistenciales existentes en el territorio.

**Acción 5.3.2. Establecer canales estables de comunicación entre los recursos sociales y sanitarios a nivel local para el intercambio de información y el apoyo mutuo en materia de adicciones.**

Centros de atención primaria de Salud y Centros de Servicios sociales deben compartir información sobre la situación de su población de referencia respectiva en materia de adicciones. Ambos tipos de recursos son puertas frecuentes de entrada a los recursos especializados en el tratamiento y deshabituación de drogodependencias y ambos deben tener mecanismos de derivación preferentes hacia esos recursos especializados con criterios bien definidos. Los Programas Especializados de adicciones tendrán referentes en esta materia para el intercambio de información y, si procede, la derivación hacia los Centros de atención primaria, Unidades de salud mental y Unidades de atención y seguimiento de adicciones.

## 5. EVALUACIÓN

La evaluación del III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024 se realizará de forma periódica, revisando su evolución anual y al finalizar su vigencia a modo de evaluación final.

Para abordar esta fase metodológica se ha elaborado un cuadro de indicadores por cada una de las áreas que se abordan en el Plan. Para cada área se han establecido los indicadores que servirán de soporte a las evaluaciones periódicas (anuales) y a la evaluación final. Así mismo, se han establecido, para cada uno de los objetivos del Plan, las entidades responsables en su realización, de manera que pueda facilitarse la referencia para la realización de las acciones previstas.

### **Evaluación periódica**

El Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública elaborará un informe preliminar de evaluación del Plan relativo al año anterior. Para la elaboración de dicho informe, el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud contará con la colaboración de las tres subdirecciones provinciales de Salud Pública, con los y las profesionales de las entidades locales referentes del Programa de Prevención de Adicciones, con la Dirección General de Asistencia Sanitaria en lo relativo a la Red Asistencial de Atención de Adicciones y con otros Servicios adscritos a la Dirección General de Salud Pública que tienen atribuidas responsabilidades en la implementación del Plan.

Este informe preliminar se presentará al Consejo Asesor de Drogodependencias y a la Comisión Interdepartamental para su conocimiento, debate y en su caso, aprobación. La convocatoria a estos órganos se hará en el primer semestre del año siguiente al que es objeto de evaluación. Todas las posibles aportaciones o alegaciones recibidas en ambos órganos serán recogidas en la redacción del texto definitivo del informe.

Una vez introducidas las rectificaciones necesarias, el informe definitivo se colgará en el apartado correspondiente de la Web del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón para que pueda ser consultada por toda persona o profesional interesada.



Durante las evaluaciones periódicas debe posibilitarse la opción a modificar objetivos (añadir, eliminar o cambiar) y acciones. Estos cambios también serán incluidos en la “nueva formulación de objetivos y acciones” si obtienen el consenso mayoritario de ambos órganos de participación y coordinación.

### **Evaluación final**

Además de todas las evaluaciones periódicas (anuales), al final de la vigencia del Plan se realizará una evolución final que constará de dos partes:

- Primera parte: Meta-evaluación de las evaluaciones periódicas.
- Segunda parte: Evaluación de resultados que a su vez se subdividirá en el análisis elaborador tomando como referencia los indicadores diseñados para la evaluación final y un análisis de la evolución y tendencias de las adicciones en Aragón. Para este último se tomará como referencia el conjunto mínimo de indicadores a que se refiere la acción 4.4.1. del Objetivo 4.4. del Plan.

Del mismo modo que en los procesos desarrollados para las evaluaciones periódicas, el informe se presentará ante el Consejo Asesor y la Comisión Interdepartamental para su aprobación definitiva.

## INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN

<b>ÁREA 1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	
Anualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acciones desarrolladas para la regulación del Programa Especializado de adicciones en Aragón por año.</li> <li>✓ Número de Entidades locales con Planes de Prevención de adicciones.</li> <li>✓ Número de convenios con Entidades locales para el desarrollo del Programa Especializado de adicciones.</li> <li>✓ Acciones realizadas para adecuar la convocatoria de subvenciones anual a las directrices del Plan (cambios respecto del año anterior).</li> <li>✓ Número y contenido de acuerdos de colaboración con áreas con competencias en materia de familia y juventud para coordinar acciones específicas de formación y orientación dirigidas a familias.</li> <li>✓ Número y contenido de proyectos de prevención de adicciones de ámbito comunitario desarrollados desde los Programas Especializados de adicciones.</li> <li>✓ Acciones destinadas a promover la prevención de adicciones y la detección precoz en el ámbito laboral.</li> <li>✓ Medidas e iniciativas desarrolladas para la reducción del daño desde los Programas Especializados de adicciones.</li> </ul>
A la finalización del Plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Grado de cobertura del Programa Especializado de adicciones en el territorio.</li> <li>✓ Número de Entidades Locales que han incorporado el Programa Especializado de adicciones en la estructura funcional y organizativa de Servicios sociales (Centros de Servicios Sociales, a excepción de Zaragoza capital).</li> <li>✓ Normativa aprobada para definir, regular y desarrollar el Programa Especializado de adicciones en Aragón.</li> <li>✓ Existencia de un Registro de Entidades Sociales autorizadas para el desarrollo de programas de prevención de adicciones.</li> <li>✓ Existencia de criterios para la acreditación de materiales y programas de prevención de adicciones en Centros escolares públicos o sostenidos con fondos públicos (instrumento para su divulgación: instrucción).</li> </ul>

<b>ÁREA 2. REDUCCIÓN DE LA OFERTA</b>	
Anualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Número de inspecciones y sanciones en materia de publicidad, venta y consumo de alcohol y tabaco y control del juego.</li> <li>✓ Número y tipo de iniciativas sobre dispensación responsable de bebidas alcohólicas.</li> <li>✓ Número de sanciones administrativas a menores por consumo de drogas.</li> </ul>
A la finalización del Plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisión de los protocolos de control de consumo de tabaco y alcohol con especial atención al consumo por parte de menores.</li> <li>✓ Número de entidades locales que disponen de Ordenanzas para promover el consumo de alcohol responsable (a partir del número inicial).</li> <li>✓ Elaboración y aprobación de normativa autonómica sobre consumo de alcohol.</li> </ul>

<b>ÁREA 3. RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES</b>	
Anualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Número de UASA y dotación de recursos humanos en cada una.</li> <li>✓ Número de UASA sectorizadas.</li> <li>✓ Número de UASA con cartera de servicios básica y unificada.</li> <li>✓ Grado de integración de cada UASA en la Red de Salud mental: mecanismos de coordinación, sistema de información compartido, procedimientos de derivación elaborados.</li> <li>✓ Número de casos derivados desde los Programas Especializados de adicciones a las UASA.</li> <li>✓ Número de Centros de salud con programas de deshabituación tabáquica.</li> <li>✓ Número de Centros de salud con programas de detección precoz de consumos problemáticos de alcohol.</li> </ul>
A la finalización del Plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Número y perfil de profesionales en las UASA.</li> <li>✓ Cartera de servicios unificada para todos los recursos asistenciales.</li> <li>✓ Funcionamiento del grupo de trabajo permanente D.G. Asistencia Sanitaria-D.G. Salud Pública.</li> <li>✓ Implementación del protocolo de colaboración y derivación entre recursos asistenciales y Programas especializados de adicciones.</li> <li>✓ Integración en la Historia clínica de herramientas de cribado sobre consumo problemático de alcohol.</li> </ul>

<b>ÁREA 4. FORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO</b>	
Anualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existencia de Plan de formación anual.</li> <li>✓ Número y tipología de materiales y actividades para la gestión del conocimiento, diferenciando los dirigidos al ámbito educativo.</li> <li>✓ Número y tipología de acciones dirigidas a desarrollar una estrategia de información sobre drogodependencias y otras adicciones.</li> </ul>
A la finalización del Plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existencia de un fondo de documentación de apoyo a los y las profesionales de los Programas Especializados de adicciones.</li> <li>✓ Existencia de un cuadro consensuado de indicadores para medir la evolución y tendencias de las adicciones en Aragón.</li> <li>✓ Grado de integración de la información sobre adicciones en el marco de la vigilancia de salud.</li> <li>✓ Número de investigaciones sobre las adicciones desarrolladas durante el tiempo de vigencia del Plan (diferenciando entre liderazgo y colaboración).</li> </ul>

<b>ÁREA 5. COORDINACIÓN</b>	
Anualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Número de reuniones anuales del Consejo Asesor de drogodependencias y la Comisión Interdepartamental. Publicación de sus actas y acuerdos.</li> <li>✓ Acciones desarrolladas anualmente para reforzar la coordinación interdepartamental, específicamente con los Departamentos de Educación, Ciudadanía y Presidencia.</li> </ul>
A la finalización del Plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existencia de documento interno de trabajo en el que se definan las tareas y funciones de los diferentes niveles identificados en el desarrollo de los Programas Especializados de adicciones en Aragón: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Servicio de Prevención y Promoción de la Salud.</li> <li>- Las Subdirecciones de Salud pública.</li> <li>- Los profesionales de las Entidades locales de los Programas Especializados de adicciones.</li> </ul> </li> <li>✓ Número y contenido de protocolos de derivación/coordination consensuados entre los profesionales de los Programas Especializados de adicciones, Atención primaria de salud y la Red asistencial de atención a las adicciones.</li> </ul>

**RESUMEN DE ÁREAS, OBJETIVOS Y ENTIDADES RESPONSABLES**

<b>ÁREA 1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<b>ENTIDADES RESPONSABLES</b>
1.1. Redefinir y extender a todo el territorio de la Comunidad Autónoma el modelo para la prevención de las adicciones.	Dirección G. de Salud Pública IASS Entidades Locales
1.2. Potenciar la prevención de adicciones en el marco de la promoción de la salud.	Dirección G. de Salud Pública Departamento de Ciudadanía Departamento de Educación Dirección G. de Trabajo
1.3. Promover intervenciones de prevención selectiva o indicada dirigidas a personas o colectivos en situación de especial vulnerabilidad.	Dirección G. de Salud Pública Dirección G. Asistencia Sanitaria IASS-IAM Dirección G. Igualdad y Familias Entidades Locales

<b>ÁREA 2. REDUCCIÓN DE LA OFERTA</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<b>ENTIDADES RESPONSABLES</b>
2.1. Mejorar el cumplimiento de la normativa estatal, autonómica y local sobre promoción, venta y consumo de alcohol y tabaco.	Dirección G. de Salud Pública Entidades Locales
2.2. Incluir en los planes locales de prevención la elaboración de ordenanzas municipales o la revisión de las ya existentes, en materia de control del consumo de alcohol y tabaco.	Dirección G. de Salud Pública Entidades Locales

<b>ÁREA 3. RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<b>ENTIDADES RESPONSABLES</b>
3.1. Dotar a las Unidades de atención y seguimiento de adicciones de los recursos necesarios para la atención a las adicciones de su población adscrita.	Dirección G. Asistencia Sanitaria Servicio Aragonés de Salud
3.2. Integrar los recursos de atención a las adicciones en los órganos de coordinación de la red de Salud mental.	Dirección G. Asistencia Sanitaria Servicio Aragonés de Salud
3.3. Establecer procedimientos permanentes de colaboración entre la red de Salud mental y la red de Programas Especializados de adicciones, mediante la coordinación de la Direcciones Generales de Asistencia sanitaria y Salud pública.	Dirección G. de Salud Pública Dirección G. Asistencia Sanitaria

3.4. Facilitar intervenciones en materia de deshabituación tabáquica y detección precoz de consumo problemático de alcohol en atención primaria de salud.	Dirección G. Asistencia Sanitaria Servicio Aragonés de Salud
---	---

<b>ÁREA 4. FORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO</b>	
OBJETIVOS	ENTIDADES RESPONSABLES
4.1. Identificar y poner a disposición de los profesionales los materiales más idóneos para el trabajo en prevención y atención de adicciones.	Dirección G. de Salud Pública
4.2. Establecer un plan de formación anual que incluya la perspectiva intersectorial en el abordaje de las adicciones.	Dirección G. de Salud Pública Dirección G. Asistencia Sanitaria IASS-IAM Dirección G. Igualdad y Familias Servicio Aragonés de Salud
4.3. Elaborar una estrategia de información sobre drogodependencias y otras adicciones dirigida a población general y colectivos específicos, en colaboración con medios autonómicos y locales, que incluya la comunicación en redes sociales.	Dirección G. de Salud Pública Gabinete de comunicación Entidades Locales
4.4. Desarrollar un sistema de información sobre adicciones integrado en el área de Vigilancia de la salud de la Dirección General de Salud Pública.	Dirección G. de Salud Pública
4.5. Promover la investigación en el campo de las adicciones, con especial atención a las adicciones comportamentales.	Dirección G. de salud Pública IACS

<b>ÁREA 5. COORDINACIÓN</b>	
OBJETIVOS	ENTIDADES RESPONSABLES
5.1. Mejorar el marco general de coordinación institucional para el desarrollo del III Plan de adicciones.	Dirección G. de Salud Pública Servicio Aragonés de Salud Departamentos de Educación, Ciudadanía, Presidencia. Entidades Locales
5.2. Establecer mecanismos de coordinación y canales estables de comunicación entre Dirección General de Salud Pública, Subdirecciones provinciales de salud Pública y recursos locales de prevención de adicciones.	Dirección G. de Salud Pública Entidades Locales
5.3. Promover la colaboración institucional y técnica entre los recursos sociales y sanitarios, instituciones y entidades relacionadas con las adicciones que desarrollan su tarea en el ámbito local.	Dirección G. de Salud Pública Servicio Aragonés de Salud Departamento de Ciudadanía



## 6. DOTACIÓN PRESUPUESTARIA

El modelo para la prevención de adicciones que incorpora el III Plan de adicciones para el período 2018-2024 exige una dotación suficiente de recursos que permita la consolidación progresiva de los Programas Especializados de adicciones en el conjunto del territorio, en función de ratios poblacionales. En este sentido, y para conseguir desarrollar estos Programas en toda la Comunidad Autónoma, bastaría con que en 2024 se hubiera recuperado el presupuesto anual destinado a la firma de Convenios con entidades locales de los años 2010 o 2011. Ello supone doblar en la práctica el presupuesto que actualmente se destina a este concepto.

De igual forma, para llevar a cabo las acciones previstas, es preciso incrementar la dotación de recursos humanos destinados al desarrollo del Plan de adicciones en la Dirección General de Salud Pública y las Subdirecciones provinciales, un técnico en cada una de las provincias y dos más en el Servicio de Prevención y Promoción de la salud de la Dirección General, unidad responsable de la coordinación del III Plan.

El crecimiento presupuestario de los años 2017 y 2018 en prevención y promoción de la salud permite asegurar el desarrollo de iniciativas que dependen de la elaboración y edición de materiales y otros recursos de divulgación destinados al ámbito local.

Se establecerán, mediante Convenios anuales de colaboración u otros procedimientos administrativos de gestión, los Programas Especializados de adicciones en las Comarcas de la Comunidad Autónoma con una población superior a los 7.000 habitantes, así como en las capitales de provincia, Zaragoza, Huesca y Teruel. Teniendo en cuenta que, actualmente, algunos de los Convenios se realizan con diferentes Ayuntamientos (es el caso de Jaca, Monzón, Tarazona, Calatayud y Alcañiz), se planificará la reconversión progresiva de la dependencia municipal por la comarcal, acordada con las instituciones implicadas y teniendo en cuenta la continuidad de los profesionales que desarrollan su trabajo en ellos. Se contempla también realizar Convenio con la futura Comarca o Mancomunidad central.

En el período de vigencia del III Plan de adicciones se irán conformando progresivamente (a partir de los recursos ya existentes y con la modificación hacia el modelo comarcal, cuando así fuera necesario), una red de Programas Especializados



de adicciones, mediante cinco tipos de módulos, en función de población y de la existencia de recurso específico previo en materia de adicciones:

- 4 convenios de 60.000 euros: Zaragoza, Huesca, Teruel y Comarca Central.
- 5 convenios de 35.000 euros: para aquellas Comarcas que cuentan en la actualidad con Centros de prevención comunitaria de carácter municipal regulados por Convenios del Departamento de Sanidad (Jaca, Monzón, Tarazona, Calatayud y Alcañiz).
- 5 convenios de 30.000 euros: para aquellas Comarcas de más de 20.000 habitantes con las que se acuerde la creación del Programa especializado de adicciones (Somontano de Barbastro, Bajo Cinca, Cinco Villas, Ribera Alta del Ebro y Valdejalón).
- 6 convenios de 25.000 euros: para aquellas Comarcas, de entre 7.000 y 15.000 habitantes que ya cuentan con Convenio comarcal (Alto Gállego, Sobrarbe, Bajo Aragón-Caspe, Jiloca, Andorra-Sierra de Arcos y Cuencas Mineras).
- 10 convenios de 20.000 euros: para aquellas Comarcas entre 7.000 y 20.000 habitantes con las que se acuerde la creación del Programa especializado de adicciones (La Ribagorza, Hoya de Huesca, La Litera, Los Monegros, Campo de Borja, Ribera Baja del Ebro, Campo de Cariñena, Matarraña, Comunidad de Teruel y Gúdar-Javalambre).

El presupuesto total anual para el sostenimiento de la red de prevención de adicciones en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma asciende a 915.000 euros, cantidad que deberá consolidarse (con los crecimientos anuales correspondientes) en el año 2024. La suscripción de Convenios de colaboración para el desarrollo de los Programas especializados de adicciones se realizará de forma progresiva, de acuerdo con los incrementos presupuestarios anuales y la planificación correspondiente, a lo largo del período 2019-2024.

La dotación presupuestaria para todas las áreas descritas en el III Plan de adicciones, se incrementará también progresivamente a lo largo del período de vigencia del Plan, hasta un total estimado de 1.076.500 euros para 2024, de acuerdo con la siguiente distribución:

Estimación presupuestaria para el desarrollo del III Plan de adicciones. 2019-2024						
Área	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevención	754.000	829.000	919.000	1.029.000	1.109.000	1.199.000
Asistencia e Inserción social	1.937.500	2.052.500	2.190.500	2.358.500	2.478.500	2.478.500
Formación y gestión del conocimiento	74.000	104.000	129.000	129.000	129.000	129.000
Coordinación	125.000	160.000	160.000	160.000	160.000	160.000
<b>Total</b>	<b>2.890.500</b>	<b>3.145.500</b>	<b>3.398.500</b>	<b>3.676.500</b>	<b>3.876.500</b>	<b>3.966.500</b>