

# ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES

## 2017 – 2024

### Documento aprobado por:

- Comisión Inter-autonómica del Plan Nacional sobre Drogas el 18 de octubre de 2017.
- Informe preceptivo favorable del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones del 13 de noviembre de 2017.
- Pleno de la Conferencia Sectorial el 21 de diciembre de 2017.
- Consejo de Ministros el 9 de febrero de 2018



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



# ÍNDICE

1.	<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b> .....	4
2.	<b><u>SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA</u></b> .....	7
	2.1. Sistemas de información	
	2.2. Evolución de los consumos y conductas adictivas	
	2.3. Problemas asociados al consumo y a las conductas adictivas, y su impacto social	
	2.4. El mercado de la droga y el juego, y aspectos relacionados	
	2.5. Actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y oferta	
	2.6. Retos	
3.	<b><u>MARCO INSTITUCIONAL</u></b> .....	27
4.	<b><u>MISIÓN</u></b> .....	27
5.	<b><u>OBJETIVOS GENERALES</u></b> .....	28
6.	<b><u>VISIÓN</u></b> .....	28
7.	<b><u>VALORES</u></b> .....	29
8.	<b><u>PRINCIPIOS RECTORES</u></b> .....	30
9.	<b><u>CAMPO DE ACTUACIÓN</u></b> .....	32
10.	<b><u>METAS, ÁREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</u></b> .....	33
	<b><u>META 1: HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SALUDABLE E INFORMADA</u></b> .....	33
	<b>Áreas de actuación:</b>	
	10.1. Prevención y reducción del riesgo	
	10.2. Atención integral y multidisciplinar	
	10.3. Reducción de daños	
	10.4. Incorporación social	
	<b><u>META 2: HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SEGURA</u></b> .....	44
	<b>Áreas de actuación:</b>	
	10.5. Reducción y control de la oferta	
	10.6. Revisión normativa	
	10.7. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional	

11. **ÁREAS TRANSVERSALES** ..... 49

11.1. Coordinación

11.2. Gestión del conocimiento:

- Sistemas de información
- Investigación
- Formación

11.3. Legislación

11.4. Cooperación internacional

11.5. Comunicación y difusión

11.6. Evaluación y calidad

# 1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 se configura como un documento participativo y de consenso, acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las sociedades científicas, los centros de investigación, y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas.

Las Estrategias Nacionales, como documentos de planificación, se han convertido en el medio principal a través del cual se establecen y apoyan las diferentes respuestas ofrecidas a nivel local y/o regional, creando una herramienta de coordinación para todos aquellos involucrados en implementar una política de drogas.

En la actualidad, alrededor de un tercio de los 30 países monitorizados por el Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía (28 miembros de la UE, más Turquía y Noruega) incluyen a las sustancias legales y otras adicciones dentro de las Estrategias sobre Adicciones. De hecho, en términos numéricos, las sustancias adictivas legales, como el alcohol, el tabaco y determinados fármacos son los que cuentan con mayor número de consumidores.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en julio de 1985, se han elaborado dos Estrategias para establecer el marco de actuación de las políticas de drogas y drogodependencias en España, así como las líneas generales de ejecución de las mismas.

En ambos casos, el impulso para la elaboración de ambos documentos partió de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), de conformidad con las funciones de dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del PNSD, que tiene atribuidas legalmente. Hay que señalar, no obstante, que el nivel de participación en la elaboración de ambas estrategias fue muy elevado, tanto en lo que se refiere a los departamentos y unidades de la Administración General del Estado, como a las Administraciones autonómicas, la Administración Local, y las diversas instancias que forman parte del PNSD.

La presente Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA 2017-2024) se fundamenta y apoya en las dos que la precedieron (Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016), así como en los tres Planes de Acción que desarrollaron ambas Estrategias (Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008, en el caso de la primera Estrategia, y Planes de Acción sobre Drogas para los períodos 2009-2012 y 2013-2016, respectivamente, en el caso de la segunda).

Asimismo, partimos de los resultados de la evaluación de ambas Estrategias y de los Planes de Acción citados, y del análisis de la situación de las drogas y las drogodependencias en España en el período 2009-2015. Por otra parte, la ENA 2017-2024 también se inspira en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020), en la Estrategia del

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías 2025, así como en las Estrategias de otros países de nuestro entorno (Alemania, Reino Unido, Italia, Francia, Suecia, Australia, ...).

Igualmente, hay que señalar que se han analizado las diferentes estrategias y planes de actuación vigentes en las Comunidades y Ciudades Autónomas a fin de tomar en cuenta los objetivos, enfoques y líneas de intervención en esos territorios autonómicos.

Por último, se ha revisado la evidencia científica disponible sobre adicciones, especialmente la relacionada con el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso a y potenciadoras de determinadas conductas adictivas.

En la elaboración de la ENA 2017-2024 se ha partido de un proceso consultivo interno en la DGPNSD y contado con la colaboración de todas las instancias que forman parte del PNSD, a través de un cuestionario específico y de diferentes consultas sucesivas, destacando la participación de los Planes Autonómicos de Drogas (PADs). Además, han participado numerosos departamentos de la Administración General del Estado, la Federación Española de Municipios y Provincias, un número muy elevado de entidades sociales, sociedades científicas, universidades y expertos de distintas disciplinas (epidemiología, clínica, prevención, intervención integral, legislación y aplicación de la ley, ciencias sociales, género, etc), así como los Grupos de Trabajo del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones.

El resultado es un documento de consenso entre numerosas partes interesadas que se ofrece como el marco de actuación para el desarrollo de las políticas sobre adicciones que se llevan a cabo en los ámbitos del conjunto del Estado español, de las Administraciones Autonómicas y de las entidades locales, y que sirve de referencia, asimismo, para las actividades desarrolladas por las entidades sociales.

Se ha procurado adaptar la estructura de la ENA 2017-2024 a la establecida en la Estrategia de la UE 2013-2020, con las modificaciones y adaptaciones propias a la realidad española. Así, la ENA 2017-2024 se articula en torno a dos metas con diferentes objetivos estratégicos que se agrupan en varias áreas de actuación, y que a su vez, se apoyan en seis áreas de actuación transversales. Las metas son: a) “Alcanzar” **una sociedad más saludable e informada** mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general y b) “Tener” una **sociedad más segura** a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción.

Las áreas de actuación transversales comprenden: a) la coordinación, b) la gestión del conocimiento (sistemas de información, investigación y formación, c) la legislación, d) la cooperación internacional, e) la comunicación y difusión, y f) la evaluación y la calidad.

La Estrategia se llevará a cabo a través de dos **Planes de Acción** consecutivos, de periodicidad cuatrienal, de 2017 a 2020 y de 2021 a 2024, respectivamente. Estos Planes incluirán una lista de acciones específicas a desarrollar, con los organismos, entidades o

unidades administrativas responsables de su implementación, así como los indicadores e instrumentos de evaluación de estas acciones.

## 2. SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA

### 2.1. Sistemas de información

---

España cuenta con varias fuentes y sistemas de información fiables así como numerosas investigaciones que facilitan datos sobre diversos aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias: prevalencias de consumo y perfil de los consumidores; actitudes y percepciones de diversos sectores sociales; número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia; morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas; actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta.

Entre las fuentes más importantes que proporcionan información hay que señalar, en primer lugar, los Planes Autonómicos de Drogas. Junto a ellos, diversos departamentos y órganos ministeriales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, las Policías Autonómicas, y la Fiscalía Especial Antidroga. De forma creciente, también las Administraciones Locales y la Federación Española de Municipios y Provincias están aportando información valiosa sobre las actuaciones que se llevan a cabo desde ese ámbito.

Desde 1987 se cuenta con indicadores que ofrecen información anual sobre admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Desde 2006, también se dispone de indicadores sobre consumo problemático/de riesgo de drogas y existen diferentes fuentes que informan sobre Infecciones en consumidores de drogas.

Por otro lado, desde mediados de la década de los noventa, se realizan periódicamente dos tipos de encuestas por parte de la Delegación del Gobierno para el PNSD: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). A estas encuestas se añaden otras, como *La Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*, que se realiza cada 7 años, desde 2007, en población laboral residente en España de 16 a 64 años y la *Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias en España, ESDIP*, que se realiza cada cinco años, desde 2006, en internados en Instituciones Penitenciarias en España. Otras encuestas realizadas de forma puntual incluyen la *Encuesta a Profesores de Enseñanzas Secundarias sobre Drogas y otras Adicciones en España (EPAD), 2014* y la *Encuesta estatal a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína, 2003-2004*.

Asimismo, existen sistemas de información como el Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre Crimen Organizado y Drogas (SENDA), que recogen de forma periódica

información conjunta de tipo policial y judicial sobre las incautaciones de las principales sustancias y características de las mismas, detenciones por tráfico de drogas y denuncias por infracción a la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana en materia de drogas, procedimientos judiciales incoados, etc... basada en los datos que la Policía Nacional, Guardia Civil y el Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales envían periódicamente así como los que envían anualmente las Policías Autonómicas. A partir de la información obtenida, se elabora y difunde la ***Estadística Anual sobre el Tráfico de Drogas***, que detalla la evolución de los principales indicadores globales del control de la oferta (último informe en 2016), con el propósito de ser guía y apoyo en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, además de poner de manifiesto cómo se desarrolla temporal y territorialmente este fenómeno en el territorio nacional.

Esta información estadística y epidemiológica es utilizada por un conjunto de Organismos Públicos nacionales así como entidades privadas en la elaboración de sus estudios e informes. Muchos de los datos e indicadores antes citados utilizan métodos que son comparables a nivel internacional, por lo que no sólo se puede seguir su evolución temporal desde un marco nacional, sino que los datos españoles pueden analizarse en comparación con los de otros países de nuestro entorno. De hecho, estos datos e indicadores son usados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, EUROPOL, INTERPOL, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, y otros organismos internacionales como base documental para sus respectivos informes.

## **2.2. Evolución de los consumos y conductas adictivas**

---

En cuanto a la demanda de drogas, el **consumo de drogas ilegales** en España sigue siendo una de las amenazas más persistentes en nuestra sociedad para la salud y el bienestar y, directa o indirectamente, afecta a la vida de millones de personas en nuestro país.

En términos generales, un tercio de la población española ha consumido alguna droga ilegal en su vida, manteniéndose este porcentaje relativamente estable en los últimos años. No obstante, se viene registrando una discreta extensión del consumo de las sustancias psicoactivas de comercio legal, en particular, del alcohol y los hipnosedantes, mientras que la prevalencia del tabaco ha mantenido los niveles a los que descendió tras la introducción de normativa específica en 2005 y 2010.

Según datos de EDADES 2015-16, **las drogas con mayor prevalencia de consumo en España** (en los 12 meses previos a la encuesta) entre la población de 15 a 64 años, **son legales**: el alcohol (77,6%; 9,3% a diario) y el tabaco (40,2%; 30,8% a diario) seguidas por los hipnosedantes, con y sin receta (12%; 6% a diario).

Las **drogas ilegales** más consumidas en el último año son el cannabis (9,5%; 2,1% a diario) y la cocaína (2%), con prevalencias de consumo en niveles elevados con respecto a otros países del entorno UE, muy especialmente entre adolescentes y adultos hasta mediana edad, donde se concentra en gran medida el consumo de drogas (jóvenes de 15 a 34 años). La tendencia de consumo de heroína sigue estabilizada en niveles muy bajos. El 0,1% de los encuestados la consumieron en el último año y en el último mes. El perfil mayoritario es el de un hombre mayor de 35 años. En cuanto al éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles, se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos. Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas para éxtasis (0,6%), anfetaminas (0,5%) e inhalables (0,1%) en el indicador de consumo en los últimos 12 meses. El consumo de alucinógenos aumenta respecto a la encuesta anterior, pero se mantiene en porcentajes muy bajos (0,6%). Por otro lado, el 3,5% de la población de 15 a 64 años ha probado alguna vez en su vida alguna nueva sustancia psicoactiva (NSP). Son consumos experimentales practicados mayoritariamente por hombres de 25 a 34 años.

La **edad media de inicio** en el consumo se mantiene estable, con el inicio más precoz para las sustancias legales: el tabaco (16,4 años) y el alcohol (16,6). El cannabis comienza a consumirse a los 18,3 años; el más tardío es el inicio de consumo de los hipnosedantes (35 años). Con la excepción de los hipnosedantes, el consumo de todas las drogas está más extendido en el grupo de 15 a 34 años y en varones. Por otro lado, el patrón de policonsumo está muy extendido e incluye muy frecuentemente (90%) el consumo de riesgo de alcohol y cannabis.

---

*Alrededor de 9,8 millones de españoles de entre 15 y 64 años han consumido cannabis al menos una vez en su vida, mientras que 2,6 millones han probado la cocaína y 1,08 alguna Nueva Sustancia Psicoactiva. Además, 65.322 adultos son usuarios de alto riesgo de opiáceos.*

---

## **Cannabis**

En España, según datos de EDADES 2015-16, el cannabis es la droga ilegal más consumida y, además, la única cuyo consumo crece en relación a todos los tipos de consumos (alguna vez en la vida, último año, último mes, a diario).

El perfil del inicio en el consumo de cannabis corresponde a un hombre menor de 25 años en el 77% de los casos. Hay que destacar que el porcentaje de consumidores de cannabis entre los menores de 15-17 años (12,6%) es mayor que entre los mayores de 35 años (5,5%).

En paralelo al aumento del consumo, disminuye del 82,4 al 79,8% la población que considera una conducta de riesgo el consumo de cannabis. Aunque siguen siendo mayoría quienes consideran que no ayuda a resolver el problema, aumentan del 33,1% al 37,4% los encuestados que piensan que es importante la legalización del cannabis. Este porcentaje se concentra entre los consumidores de cannabis, especialmente entre los que tienen un consumo problemático. *(El perfil del consumidor problemático de cannabis corresponde a un hombre menor de 25 años que fuma 3 porros de marihuana al día; el 19% de la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses hacen consumo problemático).*

### **Conducción y drogas**

Conducir después del consumo de sustancias psicoactivas es, desafortunadamente, un hecho frecuente en España: el 12% de los españoles que conducen un turismo han consumido alguna droga de comercio ilegal y/o alcohol, antes de conducir. Este es el dato general del estudio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas elaborado por la DGT en 2015 (EDAP'15, DGT, 2016). Las drogas más consumidas entre los conductores continúan siendo el cannabis (7,5%), seguida de la cocaína (4,7%). Un 4% de los conductores han consumido más de una sustancia antes de conducir. Tras un descenso después del pico de 2008, la tendencia del consumo de drogas es al alza, sin llegar a los niveles de 2008.

## La situación de las adicciones en España desde la perspectiva de género

- **Mujeres e hipnosedantes:** Es el único consumo de drogas en el que la prevalencia en mujeres es mayor que en hombres, cerca del doble. Se trata de un consumo oculto, no ligado al estigma, sino al desconocimiento y a la consideración de su consumo como “normal”, especialmente en mujeres. A ello se añade el hecho de que no existen campañas generalizadas de prevención y sensibilización, como sí ocurre con otras sustancias.
  - 3.732.000 personas han consumido hipnosedantes en 2015 (últimos 12 meses). El 65% son mujeres y el 57% además tienen entre 45 y 64 años.
  - De las personas de 15-64 años que consumieron hipnosedantes el último año, 544.000 empezaron a consumir en 2015. El 67% de ellas eran mujeres, además el 89% de estas personas son mayores de 25 años. El mayor inicio de consumo tiene lugar entre las mujeres de 45 a 54 años.
  - El 2,5% de toda la población de 15 a 64 años y el 21% de población de 15 a 64 años que ha consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses hacen un consumo problemático (775.762 personas). La mayor prevalencia de consumo problemático de hipnosedantes se da entre mujeres (3%), de entre 45 y 64 años (no se cuenta con datos más allá de esta edad).
- **Mujeres y alcohol:** El consumo excesivo de alcohol es el primer problema de salud pública en España, y causa un grave daño social y a terceros.
  - La Organización Mundial de la Salud (2010) ha identificado el consumo abusivo de alcohol como uno de los factores de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual. Un porcentaje significativo de maltratadores abusa del alcohol o es dependiente de esta sustancia. Asimismo, se estima que alrededor del 20% de hombres que participan en programas de intervención para la reducción del consumo de drogas y que conviven con sus parejas, han cometido alguna agresión hacia ellas durante el año anterior al inicio del tratamiento para la adicción.

De hecho, es habitual encontrar en los programas de intervención para drogodependientes, participantes con una orden de alejamiento o denuncia por malos tratos. Además, parece ser que la relación entre consumo de alcohol y agresión es más fuerte entre hombres maltratadores que entre hombres de población general, y se considera que el consumo de riesgo de alcohol incrementa las probabilidades de que las agresiones sean más graves. Igualmente, el consumo continuado de sustancias se ha considerado un predictor de agresiones futuras contra la pareja.

- Por otro lado, las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de posibilidades de padecer problemas con el alcohol, así como que la violencia sexual ejercida contra ellas puede a su vez incrementar su consumo de alcohol.

La mujer, por tanto, sufre doblemente como víctima el consumo excesivo de alcohol. Por un lado, en relación con la violencia ejercida sobre ella por la pareja que consume alcohol de forma nociva, y por otro, padeciendo ella misma problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia.

## **Otras conductas adictivas**

La **Ludopatía** es un trastorno reconocido por la Asociación de Psiquiatría Americana desde 1980 (DSM-5; APA, 2013) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo recoge en su clasificación Internacional de Enfermedades en el año 1992. Desde un punto de vista etiológico, el juego patológico es un trastorno multicausal, en el que intervienen factores de riesgo ambiental (género, edad, nivel socioeconómico, estudios, disponibilidad y oferta de juego, etc.), psicológicos (impulsividad y búsqueda de sensaciones, déficits en estrategias de afrontamiento y solución de conflictos, comorbilidad, déficits y alteraciones neuropsicológicas) y biológicos.

En 2016 se publicó el *Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España* (<http://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia>), coordinado por la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ), realizado mediante cuestionario en base a la población residente en España mayor de 18 años con cuestionarios presenciales adicionales a población residente entre 15 y 17 años de edad. Los resultados mostraron un índice de prevalencia del 0,9% para personas catalogadas como jugadores patológicos, del 1% en personas catalogadas como jugadores con problemas, y del 4,4% para jugadores con algún tipo de riesgo; valores que se reducen a 0,3 %, 0,6 %, y 2,6%, respectivamente, si se trabaja con los resultados vinculados al juego en el último año. Asimismo, un 76% de personas afirmaron haber participado en juegos de azar en el último año.

El 69,6% de los jugadores patológicos en España son varones. Los grupos de edad más afectados son el grupo de 25-34 años y el de 55-64 años. Se trata en su mayoría de personas con trabajo (aunque según se incrementa el nivel de patología aumenta el desempleo), con unos ingresos entre 601-1.500€, que practican el juego individualmente y que en 8 de cada 10 casos son conscientes de su situación. Se aprecia un incremento paulatino en el porcentaje de personas solteras, divorciadas o separadas a medida que se eleva el nivel de problemática con el juego. Se observa una relación entre el nivel de problemática con el juego y los problemas psicológicos en un 45,4% de las personas jugadoras.

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

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

En este sentido, según los resultados del estudio *Análisis del perfil del jugador online (2015)* elaborado también por la D.G. de Ordenación del Juego (DGOJ), se observa un aumento generalizado de los principales indicadores con respecto a 2014, con un crecimiento en todos los segmentos de **juego online**: el número total de jugadores activos, 985.333 personas (incremento del 19,6%); el número medio de jugadores activos mensuales,

379.883 (aumento del 16,2%), la participación media 8.614€ (incremento del 10,9%, principalmente en las mujeres), el gasto medio por jugador, 293€ (incremento del 20,6%).

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

Existe un amplio consenso en la comunidad científica y profesional acerca de que la ludopatía puede ser considerada una adicción en base a su clínica y a los fenómenos neurobiológicos que se presentan en el paciente. Para otros comportamientos que actualmente se identifican de forma frecuente como posibles adicciones (internet, pantallas digitales, tecnologías de la información y comunicación, etc.) se precisa más información y definición acerca de estas patologías para llegar a un consenso científico, partiendo de la base, no obstante, de que el conocimiento actual señala que presentan analogías con las adicciones a sustancias similares a las que se observan en el juego patológico.

Según los datos de ESTUDES (2014-15), el 18% de la población de adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años usa de manera abusiva las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Si bien probablemente su uso se irá normalizando con la edad, dentro de este porcentaje de población suele incrementarse el fracaso escolar y es más frecuente el consumo de drogas.

### **2.3. Problemas asociados al consumo y a las conductas adictivas, y su impacto social**

---

El coste humano y social de las adicciones es muy alto; a lo que se añade el coste para el sistema público de atención (prevención, atención médica y tratamiento), seguridad pública, medio ambiente y productividad laboral.

Los datos más recientes informan sobre la estabilización o ligero descenso de los consumos de todas las sustancias, y especialmente, del consumo problemático de cocaína, medidos en base a criterios de frecuencia de consumo y escalas en las diversas encuestas, con la

excepción del consumo de cannabis y los atracones de alcohol (*binge drinking*). Si bien aumenta el número de personas que nunca han consumido, tanto entre adolescentes como en población general, persisten niveles de consumo preocupantes, sobre todo en menores, ya que es la primera causa de pérdida de salud en esta población. Según EDADES 2015, los consumidores problemáticos de cannabis presentan más frecuentemente que la población general relaciones sexuales de riesgo, accidentes de tráfico, problemas familiares, económicos, psicológicos, laborales, con la policía y con amigos, entre otros. La prevalencia de borracheras y *binge drinking*, entre los consumidores problemáticos de cannabis es muy superior a la de la población general y también el policonsumo de 3 o más drogas.

Además, aquellos indicadores que miden la magnitud de las consecuencias sanitarias asociadas al consumo han puesto de manifiesto, por un lado, una disminución del impacto producido por la cocaína, que fue máximo hace 2-3 años y, por otro, un incremento llamativo de la presencia del cannabis que, en 2012, superó a la cocaína como causa más frecuente de demanda de tratamiento por primera vez y a la heroína, en cuanto al peso representado en el total de admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas en España. Asimismo, la presencia del cannabis sigue aumentando en el indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico de drogas y en los análisis toxicológicos de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Por otra parte, los consumidores de heroína completan el escenario de las drogas ilegales en España y, a pesar del descenso progresivo observado en el número de éstos y en el uso de la vía inyectada como vía principal de administración entre los que demandan tratamiento por primera vez (que en 2013 representa tan sólo un 4% de lo que representaba en 1991), constituyen una subpoblación de consumidores que acumula el mayor impacto sociosanitario de los consumos de drogas en España (exclusión social, infección VIH, VHC, etc.) y que sigue precisando una proporción muy importante de los recursos disponibles en este ámbito. A ello se añade el envejecimiento de esta población y la aparición de comorbilidades asociadas a la edad.

Un aspecto positivo es la disminución en la prevalencia de enfermedades infecciosas que en general ha disminuido de forma importante desde 2009, en paralelo a la disminución de la vía inyectada como vía de administración.

Ha habido un aumento en las muertes relacionadas con las drogas desde 2009, especialmente por muerte violenta. Al menos 767 personas murieron de sobredosis en España en 2015 (739 en 2009).

## **Conducción y drogas**

En su informe correspondiente a los análisis realizados en fallecidos por accidente de tráfico en 2015, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF, 2016), notifica un total de 900 fallecidos por accidente de tráfico. El 43% de los **conductores fallecidos** presentaron alguna sustancia psicoactiva, siendo **hombres** el 91,6% de ellos. El alcohol aparece en el 28,8% de los conductores fallecidos, las drogas de comercio ilegal en el 13,6% y los psicofármacos en el 11,4%. De los positivos a drogas, la sustancia más frecuentemente

hallada es la cocaína seguida del cannabis. Entre los peatones, el 46,4% de los peatones fallecidos presentaron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol, siendo el 73,5% hombres. La evolución, en porcentaje, respecto al total de conductores analizados cada año, indica un repunte de la proporción de conductores fallecidos en accidente con presencia de sustancias psicoactivas, especialmente del alcohol, que había descendido en los tres años anteriores.

En cuanto a los resultados de las pruebas de alcoholemia realizadas a los conductores implicados en accidentes con víctimas en las vías interurbanas, se observa que fueron positivos al test de alcohol: el 9% de los heridos hospitalizados, el 7% de los heridos no hospitalizados así como el 4% de los implicados que no necesitaron atención sanitaria.

A pesar de la estabilización y/o ligero descenso en los consumos problemáticos de algunas sustancias (cannabis, cocaína, heroína) en población general, han aumentado los daños provocados por las drogas: urgencias médicas, muertes asociadas y algunos delitos relacionados, cobrando mayor importancia los daños a terceros. Sin embargo, no hay conciencia social suficiente sobre los riesgos, daños y costes asociados a las drogas.

## **2.4. El mercado de la droga y el juego, aspectos relacionados**

---

El mercado de las drogas ilegales es el mercado criminal más dinámico. Según datos del EMCDDA y EUROPOL, se estima que los ciudadanos de la UE gastan cada año más de 24.000 millones de euros en drogas ilegales.

### **INCAUTACIONES**

En España, respecto a las incautaciones, puede hablarse de variabilidad en cuanto a la tendencia según el tipo de droga. Es de destacar, el aumento de casi un 250% de incautaciones de MDMA por parte de la Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en el último año (2016), lo que indica un claro repunte en el tráfico (y por tanto en el consumo) de esta sustancia.

CANTIDADES INCAUTADAS	2015	2016	% VARIACIÓN 2015-2016
Cocaína (kg)	21.621	15.629	-27,71
Hachís (kg)	380.361	324.379	-14,72
Marihuana (kg)	15.915	21.138	32,82
Heroína (kg)	256	253	-1,17
MDMA-éxtasis (uds)	134.063	346.848	158,72
Anfetamina en polvo-speed (kg)	209	355	69,86
Plantas de cannabis (uds)	379.846	724.611	90,76

Fuente: Ministerio del Interior

## Cocaína

España es el país que más cantidad aprehende y en cantidades superiores al resto de países europeos, lo que configura a nuestro país como un auténtico *muro de contención* de la Unión Europea.

Se mantienen activas, como vía de entrada de cocaína en nuestro país, la “Ruta del Norte o de los veleros” (embarcaciones que navegan al norte de las Islas Madeira o Azores con destino a países de norte de Europa y la Península Ibérica), la “Ruta Central o de los cargueros y pesqueros” (con destino a proximidades de las Islas de Cabo Verde e Islas Canarias), la “Ruta Africana” y la “Ruta del Mar Mediterráneo”.

Las incautaciones de cocaína continúan con la tendencia a la baja en los últimos cuatro años, habiéndose incautado un 27,71% menos de cocaína en 2016 que en 2015.

En 2016, los puertos se convierten una vez más en el lugar predominante de entrada de cocaína en España, ya que en 2016 la cocaína incautada en contenedores marítimos (más de la mitad), superó a la intervenida en embarcaciones (tanto en mar territorial como en aguas internacionales), cuando en 2015 las cantidades incautadas en contenedores era similar a la incautada en embarcaciones. Se ha aprehendido más cantidad de cocaína en contenedores que el año 2015, pero en menos contenedores, por lo que aumenta la cantidad introducida en las remesas.

Las incautaciones de esta droga en los aeropuertos españoles a través de correos humanos, han descendido un 14% respecto a 2015, continuando la tendencia descendente de los últimos años.

## Hachís

El tráfico de esta droga en Europa, se viene manteniendo en unos niveles muy elevados, principalmente por la proximidad con Marruecos, origen de la mayor parte del hachís que se consume en Europa. Como en el caso de la cocaína, España desarrolla una decisiva labor de contención en relación con esta sustancia, decomisando cada año más del 75% del hachís intervenido en la Unión Europea y la mitad en el mundo.

Existen dos flujos importantes establecidos hacia Europa para el tráfico de esta droga: la “Ruta del Estrecho”, donde España es utilizada como punto fundamental de entrada y tránsito hacia el resto del continente, y la “Ruta del Mediterráneo Oriental”, con origen principalmente en Marruecos y, que a través del mar Mediterráneo, se dirige a países costeros del interior del mismo.

Las incautaciones de hachís han disminuido en 2016 un 14,72% respecto a 2015, rompiendo la tendencia alcista que se inició en 2014. Más de la mitad del hachís decomisado se ha incautado cuando trataba de introducirse en España en aguas internacionales, cambiando la tendencia de 2015 donde se incautaba similar cantidad en aguas internacionales y en los puertos.

## **Marihuana**

En Europa, se consume normalmente lo que se produce en ella. Históricamente España no formaba parte de las dos zonas de origen o de tránsito en Europa de esta droga, pero en los últimos años, están apareciendo indicios evidentes de la profesionalización del cultivo y tráfico de marihuana en España, no sólo para el consumo local sino también para la exportación, como así lo reflejan las incautaciones en Francia procedentes de nuestro país.

Las aprehensiones de esta sustancia reflejan una tendencia al alza, siendo significativo el aumento en el último año que alcanza el 30%

## **Plantas de cannabis**

En los últimos años, se ha producido un aumento del cultivo de plantas de cannabis en toda Europa, tanto a pequeña escala para uso personal, como para el tráfico a gran escala, mediante el cultivo en grandes plantaciones, en espacios exteriores e interiores.

El aumento en la producción, junto con la cada vez más alta concentración del THC, puede estar propiciando una sustitución parcial de la resina de hachís importada.

En los últimos años, se ha incrementado exponencialmente el número de plantas intervenidas en España, superando en este periodo (2013-2016) el 300%. Tan solo en el último año (2016) fue de un 90%.

## **Heroína**

La mayor parte de la heroína que se consume en Europa, se produce a partir del opio procedente de Afganistán utilizando para ello tres rutas: la “Ruta de los Balcanes”, la “Ruta del Sur o Meridional” y la “Ruta del Norte o Septentrional”.

Las mayores cantidades incautadas se han producido como consecuencia de investigaciones policiales o mientras se encontraban en tránsito entre distintas zonas de España o procedente de otros países de la UE. Las aprehensiones a correos humanos han supuesto el 13% del total.

## **MDMA-éxtasis**

La mayor parte de la producción de MDMA se lleva a cabo en laboratorios clandestinos radicados en los Países Bajos y Bélgica.

En 2016 la cantidad incautada de MDMA-éxtasis en España, ha experimentado un aumento superior al 250% con respecto al año anterior. Si bien se aprecian picos en años anteriores, se deben a la intervención de una sola actuación en 2014, hecho que hace arrastrar la estadística general de ese año.

En cuanto al lugar de incautación, la mayor cantidad se realizó en zonas no fronterizas, principalmente en domicilios con motivo de las labores de investigación que realizan las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Tras el descenso brusco en las incautaciones que se produjo en 2014, se ha mantenido una cierta estabilidad en las mismas.

## **DETENCIONES Y DENUNCIAS**

Las **detenciones** registradas por tráfico de drogas en 2016 han aumentado (4,26%) respecto a 2015, rompiendo la tendencia a la baja de los últimos años.

Por familias de drogas, el grupo que más detenciones registra es el relacionado con cannábicos (52,82%), seguido del relacionado con cocaínicos (27,95%).

Las **denuncias** relacionadas con consumo y tenencia de drogas y otras infracciones graves relacionadas con las mismas, han aumentado en 2016 (392.900) con respecto a 2015 (390.843), en contraste con una tendencia descendente desde 2013. El grupo de edad con más denuncias es el de 19 a 25 años con el 41,35% del total denuncias. El 94,29% de las personas denunciadas son hombres.

En cuanto a las denuncias por familias de drogas, destacan las denuncias relacionadas con cannábicos, que suponen el 84,37% del total, y las relacionadas con cocaínicos que suponen el 10,44%.

## **NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

En los últimos cuatro años, las **nuevas sustancias psicoactivas** (NSP) han estado cada vez más disponibles en el mercado abierto y / o en internet, lo que representa graves amenazas a la salud. En 2015, según el Informe Europeo sobre Drogas 2016, se notificaron por primera vez, a través de la Red de Alerta Temprana de la UE, un total de 98 NSP, lo que elevó el número de nuevas sustancias a más de 560, de las cuales el 70% se ha detectado en los últimos cinco años.

Se ha creado un sistema de producción y distribución de NSP que se basa en la modificación mínima de moléculas de drogas convencionales o en el diseño de sustancias nuevas, que simulan los efectos de las drogas convencionales pero de las cuales se desconocen los efectos

para la salud en el medio y largo plazo. Las NSP suponen un claro reto para las Administraciones Públicas a la hora de normativizar sobre las drogas.

El patrón principal en la introducción de NSP en España suele ser la utilización de la vía aérea; su venta, aunque se han detectado y desmantelado tiendas tipo *grow-shops/smart shops*, parece realizarse principalmente a través de páginas web; y la distribución de las mismas, a través de envíos de paquetería postal.

## **EL MERCADO DEL JUEGO EN ESPAÑA**

El mercado de juego nacional en España se desarrolla mediante un segmento de loterías sujetas a reserva de actividad y otros segmentos adicionales de juego presencial y en línea. Las loterías sujetas a reserva de actividad en todo el Estado se comercializan por dos operadores: Sociedad Estatal de Loterías y Apuestas del Estado S.M.E., S.A., (SELAE) y la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), mientras que el resto del mercado presencial se organiza mayoritariamente entre apuestas, casinos, bingos, salas y salones de juego y máquinas de tipo “B”. En el mercado *online* los operadores con título habilitante comercializan las distintas modalidades de juego permitidas legalmente. Esta visión se completa con los distintos juegos que se desarrollan en las comunidades y ciudades autónomas en el ejercicio de sus competencias. Los datos que a continuación se presentan se derivan por tanto de la agregación de diversas fuentes (DGOJ, SELAE, ONCE, y comunidades autónomas, fundamentalmente) y constituyen estimaciones sobre las principales variables de cada juego.

El ejercicio 2016 se ha confirmado como otro año de crecimiento del mercado de juego regulado con un **margen de juego** (beneficio) estimado de 8.399,71 millones de euros, un 3,03% más que el ejercicio anterior. El 49,1% corresponde a los juegos de loterías (4.127,40 millones de euros), el 30% a las máquinas “B” (2.519,20 millones de euros), el 7,6% a apuestas (640,74 millones de euros), el 7% a bingo (586,68 millones de euros), el 4,8% a casino (409,30 millones de euros) y el 1,4% a otros juegos (116,39 millones de euros). El aumento de la intensidad en apuestas y en otros juegos se debe, principalmente, a las máquinas de azar en línea.

Dentro del sector presencial, regulado por la DGOJ destaca la evolución de las ventas de la Sociedad Estatal Loterías y Apuestas del Estado S.M.E, S.A. y de la Organización Nacional de Ciegos Españoles, con un valor conjunto en 2016 de 10.593,3 millones de euros y un margen de 4.141,32 millones de euros, suponiendo una evolución del 1,15% sobre el ejercicio anterior en volumen de negocio.

La **segmentación del margen por canal** entre mercado **presencial y online** es similar a la de años anteriores, presentando una división del 93,9% frente al 6,1% respectivamente.

El **juego online regulado** en España se estructura en tres ramas: el juego *online* estatal, regulado por la Ley 13/2011 y sujeto al control de la DGOJ, el juego *online* que se desarrolla

o pueda desarrollarse en cada comunidad autónoma en el ejercicio de sus competencias y el juego *online* de entidades habilitadas para la venta de lotería.

Durante 2016 se ha producido un incremento en las **cuantías jugadas** en prácticamente todas las modalidades de *juego online*, con excepción del Póquer. En lo que respecta al segmento *online* estatal, las cifras de margen de juego ascienden a 429.274.246 euros, un 34,3% superior a 2015. El **margen de juego en el canal *online*** ha supuesto así un 3,94% de las cantidades jugadas (en 2015 fue del 3,7%; en 2014 del 3,88%). Es de destacar la importancia en el conjunto, de las Apuestas Deportivas de Contrapartida (el 53,7% en 2016), que, junto a las modalidades de Póquer, las máquinas de azar *online* y la Ruleta aglutinan el 90,09% del margen global.

## 2.5 Actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y oferta

---

Los resultados de la **Evaluación de la END 2009-16**, muestran una evolución positiva de las actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y de la oferta, si bien aún hay espacio para la mejora.

Según la Evaluación de la END 2009-16, en España existe una oferta muy variada y estructurada de **programas de prevención**. Sin embargo, las coberturas de los mismos han ido disminuyendo con respecto a 2009 y la oferta está muy centrada en la educación. Se necesita actuar más sobre las condiciones sociales que promueven el consumo (promoción, accesibilidad, normalización social), a través de programas de prevención ambiental y garantizar la cobertura universal de programas basados en la evidencia y que cumplan con los criterios de calidad aprobados por las CC.AA.

Por otro lado, han mejorado las variables mediadoras relacionadas con el papel de las familias en prevención (hora de regreso a casa, dinero disponible), pero hay que seguir implicándolas ya que son el principal factor de protección frente al consumo de los menores (en 2014, más del 60 % de los adolescentes de 14 años llegan a casa después de las 12 de la noche los fines de semana).

La detección precoz y la prevención con los más vulnerables debe ser una prioridad: el sistema educativo y el sanitario tienen un papel fundamental. El consumo de drogas está muy vinculado al fracaso escolar y a los problemas de conducta temprana.

En relación a la atención, España ofrece una **asistencia integral** a las personas con problemas de adicción a sustancias. Existe una red amplia, consolidada, diversificada y accesible de atención a los problemas de drogas. Es de destacar que, en los últimos años, se ha observado un incremento muy significativo del número de casos atendidos en la red (aumento del 33% en programas generales y del 22% en programas específicos) y un

envejecimiento de la población con consumos de larga duración y problemas crónicos de salud física y mental (ha subido en 2 años la edad media de las personas en tratamiento). Además, hay un alto porcentaje de consumidores problemáticos de cannabis que no llegan a la red y ha aumentado el tiempo transcurrido entre el inicio del consumo y del tratamiento.

Los programas de **reducción de daños** han conseguido grandes logros en la reducción de la infección por VIH+ y VHC+. En los últimos años, se ha evidenciado una importante reducción de la vía inyectada y de los casos de VIH+ y VHC+. España es uno de los países de la UE que más objetivos positivos ha logrado en la reducción de daños en las personas consumidoras de mayor riesgo (según la evaluación de la Estrategia Europea), gracias a la variedad y cobertura de los programas que se ponen en marcha (alta cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas, *outreach*, contextos marginales y de ocio y cobertura total de reducción de daños en prisiones). A pesar de esto, el uso de la vía inyectada, sigue siendo un importante problema de salud pública en población reclusa y marginal. Además, es necesario insistir en los programas de prevención de sobredosis, existentes solo en 7 CC.AA.

Los programas de **incorporación social** están generalizados en todas las CC.AA. pero las coberturas son muy desiguales y, en general, los programas orientados a la incorporación laboral son los menos desarrollados. Se necesita reforzar la incorporación de la perspectiva de género, por las necesidades especiales de las mujeres (menor empleabilidad, responsabilidades familiares, problemas de alojamiento).

La **coordinación** es un eje fundamental en el que hay que seguir insistiendo, especialmente entre las CC.AA. Si bien es un sector con un elevado nivel de coordinación, es necesario fortalecer y consolidar mecanismos concretos de coordinación (Grupos de Trabajo estables, Convenios...). La coordinación es de especial importancia en áreas como la atención integral (para protocolizar el establecimiento de itinerarios y procesos terapéuticos) y la prevención, para la cobertura universal de los programas.

Los **presupuestos** se han reducido, sobre todo los de las CC.AA., lo que ha provocado la reducción de recursos, programas y las coberturas. Las áreas más afectadas son la investigación y la prevención. En menor medida, la asistencia, gracias a lo cual se ha podido mantener la cobertura de los programas de tratamiento.

Siguen existiendo oportunidades de mejora en la **calidad** global del sector de las adicciones. Se han producido importantes avances pero hoy sigue siendo un reto trasladar la evidencia a la práctica, generalizar los sistemas de acreditación y de control de calidad de programas y servicios, potenciar la formación y optimizar sistemas de información y evaluación.

**Género y equidad** siguen siendo dos grandes retos.

En relación a la perspectiva de género, es fundamental mejorar la incorporación efectiva de las necesidades específicas de la mujer a todos los programas de prevención y atención. En este sentido, es importante integrar la violencia de género como un elemento más en el abordaje de las adicciones.

En lo que se refiere a la **equidad**, es necesario seguir mejorando la accesibilidad de los servicios y los tratamientos y extender las mejores prácticas. La diversidad de oferta de servicios y programas de las CC.AA, no explicables por diferencias en los problemas asociados al consumo en los diferentes territorios, puede dar lugar a situaciones de desigualdad. Además, se necesita avanzar en la implementación de procesos de acreditación normalizados, Buenas Prácticas y Catálogos de Servicios (metodología, prestaciones mínimas,...), que requerirán la cooperación y el consenso de todos los PADs.

En cuanto a la reducción de la oferta, hay que destacar que España es un referente en la **lucha contra el tráfico de drogas y el blanqueo de capitales**.

La **labor policial** ha aumentado la seguridad **en zonas escolares y de ocio**. El Plan de prevención en los centros educativos y sus entornos del Ministerio del Interior ha permitido evaluar la problemática existente en los centros, contribuyendo a incrementar el grado de sensación de seguridad en el entorno escolar. El programa “Agente Tutor”, promovido por la DGPNSD y la FEMP desde el año 2012, e implementado por la Policía Local, contribuye al logro de los objetivos de esta área. El Plan de prevención en zonas de ocio ha reducido la oferta de drogas en los entornos previstos, evitando con su ejecución problemas de orden público y comportamientos ilícitos o antisociales, tales como robos, reyertas y actos vandálicos en vehículos o mobiliario urbano.

En relación a las actuaciones desarrolladas en el campo de **otras conductas adictivas** como el **juego**, la **Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego**, vela por el correcto funcionamiento de los juegos de azar de carácter estatal, en particular los comercializados por el canal *online*. La actividad también se orienta a la protección de los colectivos vulnerables, en especial los menores de edad, desarrollando o impulsando actuaciones y programas para prevenir el desarrollo de fenómenos de adicción al juego. Por otro lado, existe la **Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual**, y, un **Código de Conducta sobre comunicaciones comerciales de las actividades de juego**, que establece los principios de autorregulación de las comunicaciones comerciales en los servicios de comunicación audiovisual. Además de respetar las disposiciones aplicables sobre comunicaciones comerciales y de autopromoción contenidas en la Ley, se presta especial atención al horario de emisión de las comunicaciones comerciales y autopromociones de la actividad de juego.

En 2012 y con la participación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la Dirección General de Ordenación del Juego, lanzó una iniciativa dirigida a establecer una estrategia común de **juego responsable** con la participación de la industria del juego, de las asociaciones de ayuda a los afectados por la adicción al juego, los centros de tratamiento y expertos en la ludopatía, los responsables autonómicos y la Administración del Estado; creándose en 2013 el *Consejo Asesor de Juego Responsable*.

Por último, **los controles de acceso al juego** tienen como objetivo la protección de colectivos vulnerables, en especial los menores de edad y los inscritos en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego (RGIAJ). Puesto que ambos colectivos no pueden acceder a juegos de azar, ya sea por imperativo legal, por cuestión de salud pública o por el ejercicio de una decisión individual, para que una persona pueda acceder a cualquier juego

en línea es obligatorio para los operadores realizar un proceso previo de verificación de la identificación del jugador y utilizar mecanismos de acreditación seguros. La DGOJ pone a disposición de los operadores de juego *online* los medios necesarios para realizar de forma electrónica ambas comprobaciones. A 31 de diciembre de 2016, el RGIAJ contaba con 37.749 personas en alta, un 7,4% más que las existentes a cierre del ejercicio anterior. Las nuevas altas han sido mayoritariamente hombres (80,52%), en los segmentos de 26 a 35 años y de 36 a 45 años, si bien hay cada vez un mayor peso de los menores de 26 años.

No obstante, es necesario seguir analizando de forma continuada el marco regulatorio aplicable al juego de ámbito estatal y, en su caso, adaptar la regulación de la actividad de juego para conciliar los objetivos e intereses del mercado de juego en España con la imprescindible protección de la salud pública, los menores de edad y la prevención de conductas adictivas y actividades fraudulentas, así como la erradicación en el mercado español de las actividades de juego *online* realizadas sin título habilitante.

## **2.6. Retos**

---

- **Cambio social y demográfico**

La situación económica, el desempleo y la precariedad, la trayectoria vital interrumpida en muchos jóvenes por la situación de crisis; el aumento de hogares unipersonales y la soledad, las dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar; la desestructuración familiar y el aumento de hogares monoparentales; la mayor presión al consumo en adolescentes y el fomento de la búsqueda de satisfacción y/o respuestas inmediatas son factores que pueden contribuir a un consumo abusivo de sustancias y a otras conductas con potencial adictivo, como el abuso de las nuevas tecnologías. En este sentido, hay que señalar que se ha observado un aumento de la prescripción de medicamentos con potencial adictivo (benzodiazepinas e hipnosedantes).

Por otro lado, a pesar del esfuerzo realizado, se mantiene la dificultad para la inserción laboral de las personas con trastornos por uso de sustancias.

La aparición de un discurso muy influyente del consumo de determinadas sustancias como opción personal (Clubes de consumidores), que demanda nuevos formatos de regulación del consumo (especialmente cannabis) requiere un esfuerzo didáctico por parte de las Administraciones y de la comunidad científica para trasladar a los ciudadanos la información sobre los riesgos reales de estos consumos.

El envejecimiento de la población general y de los consumidores, supone un reto en todos los ámbitos desde la prevención a la atención, reducción de riesgos y daños, formación de profesionales, etc..

- **Nuevas formas de adicción y patrones de consumo**

Vivimos en sociedades cada vez más dinámicas y cambiantes donde el abordaje de las nuevas tecnologías es fundamental. Existe una preocupación creciente por el aumento del uso “patológico” de Internet, los medios digitales y las redes sociales, así como por el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso a y potenciadoras de otras conductas adictivas, especialmente de los juegos de apuesta y el juego *online* entre adolescentes, muy mediado por una publicidad agresiva.

En internet, aparte de encontrar un mercado para la compra-venta de sustancias y foros de intercambio de “información” e instrucciones sobre consumos, nos encontramos con la utilización de determinadas apps (*Wapo, Tinder, Grinder, etc*) donde aparecen y se diseminan nuevos patrones para el consumo de drogas ligados a prácticas sexuales: el *chemsex* y el *slaming* (*slamming* o *slam*, una práctica que combina sexo y drogas por vía intravenosa, con el fin de aumentar la desinhibición y la duración de las “sesiones”).

Por otro lado, debe valorarse el uso de los medios digitales como posibles herramientas útiles en la prevención y tratamiento de las adicciones.

- **Tendencias**

Se viene observando un ligero aumento de los consumos de riesgo de alcohol y otras sustancias, especialmente en jóvenes, junto a una baja percepción del riesgo y “normalización” social del consumo lúdico de sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, nuevas sustancias psicoactivas,...). El consumo en la calle contribuye a ese aspecto de normalización y banalización, y a pesar de que el acceso de menores a los juegos de azar (bares, salones sin control de acceso, *online*, etc.) es un asunto en el que los reguladores competentes en la materia y resto de unidades administrativas implicadas en el control e inspección, dedican grandes esfuerzos para minimizar su incidencia, existen factores, tanto regulatorios como sociales, a los que hay que prestar atención para conseguir la eliminación total de la presencia de los menores en los juegos de azar.

La amplia oferta de (video) juegos y la publicidad intensa en los medios y espacios deportivos y estrategias de marketing agresivas, principalmente dedicada a los más jóvenes, de las apuestas deportivas y juegos *online* y de apuesta, han contribuido a un aumento en el número de personas con problemas de adicción al juego y a un cambio del perfil de los jugadores, especialmente *online* (más jóvenes, mayor nivel de estudios y, sorprendentemente, mayor número de mujeres jóvenes con problemas de juego de apuesta a través de Internet).

Además de en la población joven, también es necesario poner el foco de atención en las personas de edad avanzada (como colectivo de riesgo) sobre las que no existen datos suficientes, pero sobre las que sabemos que consumen fármacos (psicofármacos, entre ellos) de forma más frecuente que el resto de la población.

Se mantiene la fuerte presencia del policonsumo (especialmente en adolescentes y jóvenes) y la continua aparición de nuevas sustancias psicoactivas –NSP-, y su fácil acceso a ellas.

En consecuencia, es necesario analizar los nuevos sistemas de consumo que puedan incitar o iniciar la adicción a drogas, o suponer un riesgo añadido (nuevos instrumentos, diferentes vías de administración).

De igual modo, también es ineludible ampliar el conocimiento sobre los tipos y formas de consumo y problemática asociada en la población por encima de los 64 años, para la que no se dispone de datos actualmente.

- **En relación con el género,** resulta imprescindible:
  - a) Incorporar de forma efectiva la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad, en todos los programas, investigaciones e intervención y prevención.
  - b) Implementar una mayor sensibilización respecto a la perspectiva de género.
  - c) Sensibilizar a la sociedad en su conjunto, a fin de fomentar aquellos aspectos que son factores de protección en las mujeres (prudencia, solidaridad, etc) para que sean incorporados también por los hombres.
  - d) Promover la prevención y detección precoz de la violencia de género en mujeres drogodependientes y en medios donde se consumen sustancias.
  - e) Impulsar programas centrados en las necesidades de las mujeres (p.ej. en la dependencia a psicofármacos), analizando todos los aspectos ligados al consumo y desarrollando alternativas de tratamiento no farmacológicas.
  - f) El abordaje de las diferencias y especificidades de hombres y mujeres en cada uno de los retos:
    - Cambio social: ¿cómo afecta a hombres? ¿y a mujeres?
    - Nuevas formas de adicción. Diferencias en el uso de los medios, incidencia en hombres y mujeres del juego, diferencias en las formas y usos de las sustancias y los juegos,...
    - Tendencias y nuevos patrones de consumo. En hombres y en mujeres, usos, formas de acercamiento y obtención de la sustancia, contextos,... explicando las diferencias entre chicos y chicas desde los condicionantes de género.

- **En el ámbito asistencial**

El envejecimiento de la población consumidora y el abordaje del aumento de la cronicidad, incluyendo todo lo relacionado con el deterioro cognitivo asociado, supone uno de los principales retos a los que se enfrenta el sistema asistencial.

La atención sociosanitaria de la Patología Dual, presente en casi la mitad de las personas con problemas de adicción, es otro de los retos asistenciales que debe abordar la nueva ENA 2017- 2024.

Igualmente, es necesaria una atención más adaptada a las necesidades de la mujer y la mejora del acceso de los grupos más vulnerables, personas sin hogar, consumidores de heroína en situación de precariedad...

- **En la reducción de la oferta**, es necesario incrementar la:

- a) Detección precoz de NSP y de los nuevos canales de comercialización.
- b) Control de los delitos conexos a la producción y el tráfico de sustancias ilegales, que incrementan el volumen económico del crimen organizado.
- c) Seguimiento de los grandes movimientos de capital procedentes del tráfico de sustancias ilegales que precisan ser blanqueados.
- d) Control de los puntos de entrada, distribución y venta (especialmente, al por menor).
- e) Aumento del cultivo autóctono de plantas de cannabis, como parece indicar el aumento de las incautaciones de estas plantas.

### 3. MARCO INSTITUCIONAL

La ENA 2017-2024 tiene como marco institucional el establecido a raíz de la creación del Plan Nacional sobre Drogas, en 1985, y de la Delegación del Gobierno para dicho Plan, y su normativa de desarrollo.

Entre las instancias que forman parte de ese marco institucional cabe señalar los Planes Autonómicos de Drogas, los Departamentos y Organismos de la Administración General del Estado con competencias en drogas y adicciones en general, las entidades locales, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), las organizaciones no gubernamentales, las sociedades científicas y aquellas otras entidades y colectivos de carácter social que desarrollen su actividad en el ámbito de las actuaciones del Plan Nacional sobre Drogas.

Por otro lado, con fecha 16 de septiembre de 2014 (art. 20.1 de la Ley 15/2014) se crea el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones *con la finalidad general de mejora de la calidad técnica en la definición y ejecución de las políticas y actuaciones estatales de control de la oferta y reducción de la demanda de drogas, así como de otras adicciones como la ludopatía, y de sus perjudiciales efectos en la vida de las personas y en la sociedad que se promuevan, coordinen o lleven a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*, en el ámbito de las competencias que ésta tiene atribuidas. Asimismo, se considera necesario atribuir al Consejo, teniendo en cuenta su composición, estructura y normas de funcionamiento particulares, algunas de las funciones básicas que venían realizando los dos órganos suprimidos por la Ley 15/2014 (por un lado, el Grupo interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas y, por otro lado, el Consejo Asesor del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías), para evitar una posible disminución en la eficacia de dicha estructura específica y para que tales funciones sean ejercidas de una forma más coordinada, eficaz, eficiente y ágil por el órgano de nueva creación. El Consejo está estructurado, cumple sus fines y ejerce sus funciones en: a) Pleno y b) Grupos de trabajo especializados.

### 4. MISIÓN

Ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia a: por un lado, todas las Administraciones Públicas, instancias que forman parte del PNSD y otras entidades concernidas, para que con la necesaria flexibilidad, lleven a cabo los planes y programas relacionados con las adicciones que son objeto de su competencia, y aprovechando las sinergias que pueden crearse mediante la coordinación y colaboración de todas ellas; y por otro, a las acciones que por parte del PNSD, se desarrollen en el contexto internacional (Estrategia Europea, Declaración Política de ONU, UNGASS, Convenciones...).

## **5. OBJETIVOS GENERALES**

- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

## **6. VISIÓN**

En 2024, se habrán reducido en España los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales, a través de la ejecución de políticas sobre drogas y adicciones encaminadas a disminuir su presencia y consumo, con actuaciones dirigidas a las personas y su contexto, familias, comunidad y conjunto de la sociedad, contribuyendo a construir una sociedad más saludable, informada y segura.

## 7. VALORES

La ENA 2017-2024 mantiene el compromiso inquebrantable del Plan Nacional sobre Drogas de garantizar que todos los aspectos de la reducción de la demanda y la oferta y medidas conexas, y la cooperación internacional se aborden de plena conformidad con los propósitos de la **Carta de las Naciones Unidas**, el **Derecho Internacional** y la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, así como los acuerdos recientes alcanzados en el seno de Naciones Unidas (UNGASS 2016) y la Unión Europea.

- **Enfoque de Salud Pública integral, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad**

La salud pública tiene una orientación siempre comunitaria con acciones dirigidas al individuo afectado directamente por la adicción, teniendo en cuenta que la acción individual repercute también sobre el conjunto de la comunidad (en términos de seguridad, económicos, y de salud, etc.); primar a las personas para potenciar la salud colectiva porque el consumo de drogas trasciende de quien las consume al conjunto de la sociedad y porque todo el mundo es diana potencial de estos consumos a lo largo de su vida, sin abandonar las acciones de mejora de la salud perdida y de los procesos necesarios para la rehabilitación-reinserción, abarcando además al conjunto de las personas afectadas en el entorno de un adicto.

- **Universalidad**

Cobertura universal y gratuita, en el marco establecido por el Real Decreto de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y demás normativa estatal y autonómica relacionada con la atención a las adicciones, con actuaciones [globales/universales] con intensidad proporcional a las necesidades y la solidaridad, priorizando la protección a los colectivos más vulnerables.

- **Coherencia y colaboración entre Administraciones Públicas**

En busca de la homogeneización de políticas, integrando leyes y acuerdos previamente aceptados, evitando la contradicción y las divergencias. Para ello las Administraciones Públicas deben fomentar la colaboración y cooperación en busca de optimizar la transversalidad que las diferentes administraciones proporcionan.

- **Atención a la diversidad**

De modo que se tomen las medidas necesarias para facilitar el acceso y la atención a las personas con identidades diversas de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a sus necesidades, promoviendo paralelamente su integración social.

- **Corresponsabilidad social y responsabilidad pública**

Intervención activa de todos los agentes sociales e instituciones, tanto en el proceso de planificación como en el desarrollo de las actuaciones previstas. A su vez implica propiciar espacios de participación para favorecer que las medidas previstas sean resultado del consenso del conjunto de los agentes sociales e institucionales implicados.

## **8. PRINCIPIOS RECTORES**

- **Equidad**

Facilitar en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, en el marco establecido por el Real Decreto de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y demás normativa estatal y autonómica relacionada con la atención a las adicciones, según su necesidad, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.

- **Perspectiva de Género**

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (art. 20) obliga a incorporar la perspectiva de género como marco analítico y a desarrollar las herramientas necesarias que permitan visibilizar, analizar y hacer frente a la diferente presentación y afectación de las adicciones en las mujeres y así poder hacer un mejor diagnóstico de la realidad, así como incorporar las necesidades y realidad de las mujeres en todas las acciones e intervenciones estratégicas.

- **Transparencia**

La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, establece que la transparencia, el acceso a la información pública y las normas de buen gobierno deben ser los ejes fundamentales de toda acción política. En este sentido, la ENA 2017-2024 contribuirá a una mejor publicidad y difusión de los datos, de los resultados de su análisis, de la investigación y evaluación de los resultados y del impacto de las intervenciones con el fin de alcanzar una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de las adicciones; promoviendo el uso de datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.

- **Evidencia científica**

Las acciones dirigidas a prevenir y a disminuir la presencia y los daños asociados a las adicciones deben estar empíricamente contrastadas, científicamente fundadas y ser eficientes, persiguiendo resultados realistas y cuantificables que puedan ser evaluados, fomentando así las **buenas prácticas**. Además, hay que tener en cuenta que la evidencia está evolucionando constantemente, por lo que en base a esta evolución se establecerán prioridades y respuestas eficaces durante el periodo de vigencia de la ENA 2017-2024. Cuando la evidencia no esté disponible, sea limitada o no sea suficiente, se deberán aplicar políticas eficaces que amplíen la base de conocimientos.

- **Participación**

Mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto, a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad. Hay que implicar activamente a toda la ciudadanía en el abordaje del fenómeno de uso de drogas y el juego, concretando los objetivos, acciones y agentes implicados en las redes y estructuras participativas de trabajo en cada ámbito y nivel territorial, para que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.

- **Intersectorialidad e interdisciplinariedad**

Ofrecer un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspirar a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.

- **Calidad**

Garantizar una acción preventiva, asistencial, y de reducción de riesgos y daños adaptada a las necesidades de la sociedad y de todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por las adicciones. La calidad está respaldada, asimismo, por otro principio rector, ya mencionado anteriormente, la “evidencia científica”, la cual fundamentará todas y cada una de las acciones que se deriven de esta ENA.

- **Eficiencia y sostenibilidad**

Apostando por una gestión eficiente de los recursos que garanticen la eficacia y la sostenibilidad del sistema y su evaluación; y que permita asegurar la ejecución de las políticas acordadas, mediante la consignación presupuestaria correspondiente.

## 9. CAMPO DE ACTUACIÓN

El campo de actuación de la ENA 2017-2024 abarca cuatro ejes fundamentales:

- **Drogas legales (tabaco, alcohol).**
- **Fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo.**
- **Drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas.**
- **Adicciones sin sustancia o comportamentales,** haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y *online*), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías.

## **10. METAS, ÁREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

### **META 1: HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SALUDABLE E INFORMADA**

---

El consumo de drogas y sus consecuencias son una importante causa directa de morbi-mortalidad evitable en España. Indirectamente, el consumo de drogas también está asociado con otros problemas sociales y de salud, lo que implica mayores desafíos políticos en estas áreas. La epidemia por consumo de heroína que ha afectado históricamente a España ha dejado atrás una cohorte envejecida de usuarios problemáticos de drogas con considerables necesidades de salud.

Aunque el consumo de alcohol se mantiene estable, sigue siendo la droga con mayor prevalencia de consumo en España, y su consumo excesivo es el primer problema de salud pública, y causa de un grave daño social y a terceros. Además, el elevado consumo de alcohol por parte de los menores, la forma en que éste se realiza (bebidas de alta graduación, ingesta de alcohol en breves períodos de tiempo, elevado porcentaje de borracheras), hace que siga siendo una prioridad en las estrategias de prevención y control, ya que es la primera causa de pérdida de salud en esta población.

En cuanto al consumo de drogas ilegales, en general, los opioides siguen representando la mayor proporción de los costes en salud aunque, en cierta medida, esto está cambiando. Ello se debe a que los problemas contemporáneos de drogas son más dinámicos y más complejos que en el pasado. Desde hace unos años, en España, el mayor número de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias se debe al cannabis, por delante de la cocaína y la heroína, y las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cannabis siguen aumentando así como su presencia en los análisis toxicológicos de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Además, tanto los problemas agudos como los crónicos se asocian actualmente con el consumo de múltiples sustancias (policonsumo, incluido el alcohol y los medicamentos). Estos cambios se reflejan en, y en parte son impulsados por, un mercado de drogas más dinámico y globalizado.

En las dos últimas décadas se ha asistido a un crecimiento en la comprensión del fenómeno de las adicciones y en la aceptación del principio de invertir en enfoques que se muestren eficaces. También se está entrando en un período en el que es probable que estén disponibles mayor variedad de enfoques para abordar los problemas de abuso de sustancias. Los avances en ciencias fundamentales están dando lugar a nuevos tratamientos farmacológicos; la investigación aplicada proporciona nuevos enfoques de vigilancia, prevención, tratamiento y reducción de daños. Asimismo, una mayor atención a la importancia de la implementación de los avances en la ciencia está mejorando nuestra comprensión de cómo traducir la evidencia en investigación, en políticas y programas que pueden tener éxito en los diversos entornos del mundo real en los que deben aplicarse.

El carácter multifacético de los problemas relacionados con las adicciones y su interacción con otros desafíos sociales y sanitarios está afectando a los enfoques políticos adoptados para reducir los efectos negativos del consumo de drogas en la sociedad. No hay un modelo común, pero en general hay un creciente interés en temas como el tratamiento del abuso recreativo de sustancias y una perspectiva más amplia de la salud pública; explorando diferentes enfoques reguladores; la importancia de abordar los factores ambientales; y el desarrollo de modelos de políticas que sean coherentes y se apoyen mutuamente en los diferentes ámbitos políticos. Así, el consumo de drogas puede ser un tema importante para las consideraciones políticas en áreas como la vivienda, el empleo, la prevención de la delincuencia e incluso la seguridad.

En este sentido, el abordaje del consumo nocivo de alcohol teniendo en cuenta los datos sobre violencia de género y consumo de esta sustancia constituye una necesidad y por ello es preciso potenciar las estrategias dirigidas no solo a disminuir su consumo, sino también a la detección precoz de aquellas mujeres que pudieran encontrarse en riesgo por el consumo nocivo de alcohol de sus parejas. Además, debe prestarse especial atención a la detección precoz de consumos nocivos en mujeres víctimas de violencia de género.

Por otro lado, el aumento anual de las admisiones a tratamiento derivadas del juego patológico, y la evidencia científica más reciente que apunta a una presencia importante de conductas adictivas en edades tempranas, relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación, apuntan a la necesidad de incorporar las llamadas “adicciones sin sustancia” al ámbito de actuación de esta Estrategia.

En conjunto, estos cambios plantean un claro reto para la ENA 2017-2024. Hay que contar con herramientas de vigilancia epidemiológica que sean aptas para el propósito, en relación con los patrones actuales y futuros de consumo de sustancias y nuevas adicciones y los problemas sanitarios y sociales asociados que enfrentaremos. Además, hay que acompañar estas herramientas con canales de comunicación e información que sean innovadores, oportunos y específicos, de modo que estos hallazgos puedan ser incluidos en las políticas y las acciones mejor y más rápidamente.

Asimismo, debemos mantener un registro de los nuevos hallazgos en investigación que están cambiando nuestra comprensión de cómo se desarrollan los problemas de consumo de sustancias y que ayudan a identificar y adoptar nuevas opciones de intervención tanto para problemas establecidos como emergentes. Es necesario aumentar la incorporación de los nuevos hallazgos en la práctica. Esto debe unirse a una comprensión de los factores más importantes para asegurar la implementación exitosa en los diferentes contextos, sistemas y entornos en todo el territorio del Estado español.

## ÁREAS DE ACTUACIÓN

### 10.1. Prevención y reducción del riesgo

---

Las **intervenciones preventivas** tienen como objetivo reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción. Este objetivo se consigue mediante la aplicación de diferentes estrategias, implementadas en distintos ámbitos. Las intervenciones de prevención se clasifican en tres niveles en función de la población destinataria a la que van dirigidas: intervenciones universales, para toda la población; selectivas, dirigidas a grupos en situación de vulnerabilidad; e indicadas, orientadas a individuos con perfiles de mayor riesgo. Es imprescindible complementar estas actuaciones dirigidas a las personas, con otras orientadas a modificar los factores de riesgo de los contextos sociales en los que se producen las conductas, con intervenciones denominadas de prevención ambiental que actúan a nivel social modificando las normas sociales y las regulaciones del mercado.

Por otro lado, las intervenciones para la **reducción del riesgo** en las conductas adictivas tienen como finalidad disminuir los efectos negativos de su uso, por ejemplo evitando que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado, previniendo la aparición de los consumos de riesgo y/o problemáticos como el *binge-drinking*, o reduciendo las consecuencias negativas que su uso puede tener en otras áreas, al evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico.

En la actualidad, según la evaluación de la END 2009-2016, la prevención en España tiene una orientación básicamente centrada en las personas, que hay que equilibrar con otras dirigidas a reducir los factores de riesgo y promover los de protección en los entornos. Además de esto, es necesario aumentar la cobertura de los programas preventivos, garantizando la cobertura universal de aquellos avalados por la evidencia.

Hoy en día, la prevención se enfrenta a nuevos retos: las nuevas formas de adicción sin sustancia, especialmente el juego patológico, la percepción de normalidad en el consumo de alcohol y cannabis por parte de menores, las presiones hacia la legalización del cannabis o la aparición continua de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado de las drogas son aspectos que precisan de nuevas respuestas. Por otro lado, las respuestas preventivas deben adaptarse a los nuevos contextos y formas de relación en las que se producen los consumos, especialmente las redes sociales, y aprovechar las oportunidades que dichos contextos ofrecen para la prevención.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- 10.1.1 Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción.
- 10.1.2 Limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
- 10.1.3 Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito.
- 10.1.4 Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
- 10.1.5 Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.
- 10.1.6 Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
- 10.1.7 Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos...).

**Contextos de actuación:** Las intervenciones preventivas se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, tales como la comunidad educativa, las familias, el lugar de trabajo, los medios de comunicación, el sistema sanitario (principalmente Atención Primaria), las Fuerzas Armadas (FFAA), hostelería y restauración, los contextos de ocio y la comunidad en general. Asimismo, la regulación y la normativa relacionada con las drogas y otras conductas adictivas juegan un papel fundamental en la prevención de las conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables.

Se debe incorporar la prevención ambiental, principalmente, en espacios de ocio comunitario (fiestas locales) y de música y baile (festivales musicales, fiestas multitudinarias públicas o privadas) sin olvidar otros contextos de actuación donde esté indicada. Además, es necesario complementarla con acciones comunitarias de prevención en el ámbito local para reducir los problemas asociados al consumo de alcohol, especialmente en menores.

**Población diana:** menores y jóvenes, mujeres (especialmente en edad reproductiva y embarazo), población adulta en los grupos etarios donde se observa un mayor consumo, población reclusa, profesionales de hostelería.

La **prevención selectiva y/o indicada** se dirigirá especialmente a los colectivos más vulnerables, incorporando a las poblaciones diana en la definición de las políticas, estrategias y programas preventivos.

## **10.2. Atención integral y multidisciplinar**

---

El tratamiento de las adicciones no sólo reduce los daños sociales y sobre la salud asociados al consumo de sustancias y a determinadas conductas adictivas, sino que también disminuyen su consumo y los costes asociados. La investigación científica y la práctica clínica demuestran el valor de la atención continuada, integral y multidisciplinar en el tratamiento de la adicción, entendiendo por integral la atención que aborda simultáneamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la adicción.

El tratamiento de la adicción debe ayudar a las personas a dejar de consumir drogas, o evitar la conducta adictiva y al menos, reducir los daños asociados a ese consumo o conducta, y lograr un funcionamiento productivo en la familia, en el trabajo y en la sociedad.

El objetivo de la ENA 2017-2024, como en anteriores estrategias, es garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por una conducta adictiva; normalizando la asistencia en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.

La transferencia competencial a las Comunidades y Ciudades Autónomas de la atención integral a las personas con problemas de adicciones, ha supuesto una evolución diferenciada de los itinerarios terapéuticos y los recursos dedicados en cada uno de los Planes Autonómicos de Drogas. Esta diversidad contribuye a la riqueza del modelo asistencial español. Sin embargo, si bien existe un consenso básico en los servicios a ofrecer, en algunos casos puede dar lugar a un cierto desequilibrio en la equidad y accesibilidad al tratamiento, cuando existen diferentes tipos de funcionamiento, dependencia y gestión, sistemas de información, circuitos asistenciales y de derivación, recursos y metodologías de intervención, o servicios ofertados. Por otro lado, la necesidad de atención a los colectivos con mayor riesgo de marginación como inmigrantes y minorías étnicas, o, de una atención específica, como en el caso de las mujeres, menores o personas con patología dual, requiere una flexibilidad organizativa y de recursos que facilite el acceso al tratamiento más adecuado en estas personas.

Por otro lado, el aumento anual de las admisiones a tratamiento derivadas del juego patológico, y la evidencia científica más reciente que apunta a una presencia importante de conductas adictivas en edades tempranas, relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación, apuntan a la necesidad de incorporar las llamadas “adicciones sin sustancia” al ámbito de atención integral a las adicciones.

Por último, la red de atención debe incorporar la violencia de género como un aspecto estrechamente vinculado a las adicciones, no como relación causal, pero si teniendo en cuenta que en los casos de abuso de sustancias los índices de violencia de género llegan a triplicarse con respecto al resto de la población. La violencia de género es un problema social que en el caso de las adicciones se multiplica. Es necesario trabajarlo tanto en la

intervención con hombres como con mujeres: ellas como posibles víctimas, ellos como posibles agresores.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

10.2.1. Garantizar una atención integral de calidad mediante:

- 10.2.1.1. La coordinación de la red de tratamiento a las adicciones con el resto del sistema socio-sanitario.
- 10.2.1.2. Mejora del tratamiento y seguimiento en los servicios sanitarios y sociales de las personas con adicciones, cronicadas y de aquellas de mayor edad.
- 10.2.1.3. Integración en los planes de salud comunitaria del abordaje de las adicciones.
- 10.2.1.4. Evaluación de todas las actuaciones.

10.2.2. Consolidar la incorporación a la red asistencial de la atención a las nuevas adicciones (con y sin sustancia).

10.2.3. Fomentar la atención integral mediante itinerarios personalizados para las características de cada paciente (crónicos, patología dual, usuarios sin hogar, entre otros).

- 10.2.3.1. Diseñar protocolos de actuación con otras instituciones, organizaciones, recursos, que desarrollen actuaciones dirigidas a población vulnerable para realizar una atención integral y facilitar el acceso a los recursos.
- 10.2.3.2. Implementar recursos y programas para la intervención en Patología Dual.

10.2.4. Garantizar la calidad y el ajuste a la evidencia de todas las actuaciones.

10.2.5. Incluir la perspectiva de género en todos los niveles del proceso asistencial.

- 10.2.5.1. Fomentar la atención integral incorporando los condicionantes de género dentro de los análisis que explican el consumo y abuso de drogas y otras adicciones, así como las consecuencias de esos condicionantes en las mujeres y hombres con consumo problemático en el caso de las mujeres (consumos poco visibles, mayor estigma y culpa y menores apoyos y comprensión, mayor juicio reforzado por la idea de que sean madres y las consecuencias para los hijos/as. Es necesario tener en cuenta las responsabilidades familiares (siendo un hecho que éstas recaen de forma abrumadoramente mayoritaria sobre la mujer) como posible dificultad en el acceso a la red asistencial y en el proceso de rehabilitación e inserción social. En el caso de los hombres, existe mayor justificación de actitudes violentas, así como más aprecio de valores asociados a la masculinidad que refuerzan el consumo y las actitudes de riesgo.
- 10.2.5.2. Promover los tratamientos centrados en las mujeres y sus consumos, en base a intervenciones integrales que, en el caso de los psicofármacos, contemplen los aspectos ligados a la prescripción por parte del sistema sanitario, desarrollando alternativas de tratamiento no farmacológico.

- 10.2.5.3. Fomentar la atención integral y coordinación de recursos a las mujeres que sufren violencia de género, sus hijas e hijos, para evitar la victimización institucional.

**Contextos de actuación:** Ámbito socio- sanitario, penitenciario, laboral...

**Población diana:** Población sobre la que exista una indicación terapéutica dentro de los siguientes grupos: Adolescentes y jóvenes, mujeres, personas con adicciones crónicas y/o comorbilidades, población de mayor edad (especialmente mayores de 64 años), población reclusa, minorías étnicas...

## 10.3. Reducción de daños

---

El Modelo de intervención de Reducción de Daños incluye todas aquellas políticas, estrategias y programas que tienen como finalidad disminuir los efectos negativos del consumo de sustancias (sin que reducir su consumo sea necesariamente un objetivo) ya sea a nivel individual, en las familias, en el entorno o de terceros, tanto en el área de tratamiento como en la prevención y reinserción social. Las estrategias de reducción de daños fomentan conductas más seguras, reducen los factores de riesgo prevenibles y pueden contribuir a la reducción de las desigualdades sociales y de salud entre grupos de población específicos.

Los objetivos de estas intervenciones son reducir o limitar los daños ocasionados a la salud y la vida de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos socio-sanitarios y económicos indeseables relacionados con su uso. Otro objetivo que se plantea es la puesta en contacto del usuario con la red asistencial normalizada, puesto que, por lo general, las personas que acceden a los programas de reducción del daño desarrollan su vida en entornos con difícil acceso a los recursos normalizados.

En España, estas actividades y programas han experimentado, desde hace años, un elevado nivel de desarrollo. Las actividades que deben mantenerse y las que deberán mejorar en el marco de esta Estrategia son distintas cuando se relacionan tanto con los riesgos como con los daños producidos por el consumo de drogas legales, medicamentos y sustancias eventualmente adictivas de fácil acceso, que cuando se refieren al consumo de drogas ilegales.

Por otro lado, la marginación y la vulnerabilidad social se asocian con un aumento de los daños derivados del consumo de sustancias y enfrentan mayores riesgos. Una interacción compleja de factores, incluyendo la salud física, mental, determinantes sociales y la discriminación influyen en la vulnerabilidad de un individuo o un colectivo en el abuso de sustancias.

También hay que encuadrar en esta óptica de reducción del daño desde una perspectiva de atención social, las medidas alternativas a la prisión así como los dispositivos de atención al detenido.

Además, la reducción de daños también debe incluir la protección de la salud y la seguridad de los menores y otros miembros de la familia en entornos afectados por el consumo de drogas. Hay pruebas significativas de que el uso indebido de sustancias por parte de las personas puede tener un impacto en la vida de las personas de su entorno, especialmente la familia. Se ha observado una fuerte asociación entre la violencia doméstica y el abuso de sustancias, particularmente en el consumo de riesgo de alcohol. No obstante, el impacto depende de una serie de factores, incluyendo el tipo y frecuencia de la sustancia utilizada y el entorno social.

Por último, la inclusión de las adicciones sin sustancia en el ámbito de esta Estrategia obliga a revisar los programas y actividades que se vienen realizando y, en su caso, a diseñar otros nuevos que incluyan actuaciones encaminadas a la reducción de riesgos y daños en este tipo de conductas adictivas.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

10.3.1. Mantener, ampliar la cobertura y adaptar a los nuevos perfiles de consumo los programas de reducción del daño.

10.3.1.1. Ampliar la oferta de medicación sustitutiva de opiáceos, mejorando el acceso dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) a otros agonistas o agonistas/antagonistas opiáceos para las personas que han fracasado con la metadona.

10.3.1.2. Ampliar la oferta y cobertura de los programas de prevención de sobredosis (p.ej. con inclusión de la prescripción y entrega de naloxona a los consumidores de opiáceos y pacientes en tratamiento con sustitutivos) en diferentes ámbitos.

10.3.1.3. Mejorar los programas de intercambio de jeringuillas y ampliar su cobertura en Atención Primaria.

10.3.1.4. Trabajar la incorporación social de las personas excluidas con adicciones en programas de reducción de daños.

10.3.1.5. Impulsar la reducción de daños en lugares de tráfico y consumo.

10.3.1.6. Extender esta metodología a los consumos de jóvenes y adolescentes.

10.3.1.7. Mantener las medidas alternativas a la prisión en pacientes con problemas de adicción.

10.3.2. Mejorar y ampliar el diagnóstico precoz de las infecciones transmisibles (VIH, VHC,...) y el acceso a tratamiento de los usuarios de drogas.

10.3.3. Integrar la metodología de reducción de daños en las redes asistenciales de manera transversal.

10.3.4. Mejorar la coordinación con la Atención Primaria de Salud y Salud Mental para detección de trastornos mentales e intervención temprana.

10.3.5. Incluir el modelo de reducción de daños en el abordaje del tratamiento a otras conductas adictivas (en las que la evitación es prácticamente imposible o inadecuada, como p.ej. las mediadas por las TICs).

**Contextos de actuación:** Ámbito familiar, penitenciario, socio-sanitario, lugares de consumo, lugares de ocio,...

**Población diana:** Usuarios de drogas por vía inyectada, población reclusa, colectivos en situación de vulnerabilidad, mujeres, adolescentes y jóvenes, personas con patología dual.

## **10.4. Incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral**

---

Se entiende por incorporación social el proceso de socialización personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar a las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, participación y capacidad crítica con su entorno. En este sentido, incluye diferentes ámbitos o dominios (personal, familiar, laboral, etc), en los que el laboral es importante, pero no el principal o el único. Aunque no se dispone en la actualidad de una definición suficientemente exhaustiva y válida, que cuente con el consenso de las instituciones más relevantes que operan en esta área, en España tradicionalmente se viene utilizando mayoritariamente el término *incorporación social*, diferenciándolo de inserción o integración, por cuanto éstos tienen un carácter más específico referido a actuaciones o metodologías (las técnicas de inserción facilitan el proceso de incorporación).

Diferentes fuentes (EMCDDA, COPOLAD) señalan la escasa evidencia sobre lo que funciona en relación con las intervenciones de incorporación social, por diversos motivos: dificultades de conceptualización; ausencia de evaluaciones estandarizadas; diversidad de criterios y orientaciones político/institucionales; multitud de actores participantes en el diseño, ejecución y evaluación de los programas.

En general, se acepta que el tratamiento terapéutico por sí solo no parece suficiente para una efectiva recuperación de las personas que presentan problemas de adicciones. La incorporación social de estas personas exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida (y no sólo en el laboral): personal, relacional y de ocio, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, residencial, judicial, etc.

Esa intervención integral debe realizarse atendiendo a la tipología de las personas que demandan atención (no todas presentan las mismas características y necesidades), a los contextos y recursos en que se va a intervenir (específicos, generalistas) y a los procesos e itinerarios que se establezcan (continuidad asistencial, itinerarios individualizados).

Según la evaluación de la END anterior (2009-2016), existe una oferta bastante homogénea de programas de incorporación social, aunque con variaciones según la orientación social y/o

laboral, y con una cobertura territorial desigual en las CC.AA. También se ha avanzado en la mejora de la calidad de las intervenciones.

Sin embargo, la Incorporación Social debe de ser una prioridad, pues no ha tenido el desarrollo de las otras áreas de intervención ni en lo presupuestario ni en el despliegue de recursos:

- Es necesario definir y consensuar un modelo lógico de actuación.
- Se precisa avanzar en la adecuación de los servicios y programas a los nuevos perfiles y las diferencias de género en adicciones, así como incrementar la cobertura poblacional en coordinación con la red asistencial.
- Se debe seguir profundizando en la identificación de buenas prácticas y de evidencias existentes. Además, es necesario: implementar criterios de calidad en los programas, definir procesos e itinerarios, así como consensuar catálogos de programas, cartera básica de servicios y sistema de información y evaluación.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- 10.4.1. Definir un modelo común de actuación en incorporación social, tanto en los aspectos conceptuales como en el establecimiento de procesos de continuidad de la atención y en los itinerarios individualizados de las personas beneficiarias de los programas.
- 10.4.2. Ampliar la oferta y adecuar los servicios y programas (servicios ocupacionales y especialmente de reinserción laboral) a los nuevos perfiles de las personas atendidas (incluyendo las adicciones sin sustancia), al diferente impacto de las adicciones en mujeres y hombres y a las necesidades diferenciales de los drogodependientes de más edad.
- 10.4.3. Incrementar la cobertura poblacional en coordinación con la red asistencial.
- 10.4.4. Mejorar la calidad de las actuaciones, propiciando la investigación y búsqueda de evidencias, la evaluación de programas e intervenciones, la elaboración de catálogos de programas y el establecimiento de un sistema de información y evaluación en incorporación social.
- 10.4.5. Mejorar la coordinación interinstitucional entre los departamentos con una clara implicación en esta área: Salud, Servicios Sociales, Empleo, Educación e Interior.
- 10.4.6. Incrementar el apoyo que prestan la DGPNSD y los Planes Autonómicos de Drogas a corporaciones locales y ONGs en los programas de incorporación social.
- 10.4.7. Fomentar la participación de las corporaciones locales en los programas de inserción laboral y social.
- 10.4.8. Fomentar la participación de las entidades privadas sin fin de lucro en el desarrollo de programas de inserción social y laboral a través de itinerarios personalizados.

**Contextos de actuación:** Centros y servicios dependientes de las entidades locales, Centros de la red de atención integral; Servicios de salud; Centros penitenciarios; Servicio

Público de Empleo; Servicios Sociales comunitarios; ONGs que trabajan en esta área; Empresas.

**Ámbitos de intervención:** personal; relacional y de ocio; familiar; educativo; salud; formativo-laboral; residencial; judicial.

**Población diana:** Mujeres, personas con adicciones crónicas y/o co-morbididades, población de mayor edad, minorías étnicas.

## META 2: HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SEGURA

En materia de seguridad, la nueva ENA 2017-2024 debe responder a los mismos desafíos fundamentales que se manifiestan en el ámbito de la salud, esto es, la necesidad de adaptarse al ritmo de una situación más cambiante y dinámica, responder de forma efectiva y mejor a las nuevas amenazas, y prestar apoyo a las respuestas políticas y operativas.

Debe continuar siendo una prioridad mejorar la calidad de las herramientas de monitorización en el área de la oferta, para continuar logrando avances significativos en la mejora de la calidad y comparabilidad de las medidas existentes.

Además, la nueva ENA 2017-2024 tiene el compromiso de dar respuestas eficaces frente a varios puntos ciegos con respecto a áreas en las cuales se pueden describir las implicaciones de seguridad de los mercados de las drogas. Por esta razón, es necesario profundizar los enfoques de monitorización en esta área, con el fin de comprender los principales impulsores del cambio y seguir el ritmo de la innovación. Ejemplos de áreas que siguen poco desarrolladas y de áreas en las que hay que acelerar la evolución incluyen la venta *online* de medicamentos y otras sustancias, la innovación en los procesos de producción y la explotación de los servicios de transporte y entrega comercial, un mercado de las NSP en rápida evolución, que desafía a la Salud Pública y a las Políticas sobre drogas.

La aceleración del ritmo de cambio en la globalización y la tecnología se están trasladando al mercado de las drogas. El mercado de las drogas ilegales también se está viendo afectado por los avances de la tecnología de la información, al igual que afecta a los mercados de productos básicos legítimos. Los grupos delictivos identifican y aprovechan rápidamente las oportunidades que ofrecen el fácil acceso a la información, el uso de Internet como medio social y económico y el crecimiento del comercio internacional, que mueve rápidamente grandes volúmenes de mercancías atravesando fronteras y múltiples puntos de tránsito reales y virtuales. No se puede obviar la disponibilidad elevada de nuevas sustancias (vendidas como euforizantes legales y complementos alimenticios) a través de páginas web en Internet y de tiendas físicas, además de que los mercados anónimos de la *darkweb* también pueden constituir una vía de suministro importante de estas nuevas sustancias y de otras sustancias ilegales.

Es importante destacar que la información recopilada debe analizarse dentro de un contexto geográfico y geopolítico más amplio, reconociendo la interacción entre el mercado de las drogas de España y los mercados europeos y mundiales (que son más amplios). La identificación y la comprensión de acontecimientos importantes fuera de España es, por lo tanto, vital para anticipar las futuras amenazas a la seguridad relacionadas con las drogas y para desarrollar las correspondientes medidas.

La delincuencia relacionada con las drogas es también un tema central del pilar de seguridad. Las consecuencias de la delincuencia y su evolución todavía no se entiende suficientemente. Sin embargo, es evidente que el impacto en la sociedad es considerable y que las preocupaciones están creciendo en algunas áreas, por ejemplo en la interacción

entre el tráfico de drogas y otras amenazas graves a la seguridad, como el terrorismo, la trata de personas y los flujos financieros ilícitos.

## ÁREAS DE ACTUACIÓN

### 10.5. Reducción y control de la oferta

---

Según la Estrategia Europea (2013 -2020) el objetivo global de la reducción de la oferta de drogas es favorecer la reducción cuantificable de la disponibilidad de drogas ilegales. Esto se debe conseguir a través de la prevención, la disuasión y la desarticulación de la delincuencia relacionada con las drogas, en particular la delincuencia organizada, avanzando en la cooperación judicial y policial, la incautación de los bienes de procedencia delictiva, la investigación y la gestión de las fronteras.

En este ámbito, las actuaciones a desarrollar son diferentes dependiendo de si hablamos de drogas ilegales o de drogas de acceso legal y medicamentos.

En el caso de las drogas ilegales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, las Policías Autonómicas, Agencia Tributaria/Vigilancia Aduanera, los organismos judiciales y la Fiscalía Antidroga, intervienen sobre cuatro grandes áreas vulnerables de las organizaciones criminales:

- a) El proceso de producción de las drogas a partir de materias primas y precursores, al que ha venido a unirse, en los últimos años, el cultivo de sustancias como el cannabis.
- b) El proceso de distribución mayorista de las sustancias, incluyendo el tráfico internacional y el tráfico interno en cada Estado.
- c) El proceso de distribución minorista, es decir, de distribución al consumidor final de la sustancia.
- d) El proceso de transformación de las ganancias obtenidas en bienes económicamente cuantificables.

A pesar de que España no es un país que se caracterice, en estos momentos, por la fabricación de sustancias ilegales a partir de materias primas cultivadas, ni a partir de procesamientos químicos que transformen los principios activos en sustancias consumibles por los demandantes, es necesario prestar atención a los posibles traslados a nuestro país de los laboratorios de elaboración de todo tipo de drogas, en especial cocaína, heroína y drogas de síntesis, así como la extensión de los cultivos de marihuana en nuestro territorio según apunta el aumento en las incautaciones por parte de los Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Por otro lado, y como es conocido de todos, la situación geográfica y el ser un país de tránsito para la introducción de resina de hachís y de clorhidrato de cocaína en Europa, requiere que España siga siendo un muro de contención como así lo corrobora el haber sido durante años el país europeo líder en cantidades incautadas de estas sustancias, y al mismo tiempo, su alta posición en el ranking mundial.

Los logros conseguidos para reducir la oferta de drogas durante la vigencia de la END 2009-2016, sumados a las conclusiones y recomendaciones que han emanado de la evaluación de la citada Estrategia, determinan los objetivos estratégicos a desarrollar en el área de actuación de la reducción de la oferta de drogas en la ENA 2017-2024.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- 10.5.1. Combatir el cultivo, la producción, importación, distribución y venta de drogas ilegales y la facilitación de estas actividades, incluyendo medios digitales (internet, *darkweb/ deep web*,...).
- 10.5.2. Potenciar las herramientas para la investigación del blanqueo de capitales y la capacitación en esta materia, con especial atención a la recuperación de activos de procedencia ilícita.
- 10.5.3. Mantenimiento de planes policiales en el entorno de centros educativos y de ocio.
  - 10.5.3.1. Reforzar la figura de los agentes y fuerzas de seguridad como agentes sociales, claves en prevención (“agente tutor”).
- 10.5.4. Potenciar las unidades policiales especializadas en la lucha contra el tráfico de drogas.
- 10.5.5. Incrementar el control de los puntos de venta de droga al por menor.
- 10.5.6. Estudiar y proponer los cambios normativos que permitan que la fiscalización de las nuevas sustancias psicoactivas se efectúe por grupos o “familias” químicas en lugar de por cada sustancia química de forma individual, propiciando con ello una mayor agilidad y eficacia al respecto.

## **10.6. Revisión normativa**

---

En política de drogas y adicciones cabe destacar la importancia de aumentar la responsabilidad individual como factor de protección, pero hay que evitar que el peso de la reducción de la oferta se convierta en una responsabilidad individual. Por ello, es de primordial importancia establecer un amplio consenso entre las diversas partes en los

distintos niveles de la sociedad con respecto a los peligros relacionados con el consumo de sustancias adictivas o la participación en comportamientos adictivos. Por tanto, la normativa también es importante para tratar de promover un comportamiento saludable. Cuando una persona enferma o se pone en peligro como resultado del comportamiento amenazador para la salud de otras personas, es imprescindible la legislación (como la que protege a los no fumadores).

El Estado es responsable de asegurar la protección de los niños y adolescentes a través de las normas legales, cuando otras medidas son insuficientes para proporcionar una protección efectiva. Las medidas legales deben encontrar respuestas adecuadas a los nuevos desafíos. En relación con las nuevas sustancias, por ejemplo, nos enfrentamos al problema de poder prohibir solamente “ingredientes” y sustancias que han sido citados específicamente durante un proceso legislativo que consume mucho tiempo. Sin embargo, estas prohibiciones pueden ser fácilmente evitadas sintetizando nuevos “ingredientes” o alterando ligeramente la composición química de las sustancias existentes. Existen posibilidades internacionales de “evasión”; la distribución transfronteriza a través de Internet requiere poco esfuerzo. En esta conjunción, deben encontrarse medios para asegurar una protección rápida y efectiva de la población contra esas sustancias.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- 10.6.1. Revisión de la normativa existente en relación con la venta, promoción, dispensación y consumo de drogas legales (especialmente la dirigida a proteger a menores).
- 10.6.2. Mejorar la normativa sobre blanqueo de capitales relacionados con el tráfico de estupefacientes como actividad generadora de enormes beneficios.
- 10.6.3. Contribuir a mejorar la normativa relativa a la inclusión de nuevas sustancias psicoactivas en las listas de fiscalización, especialmente en lo que se refiere a la celeridad para su inclusión en dichas listas. Estas sustancias no están fiscalizadas por la Convenciones de Naciones Unidas y por tanto, hasta que sean prohibidas por los gobiernos, se encuentran en una situación de “no prohibición” o “alegalidad”.
- 10.6.4. Revisar la normativa de control internacional de precursores susceptibles de derivación a la producción de drogas.
- 10.6.5. Revisión de la normativa de juego y apuestas (*online*) en relación a la accesibilidad y promoción (publicidad), especialmente la dirigida a proteger a los menores.

## **10.7. Cooperación judicial policial a nivel nacional e internacional**

Tanto en el marco del Estado español como en el marco europeo e internacional en general, los problemas generados por las drogas ilegales trascienden el ámbito nacional. La producción, el tráfico y sus delitos conexos, así como el consumo de drogas, poseen una dimensión mundial, más allá de áreas geográficas determinadas.

Hay que apoyar las políticas y las respuestas operativas a los desafíos de seguridad planteados por los mercados de drogas a nivel nacional e internacional. Hay que aprovechar el conocimiento y experiencia adquiridos en las últimas décadas sobre los mercados de drogas y sus consecuencias. El suministro de información y análisis objetivos, factibles y fiables apoyará la creación de capacidad en el Estado español y fuera del mismo, ayudará a los responsables de la adopción de decisiones y a los responsables de la formulación de políticas a elaborar respuestas a las nuevas amenazas relacionadas con las drogas; y establecerá datos de referencia que apoyarán la evaluación de las intervenciones de la oferta.

### **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- 10.7.1. Incrementar y mejorar la cooperación interna de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, así como con las Policías Autonómicas, a través de los mecanismos adecuados, buscando una mejor cooperación en el ámbito internacional.
- 10.7.2. Mejorar los mecanismos para el intercambio de información y para facilitar la cooperación en operaciones e investigaciones conjuntas a nivel nacional e internacional, contemplando la utilización de técnicas especiales de investigación, incluyendo los Equipos Conjuntos de Investigación.
- 10.7.3. Fortalecer la colaboración con entidades financieras para detectar grandes movimientos de capitales.
- 10.7.4. Reforzar las intervenciones policiales coordinadas de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sobre las organizaciones delictivas y redes de distribución a pequeña y gran escala.
- 10.7.5. Incrementar los esfuerzos en el control de la venta de alcohol a menores por parte de los actores implicados (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Policías Autonómicas, Corporaciones Locales, Gobiernos Autonómicos).

## 11. ÁREAS TRANSVERSALES

### 11.1. Coordinación

---

Como medio para que las actuaciones y políticas sean lo más equitativas y eficientes, y como marco de actuación que evite duplicidades, aproveche y aúne esfuerzos, reduzca tiempos (de asistencia, de incorporación al sistema), ahorre y maximice el uso de recursos (económicos, humanos), y que en definitiva cuente con la participación necesaria de cada uno de los integrantes del Plan Nacional sobre Drogas.

#### OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 11.1.1. Garantizar las sinergias, la coherencia y las prácticas eficaces entre las Administraciones Públicas a todos los niveles, las diferentes instituciones e iniciativas, evitando la duplicación de esfuerzos, garantizando la eficacia del intercambio de información, utilizando eficazmente los recursos y garantizando la continuidad de las acciones.
- 11.1.2. Fomentar y alentar la participación e implicación activas y significativas de la sociedad civil (asociaciones científicas y profesionales, ONGs, agentes sociales, asociaciones de vecinos,...).
- 11.1.3. Fomentar la coordinación dentro y entre las propias CC.AA. y las entidades locales que cuenten con Planes de Adicciones propios, para garantizar la continuidad de las acciones.
- 11.1.4. Garantizar la coordinación con las Estrategias y Planes del ámbito social y sanitario que impulsa el Gobierno de la Nación que inciden sobre los colectivos sociales a los que se dirige la ENA 2017-2024 (población en riesgo de exclusión social, adolescencia, mujeres, inmigrantes, reclusos).

### 11.2. Gestión del conocimiento

---

Si bien España cuenta con fuentes diversas y sistemas de información fiables, es necesario disponer de un sistema de información más integrado y flexible que permita adaptarse a una realidad dinámica y cambiante como es la del mercado y consumo de sustancias y la aparición de adicciones comportamentales nuevas o con mediadores novedosos, como son las nuevas tecnologías.

En este sentido, es preciso avanzar en la calidad y la integración de datos provenientes de otras fuentes de información, p.ej. aprovechando recursos ya existentes como son los Sistemas de Información Farmacéutica de las distintas CC.AA, que pueden constituir una fuente relevante de información en el análisis de sustancias como los hipnosedantes o los opioides farmacológicos, en los que la prescripción facultativa juega un papel relevante en su consumo; así como caminar hacia la homogenización de los sistemas de información sobre drogas de las distintas Administraciones Públicas.

Además, existen algunas limitaciones en cuanto a los datos que manejamos: las actuales encuestas (y otras fuentes) presentan una limitación en el rango de edad; existen aún datos escasos sobre las adicciones sin sustancia...

Por otro lado, el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) que proporciona una información de gran utilidad, precisa de recursos que aseguren un mayor desarrollo.

En cuanto a la investigación financiada por las Administraciones, ésta debe adecuarse al marco general de investigación y desarrollo establecido en los Planes Estatales y a las necesidades cambiantes de la sociedad marcadas por la evolución del fenómeno de las drogas.

La formación de los profesionales del ámbito de las adicciones y otros colectivos es una herramienta indispensable para mejorar la calidad y diseminar las mejores prácticas en cada área de actuación y, en el caso de esta nueva ENA, es necesario impulsar formación específica sobre las adicciones sin sustancia o comportamentales.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- **Sistemas de información**

11.2.1. Desarrollar y reforzar los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica para obtener y analizar datos actualizados del fenómeno de las adicciones, sus patrones y tendencias y su impacto en la salud pública y seguridad ciudadana. Todo ello, a fin de mejorar la toma de decisiones y orientar las políticas sobre adicciones, por un lado y, por otro, la evaluación de las mismas, mejorando la respuesta a este fenómeno.

11.2.1.1 Desarrollar el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

11.2.1.2 Integrar los sistemas de información de drogas en los sistemas de información de los servicios sociales y de salud.

11.2.1.3 Incorporar indicadores de consumo de drogas y problemas asociados de otros ámbitos (tráfico, policiales, ...) y revisar y adaptar a las nuevas circunstancias los indicadores ya consolidados.

- **Investigación**

- 11.2.2. La investigación sobre adicciones financiada desde las Administraciones Públicas debe alinearse con la estrategia definida en el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020, y con la Acción Estratégica de Salud recogida en el marco de dicho Plan, impulsando el trabajo en redes de investigadores e instituciones, especialmente en grupos multicéntricos, y potenciando la presencia española en grupos investigadores internacionales, con el objetivo de incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y la visibilidad.
- 11.2.3. Impulsar la actividad investigadora en áreas complementarias de interés al fenómeno de las adicciones, especialmente en el ámbito socio-sanitario y epidemiológico como p.ej. las diferencias de género; el perfil de los nuevos consumidores; los consumidores crónicos y aquellos de edad avanzada desde una perspectiva de necesidades de atención, para adaptar los servicios existentes. Asimismo, se potenciará la actividad investigadora en relación con los efectos del consumo de sustancias sobre la conducción y prevención de lesiones y fallecimientos por tráfico y otros accidentes, relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, así como en el ámbito laboral.

- **Formación**

- 11.2.4. Actualizar los programas de formación dirigidos a los profesionales de la prevención y atención a las drogodependencias y adicciones, y demás agentes sociales implicados, incluyendo la formación específica en adicciones comportamentales; y haciendo uso de las nuevas herramientas formativas (formación *online*) más actuales y adaptadas a la situación presente.
- 11.2.5. Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en el campo de las adicciones, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo, tanto en lo que se refiere a la reducción de la demanda como en el campo de la reducción de la oferta de drogas, favoreciendo la especialización en “adicciones” de estos profesionales.
- 11.2.6. Mejorar los conocimientos y la capacitación de los diferentes colectivos profesionales (educación, sanidad, tráfico de vehículos, servicios sociales, servicios penitenciarios, justicia, FFAA, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad...) que intervienen en la prevención [de las adicciones] y en la atención integral a las personas con adicciones, tanto en lo que se refiere a la demanda como a la reducción de la oferta.
- 11.2.7. Mejorar y desarrollar de forma efectiva la formación en perspectiva de género a todos los estamentos de la Administración Pública, sociedad civil, academia, como uno de los pilares básicos en la formación sobre adicciones.

## 11.3. Legislación

---

Habiendo ampliado el campo de actuación de la nueva Estrategia respecto a la anterior, la legislación se debe desarrollar en el mismo sentido, buscando cubrir aquellos campos de las adicciones que nos estén legislados suficientemente (publicidad), reforzando aquellos aspectos de la lucha contra las adicciones que sean necesarios (normativa sobre alcohol y menores,...) y creando nuevos mecanismos que permitan hacer frente a un entorno que evoluciona muy rápidamente (Red de Alerta Temprana para la detección de NSP...).

### OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 11.3.1. Puesta en vigor de normativa integral en relación con el alcohol, con especial atención a los menores.
- 11.3.2. Elaboración de nueva normativa de referencia, protocolos para la Red de Alerta Temprana para la detección de NSP (incluyendo funcionamiento,...).
- 11.3.3. Revisión y elaboración de normativa o procedimientos que permitan incrementar la eficiencia del Fondo de Bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.
- 11.3.4. Revisión de la normativa y propuesta de modificación, si procede, referida a la publicidad relacionada con el juego, las apuestas deportivas y el juego *online*.
- 11.3.5. Reforzar la vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente en relación con las adicciones.

## 11.4. Cooperación Internacional

---

Ámbitos de Cooperación:

- **Multilateral:**
  - Naciones Unidas y otros organismos internacionales
  - Unión Europea
  - Áreas geográficas de atención preferente:
    - América Latina y Caribe
    - Norte de África y Oriente Próximo
- **Bilateral:** Se dará prioridad a las relaciones con países de las áreas de atención preferente.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- 11.4.1. Coordinar e impulsar la participación política y técnica de España en el ámbito internacional en materia de adicciones.
- 11.4.2. Desarrollar políticas de lucha contra las adicciones en el marco de la Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga vigente (2013-2020), y mantener y fortalecer las relaciones en materia de lucha contra las adicciones con países terceros.
- 11.4.3. Dar seguimiento y contribuir al cumplimiento de las recomendaciones operativas del documento UNGASS, “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, con especial hincapié en la defensa de los Derechos Humanos.
- 11.4.4. Promover la integración de la cooperación en el ámbito de las adicciones en las relaciones políticas generales y en los acuerdos marco entre España y sus asociados.

## **11.5. Comunicación y difusión**

---

La nueva ENA 2017-2024 contempla acciones de refuerzo en comunicación y gestión del conocimiento del Plan Nacional sobre Drogas dirigidas a potenciar el papel de la Delegación del Gobierno para el PNSD como centro nacional de referencia en conocimiento respecto a las adicciones.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- 11.5.1. Promover el papel de las Administraciones Públicas como referentes del conocimiento sobre conductas adictivas y sustancias a través de información veraz, fiable y contrastada, reforzando el papel de la DGPNSD como referente en información sobre adicciones:
  - 11.5.1.1. Potenciar la web con información basada en la evidencia (publicaciones, monografías, manuales de buenas prácticas...) de forma estructurada. El objetivo es que la web del PNSD contenga el mejor, más completo y más accesible Centro de Documentación sobre Drogas de Europa, abierto a ciudadanos y profesionales.
  - 11.5.1.2. Difusión activa de información relevante a grupos de interés.
- 11.5.2. Favorecer el intercambio de conocimientos y experiencias, estableciendo espacios de comunicación entre profesionales de drogodependencias y adicciones y haciendo uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

11.5.3. Incorporar la participación activa de las usuarias y los usuarios, los y las profesionales, las instituciones, y la ciudadanía en su conjunto, a través de canales que permitan detectar sus necesidades y expectativas.

## **11.6. Evaluación y calidad**

---

Las acciones a desarrollar en esta área se propondrá que sean acordadas y lideradas por la Comisión Interautonómica y aprobadas por la Conferencia Sectorial y se llevarán a cabo en colaboración con las universidades y la sociedad civil (en la elaboración de materiales, cuestionarios *online*...).

Se trabajará en tres ejes principales:

- Acreditación
- Buenas Prácticas
- Catálogo de Servicios (metodología, prestaciones mínimas,...)

### **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

11.6.1. Establecer una cartera mínima de servicios en todo el territorio nacional en la que se especifiquen las características del itinerario terapéutico y se garantice la ausencia de barreras para el acceso al mismo.

11.6.2. Potenciar el conocimiento de la cartera de servicios mínima a ofrecer en los programas de prevención, asistencia y reinserción, para su planteamiento e implementación eficaz y eficiente.

11.6.3. Establecer un sistema común de evaluación de las acciones en adicciones llevadas a cabo por las Administraciones Públicas y las entidades del tercer sector que intervienen en drogodependencias, potenciando, en lo posible, la evaluación sistemática de todos los programas y actuaciones, especialmente de los resultados, en todas las áreas (prevención, atención, inserción,...).

11.6.3.1. Establecer criterios contrastados para la evaluación de programas, especialmente en el campo de la Prevención, donde la práctica de la evaluación es más compleja.

11.6.3.2. Promover la creación de un conjunto mínimo de indicadores necesarios para la evaluación en función de los diferentes programas.

11.6.3.3. Promover la realización de la evaluación de los programas con datos desagregados por sexo y analizados desde una perspectiva de género.

11.6.4. Establecer y difundir a través del portal web un catálogo de buenas prácticas basado en programas acreditados por el PNSD, con el objetivo de que sean éstos los programas principalmente aplicados por las Administraciones Públicas.

---

***Nota:** Esta Estrategia se considerará vigente hasta tanto  
no se haya aprobado la siguiente*

---