

III Pla Estratègic de Drogodependències i altres trastorns addictius de la Comunitat Valenciana



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

PARTICIPANTS EN L'ELABORACIÓ DEL III PLA ESTRATÈGIC SOBRE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES TRASTORNS ADDICTIUS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

DIRECCIÓ: Sofía Clar Gimeno, Guillermo Ferrán Martínez, Sofía Tomás Dols

COORDINACIÓ: Sofía Tomás Dols, M^a Jesús Mateu Aranda, Angel Delicado, Pilar Ramírez

REDACCIÓ: Sofía Tomás Dols, Julia Aguilar Serrano

Persones integrants del grup coordinador del Pla Estratègic	
Nom i cognoms	Càrrec
Sofía Tomás Dols	Directora de Gestió Sanitària: Drogodependències. C. de Sanitat
M ^a Jesús Mateu Aranda	Cap de Servei de Drogodependències. C. de Sanitat
Àngel Delicado Torres	Secretari tècnic Drogodependències. C. de Sanitat*
Pilar Ramírez Queralt	Cap de Servei de Gestió. C. de Sanitat*
Miguel Castellano Gómez	Cap de Secció del Servei de Drogodependències. C. de Sanitat*
Francisco Verdú Asensi	Cap de Secció del Servei de Drogodependències. C. de Sanitat
Leonor Cano Pérez	Cap de Secció del Servei de Drogodependències. C. de Sanitat
Julia Aguilar Serrano	Directora tècnica de Fepad*
Sílvia Tortajada Navarro	Cap de Projecte d'Investigació Fepad*
Maria Teresa Cortés Tomás	Vicedegana de la Facultat de Psicologia de la Universitat de València*
Alberto Sancho Muñoz	Metge d'Unitat de Conductes Addictives de Xàtiva-Ontinyent

Persones integrants del grup d'experts	
Nom i cognoms	Càrrec
M ^a José Avilés	Gestió Sanitària. DG d'Assistència Sanitària
Juan A. López Villaplana	Informàtica i Telecomunicacions. DG d'Assistència Sanitària*
Julio Cortijo	Fundació Investigació Hospital General
Cosuelo Guerri	Centre d'Investigació Príncep Felipe
Ricardo Meneu	Qualitat Assistencial. DG d'Assistència Sanitària
M ^a José Torner	Avaluació i Investigació Sanitària. DG d'Assistència Sanitària
Pilar Paricio	Vicerectora Universitat Cardenal Herrera CEU
F. Javier Romero	Director IDYCA*
Rafael Forcada	UCA de Moncada. València
Benjamín Climent	Unitat de Toxicologia Hospital General
Ana Robles	Fundació Noray-Projecte Home*
Ramón Cuesta	Grup Valencià de Drogodependències*
Irene Ventura	Unitat d'Alcoholologia. València
Julio Bobes	Societat Científica SOCIDROGALCOHOL
Jose A. García del Castillo	Institut d'Investigació en Drogodependències. INID. Alacant
M ^a Jesús Álvarez	Servei de Drogodependències. C. de Sanitat
Emilio Barberá	Centre d'Estudis Avançats*
Carmen Puerta	Societat Científica. Societat Espanyola de Toxicomania. SET. València
Isabel Zafrilla	Ciutadania i Xarxes Socials. DG de Participació Ciutadana*
José Miguel Sánchez	Consell Valencià de l'Esport. DG d'Educació, Cultura i Esport*
M ^a José Cervera	Servei d'Atenció al Menor Infractor. DG de Benestar Social*
Mario Molla	Servei d'Organització. S ^a A. Ocupació*
Susana Sorribes	Inspecció Educativa. DG d'Educació, Cultura i Esport *
M ^a Luisa Sáez	Servei de Família. DG de Benestar Social*
Adoración Cuenca	Discapacitats. DG de Benestar Social*
Javier Sáez	Institut Valencià de la Joventut
Ana Cervera	DG de Salut Pública*
Antonio Castaños	Associació Vida Lliure

* Les institucions i els càrrecs representats corresponen als exercits durant el període d'avaluació i disseny d'este Pla (2011-2012).

El suport metodològic i tècnic en l'elaboració ha sigut realitzat per un equip d'Antares Consulting, SA: Esteban Carrillo, Celso Pérez, Víctor Cañella.

ÍNDICE

PRESENTACIÓ	7
PRÒLEG	9
ACORD DEL CONSELL de 17 de gener de 2014.....	11
1. INTRODUCCIÓ	15
2. MARC NORMATIU	17
2.1. La protecció de la salut com a dret fonamental	19
2.2. La legislació valenciana en matèria de drogodependències	21
2.3. El tractament de les drogodependències en el Sistema Sanitari Valencià	22
3. ANTECEDENTS: els plans autonòmics valencians en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius	27
4. ESTAT DE LA SITUACIÓ.....	33
4.1. Els sistemes d'informació sobre drogues	35
4.1.1. Sobre els consums de drogues	37
4.1.1.1. La població escolar com a diana de les accions preventives.....	38
4.1.1.2. Incidència dels consums de drogues entre la població valenciana	42
4.1.2. Els indicadors d'activitat assistencial.....	45
4.1.2.1. Els indicadors d'activitat en matèria de prevenció	45
4.1.2.2. Els indicadors sobre demanda de tractament en els distints recursos assistencials	50
4.1.2.3. Els indicadors sobre l'activitat formativa i investigadora	56
4.1.3. Una aposta per l'estandardització de l'assistència en trastorns addictius	57
5. METODOLOGIA.....	59
5.1. Fase 1: metodologia utilitzada per a la valoració diagnòstica	61

5.2. Fase 2: metodologia utilitzada per a la definició de missió, visió i mapa estratègic.....	62
5.3. Fase 3: metodologia utilitzada per a la creació del sistema d'indicadors	63
6. III PLA ESTRATÈGIC DE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES TRASTORNS ADDICTIUS DE LA COMUNITAT VALENCIANA	65
6.1. Valoració diagnòstica	67
6.1.1. Fortaleses, debilitats, amenaces i oportunitats en l'àmbit de les drogodependències i altres trastorns addictius.....	67
6.1.2. Definició de línies estratègiques	70
6.2. Missió i visió del Pla Estratègic	73
6.2.1. Missió i principis rectors del Pla Estratègic	73
6.2.2. Visió de la Generalitat Valenciana en matèria de trastorns addictius ..	73
6.3. Descripció d'objectius i mapa estratègic	75
6.3.1. Perspectiva de resultats.....	75
6.3.2. Perspectiva d'agents d'interés.....	76
6.3.3. Perspectiva de processos interns.....	80
6.3.4. Perspectiva de desenrotllament futur.....	82
6.3.5. Mapa estratègic.....	84
6.4. Sistema d'indicadors de control	86
6.5. Plans d'acció	92
6.6. Recursos i pressupost	95
7. NORMATIVA.....	99

PRESENTACIÓ

La sanitat valenciana ha realitzat en les últimes dècades grans esforços que l'han convertida, en molts camps, en un referent dins del nostre país i fins i tot internacionalment.

En el camp específic de les drogodependències i altres trastorns addictius, cal ressaltar el desenrotllament realitzat des de la publicació de la Llei 3/1997, sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius, i el posterior Decret Legislatiu 1/2003, pel qual s'aprova el text refós de la Llei esmentada, per a consolidar una important xarxa d'atenció, que preveu la prevenció, el tractament, la rehabilitació i la reinserció social del malalt amb patologia addictiva.

Sabem que este esforç és fruit del conjunt d'iniciatives posades en marxa per a planificar i disposar d'una xarxa de servicis accessible i de qualitat, dirigida a tots els ciutadans valencians. El III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius constituïx, sens dubte, un exemple evident d'este tipus d'iniciatives, tant pel nivell d'ambició com per l'alt grau de realisme, a l'edificar sòlidament sobre allò que ja s'ha aconseguit en plans anteriors. Per això, ens complau presentar les estratègies que es desenrotllaran durant els pròxims anys, dirigides a evitar el greu problema de salut que constituïxen els trastorns addictius i intensificar les mesures que porten a la millor recuperació dels afectats.

Alberto Fabra Part
President de la Generalitat Valenciana

PRÒLEG

La Conselleria de Sanitat ha posat, en els últims deu anys, especial èmfasi en l'elaboració d'instruments de direcció per objectius que ajuden a alinear l'esforç dels més de 60.000 treballadors en una mateixa direcció. Com diu un aforisme ja clàssic de l'estratègia, "no és el mateix la perspectiva de treballar col·locant pedres que la de saber que s'està construint una catedral".

El nostre repte és aconseguir per als ciutadans no sols els millors resultats en salut sinó també uns servicis altament satisfactoris, i que este esforç siga sostenible en els temps de dificultat.

En esta tasca, la planificació estratègica ha jugat un important paper per a la Conselleria de Sanitat, utilitzen les metodologies més actuals però també i, sobretot, alineen els objectius estratègics amb una cadena d'instruments de direcció per objectius com són: els acords de gestió amb els departaments de salut i centres, el pagament dels complements de productivitat variable i la carrera professional. Estem convençuts que este abordatge, al mateix temps rigorós i imaginatiu, ha permés aconseguir els excel·lents resultats que s'han obtingut amb l'última avaluació del Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut.

És per això que em complau especialment veure com s'elabora el III Pla Estratègic de Drogodependències amb el mateix abordatge amb què hem elaborat el tercer Pla de Salut de la Comunitat Valenciana i els plans estratègics de l'Agència Valenciana de Salut, així com altres plans i estratègies sectorials.

El posicionament estratègic en matèria de drogodependències ha estat fins ara molt orientat, entre altres grans objectius, a integrar la xarxa de servicis amb el conjunt de l'assistència sanitària i garantir la prevenció de les conductes addictives. Sense abandonar estos objectius, l'actual Pla Estratègic implica una aposta cap a l'avaluació sistemàtica i la innovació de la cartera de servicis per a garantir la mateixa oferta a tots els ciutadans.

El III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius és resultat de l'estudi de les necessitats específiques que l'evolució dels trastorns addictius ha significat en la societat valenciana, i la posada en marxa implica la reorganització de les accions per a donar respostes eficaces a les situacions detectades.

Vull expressar el meu agraïment a tots els professionals que han contribuït a l'elaboració d'este Pla i, en general, a totes les persones que directament treballen en la lluita contra les drogodependències i altres trastorns addictius.

Manuel Llombart Fuertes

Conseller de Sanitat

ACORD DEL CONSELL

JOSÉ CÍSCAR BOLUFER, VICEPRESIDENT I SECRETARI DEL CONSELL,

CERTIFIQUE que el Consell, en la reunió del dia 17 de gener de 2014, va adoptar el següent acord:

El primer Pla Autonòmic Valencià sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius, aprovat pel Govern Valencià en l'Acord de 2 de febrer de 1999, va ser l'instrument de planificació i ordenació dels objectius i les actuacions en l'àmbit de les drogodependències.

Posteriorment, es va aprovar el Pla Estratègic Valencià en matèria de drogodependències 2006-2010, amb unes mires molt més àmplies i adequades a la nova realitat social. El mencionat pla, el grau de compliment del qual ha sigut més que satisfactori, ha donat lloc a una estructura general que marca i limita les àrees d'actuació, a més de ser un camí obert cap a les noves circumstàncies que s'esdevenen en l'actualitat.

D'altra banda, el Decret Legislatiu 1/2003, d'1 d'abril, del Consell de la Generalitat, pel qual s'aprova el text refós de la Llei sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius, té com a objecte establir i regular, en el marc de les competències que estatutàriament corresponen a la Generalitat i dins del seu àmbit territorial, un conjunt de mesures i accions encaminades a la prevenció, l'assistència, la incorporació i la protecció social de les persones afectades tant per l'ús i/o abús de substàncies que puguen generar dependència, com per altres trastorns addictius. Així mateix, preveu el disseny de polítiques i programes d'actuació en matèria de prevenció i atenció de les drogodependències.

La política del Consell de la Generalitat, a través de la Conselleria de Sanitat, Direcció General d'Assistència Sanitària, estableix els criteris i els principis per a desenrotllar i disposar d'un pla estratègic com a marc comú d'actuació.

El Pla Estratègic de Drogodependències i Altres Trastorns Addictius de la Comunitat Valenciana 2014-2015 suposa un nou repte i un compromís de continuïtat i millora amb la societat valenciana en una àrea que constituïx un problema greu per a la salut de molts valencians i una considerable preocupació social.

En conseqüència, d'acord amb el que preveu l'article 31 del Decret Legislatiu 1/2003, d'1 d'abril, del Consell de la Generalitat, pel qual s'aprova el text refós de la Llei sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius, d'acord amb el qual "el Pla Autonòmic sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius serà aprovat pel Consell de la Generalitat, a proposta de la Conselleria de Sanitat o la que tinga les competències en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius", i amb un informe previ favorable aprovat pel Consell Assessor de la Generalitat Valenciana en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius, en l'última reunió realitzada, a proposta del conseller de Sanitat, el Consell

ACORDA

Primer i únic

Aprovar el Pla Estratègic de Drogodependències i Altres Trastorns Addictius de la Comunitat Valenciana fins a 2015, el text del qual queda incorporat a este acord com a annex.



INTRODUCCIÓ

El III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius constitueix l'instrument bàsic per a la planificació dels objectius i les actuacions que, en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius, es desenrotllen en l'àmbit territorial de la Comunitat Valenciana.

Com a III Pla Estratègic implica una aposta per un model d'actuació pràctic que orienta i defineix les accions prioritàries que, en els pròxims anys, han de guiar la política sanitària en matèria de trastorns addictius, promou una cultura avaluadora dels processos i dels resultats obtinguts durant la seua vigència.

En consonància amb les elaboracions realitzades per la Conselleria de Sanitat en el II Pla de Salut i el Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut 2009-2011, el nou Pla Estratègic sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius presenta la novetat d'utilitzar la metodologia del Balanced Scorecard en una successió d'anàlisis metodològiques, realitzades per un grup coordinador de responsables de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana i un grup d'experts de més de 30 professionals de les diferents àrees que conformen el fenomen multidimensional de les drogodependències, com ara: prevenció, assistència, reinserció, formació i investigació en drogodependències i altres trastorns addictius.

El III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius es defineix i s'estructura basant-se en la creació d'un mapa estratègic, en el qual, de manera transversal, s'establixen els 42 objectius prioritaris per a les quatre perspectives previstes (resultats a obtenir, agents d'interès implicats, processos interns necessaris i accions futures a emprendre), assumix

la consecució de la “missió” que ha de regir qualsevol actuació en el camp de les drogodependències i altres trastorns addictius.

**Missió: necessitat de disminuir la vulnerabilitat davant de totes
les drogodependències i altres trastorns addictius i pal·liar
les seues conseqüències**

A més, el III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius assumix l’adaptació i actualització de la normativa vigent fins a la data, així com els principis rectors i els criteris bàsics d’actuació arrellegats en els plans autonòmics anteriors.

Com a punt de partida, el III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius pren com a base l’Avaluació del Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius 2006-2010 i l’Estat actual de la situació en matèria de consum de drogues i activitat assistencial a la Comunitat Valenciana per a elaborar un document operatiu de treball el desenrotllament del qual s’abordarà en els aspectes següents.



MARC NORMATIU

Els plans autonòmics de drogodependències han sigut objecte de regulació tant a nivell estatal com autonòmic, amb definició de la finalitat, les característiques i les premisses bàsiques des de les quals ha de partir qualsevol formulació política en matèria d'addiccions.

2.1. La protecció de la salut com a dret fonamental

El dret a la salut constituïx un dret fonamental àmpliament reconegut per successives declaracions, resolucions, pactes i cartes tant d'àmbit mundial com europeu, des que la constitució de l'Organització Mundial de la Salut, adoptada el 22 de juliol de 1946, establira, d'acord amb la carta de les Nacions Unides, que el gaudi del grau màxim de salut que es puga aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ser humà sense distinció de raça, religió, ideologia política o condició econòmica o social (OMS, 1946).

Exemples d'esta regulació, entre altres, és la Primera Conferència Mundial de Promoció de la Salut i la Carta d'Ottawa per al Foment de la Salut (OMS, 1986), de les quals es deriven el fonament dels conceptes i els principis de la moderna promoció de la salut. Serà a través dels preceptes mencionats on es consagre el "dret a la salut" com un dels fonamentals de tot ser humà, i es fa referència, en algunes d'estes, a factors específics de risc com el consum de drogues i a la necessitat d'una participació conjunta de tota la comunitat en la consecució del més alt nivell possible de salut, i un clar exemple d'això és la Carta Europea sobre l'Alcohol (OMS, 1995) i el Conveni Marc de l'OMS per al Control del Tabac (OMS, 2003).

Per la seua banda, la Constitució Espanyola reconeix, en l'article 43, el dret a la protecció de la salut com a dret fonamental. A l'empara de les previsions constitucionals i dels respectius estatuts d'autonomia, totes les comunitats autònomes assumixen les competències en matèria sanitària i d'assistència social, directament vinculades amb l'àmbit de les drogodependències, però també en matèries connexes com podria ser: educació o joventut.

Com a resposta normativa al mandat constitucional sobre el dret a la protecció de la salut, la Llei General de Sanitat, de 29 d'abril de 1986, destaca la competència que atorga a les comunitats autònomes per al disseny i l'execució d'una política sanitària pròpia. En este sentit, l'article 70 estableix que l'Estat i les comunitats autònomes aprovaran plans de salut en l'àmbit de les seues competències respectives.

Els plans autonòmics sobre drogues van sorgir en paral·lel al Pla Nacional sobre Drogues com a resposta a la situació del moment i a les recomanacions del mateix Pla Nacional, així com les competències autonòmiques de regular les intervencions en matèria d'addiccions. A partir d'este moment es fa patent la necessitat de crear estructures específiques de coordinació amb les comunitats autònomes. Naix així la Comissió Tècnica Interautonòmica formada pels responsables dels plans autonòmics i presidida pel delegat del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues.

Paral·lel a esta regulació normativa que reconeix l'obligació de les administracions públiques de protegir la salut dels ciutadans davant de qualsevol problema de salut i motivat per l'alarma social generada per l'heroïna i les circumstàncies associades al seu consum (augment de prevalences, connexió heroïna-sida, associació heroïna-delinquència, protagonisme del problema de la droga en l'opinió pública i en els mitjans de comunicació, etc.) naix el Pla Nacional Sobre Drogues com a iniciativa governamental dirigida a coordinar i potenciar les polítiques de drogues de les distintes administracions públiques i fer convergir els esforços de les entitats i organitzacions socials que, fins ara, afronten i treballen una problemàtica tan complexa.

2.2. La legislació valenciana en matèria de drogodependències

A la Comunitat Valenciana, a l'objecte de fer operatives les directrius del Pla Nacional sobre Drogues, aprovat pel Consell de Ministres de 20 de març de 1985, es va crear pel Decret 112/1985, de 22 de juliol, del Govern Valencià, la Comissió de Coordinació de la Lluita contra la Droga de la Generalitat Valenciana, que va acordar aprovar, en la reunió del dia 7 d'octubre de 1986, el Pla Autonòmic de Lluita contra la Droga. Amb posterioritat, i davant dels canvis produïts tant en l'àmbit orgànic com funcional, el Govern Valencià, a través del Decret 232/1991, de 9 de desembre, va establir la nova estructura i les funcions dels òrgans encarregats de la lluita contra la droga.

Al juny de 1997, les Corts Valencianes van aprovar, amb el consens de tots els grups parlamentaris, la Llei 3/1997, de 16 de juny, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius, parcialment modificada per la Llei 4/2002, de 18 de juny, i la posteriorment refosa en el Decret Legislatiu 1/2003, del Consell de la Generalitat Valenciana. Des d'esta llei es va definir el marc bàsic d'actuació per a abordar el fenomen, de naturalesa multidimensional, que suposa l'abús de substàncies psicoactives i les patologies addictives, i es limitaven els criteris que garanteixen una adequada coordinació entre les institucions i entitats que actuen en l'àmbit de les drogodependències, regulant les accions dirigides a la prevenció d'estes, a l'assistència, a la reinserció social de les persones drogodependents i a la formació i investigació en este camp.

Establert en la llei mencionada (article 29) i com a mecanisme més important de regulació sanitària en matèria de drogodependències s'estipula la necessitat d'aprovar un pla autonòmic valencià sobre drogodependències i altres trastorns addictius que planifique, ordene i coordine els recursos i les actuacions que, en matèria de drogodependències, es desenrotllen en l'àmbit territorial de la Comunitat Autònoma Valenciana, i és vinculant per a totes les administracions públiques i institucions privades que desenrotllen actuacions en el nostre territori.

Els plans autonòmics sobre drogodependències i altres trastorns addictius constitueixen l'instrument bàsic per a la planificació d'objectius i actuacions que, en matèria de drogodependències, es desenrotllen en l'àmbit territorial de la Comunitat Autònoma.

És a partir d'este moment quan es redacten i s'aproven els successius plans autonòmics valencians: Pla Autonòmic Valencià sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius 1999-2002; Pla Estratègic Valencià sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius 2006-2010 de la Comunitat Valenciana, que constitueixen la base sobre la qual es fonamenta la formulació d'este Pla fins 2015 i que implica la continuïtat en la labor de la Conselleria de Sanitat de regular les seues polítiques públiques des de paràmetres exhaustius de planificació i resposta als drets i a les necessitats dels valencians.

2.3. El tractament de les drogodependències en el sistema sanitari valencià

En l'exercici de les competències autonòmiques que, en matèria sanitària, atribueix la constitució i encara que les polítiques de drogues, enteses en el marc del dret a la protecció de la salut, es configuren com a polítiques d'Estat, i a este correspon la coordinació general de la sanitat, la sanitat exterior i la legislació sobre productes farmacèutics (article 43 CE), la Llei Orgànica 5/1982, d'1 de juliol, d'Estatut d'Autonomia de la Comunitat Valenciana, arreplega que la Generalitat té competència exclusiva sobre Servicis Socials, Joventut, Esports i Oci, Publicitat, sense perjuí de les normes dictades per l'Estat per a sectors i mitjans específics (article 49), així com en l'organització, l'administració i la gestió de totes la institucions sanitàries públiques, dins del territori de la Comunitat Valenciana (article 54).

Així, des dels òrgans competents en la matèria, la Comunitat Valenciana comença a regular a través de la seua normativa pròpia l'ordenació sanitària del seu territori (Orde de 2 de maig de 1986, de la Conselleria de Sanitat i Consum; Orde de 27 de desembre de 1993, de la Conselleria de Sanitat i Consum; Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat; Decret 26/2005, de 4 de febrer, del Consell de la Generalitat; Decret 116/2003, d'11 de juliol, del Consell de la Generalitat; Decret 120/2007, de 27 de juliol, del Consell de la Generalitat, i Decret 111/2011, de 2 de setembre, del Consell de la Generalitat), que delimiten successivament el mapa sanitari del nostre territori.

Un fet que cal destacar és la creació de les primeres unitats de conductes addictives en 1998 per mitjà de l'Orde de 7 de juliol de 1997, de la Conselleria de Sanitat, com a unitats de suport als equips d'Atenció Primària. Este fet va suposar la normalització de l'assistència i el tractament de les

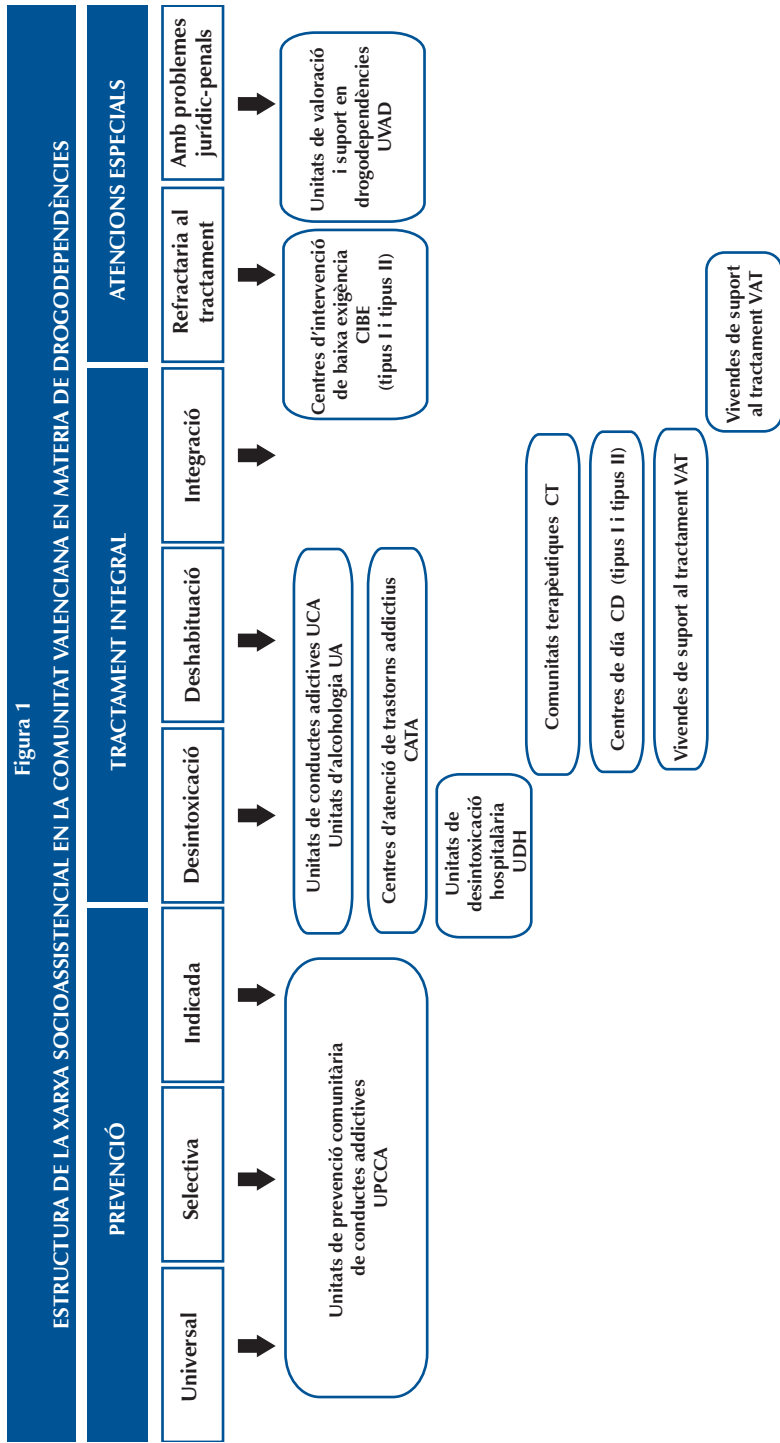
dependències i altres trastorns addictius a la Comunitat Valenciana, i oferix l'assistència sanitària a les persones drogodependents des del mateix sistema sanitari públic, com qualsevol altra patologia.

Les 38 unitats de conductes addictives (les UCA) actualment existents constitueixen, per tant, els recursos primaris d'atenció sanitària del malalt addicte, i són les responsables del tractament de les conductes addictives, des de l'entrada en el sistema sanitari. Simultàniament a la creació de la primera UCA a la Comunitat Valenciana s'ha estructurat i consolidat una xarxa complementària d'atenció socio sanitària (vegeu la taula 1) que permet individualitzar els tractaments, atendre les necessitats o les problemàtiques específiques que cada pacient presenta i garantir una atenció biopsicosocial, és a dir, una assistència integral que atenga tant els aspectes orgànics com els psicològics i socials del malalt i els seus familiars.

TAULA 1. *Evolució de la xarxa valenciana de centres i servicis en matèria de drogodependències*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
UCA	36	36	37	37	38	38	38
UPCCA	64	65	65	67	69	68	70
UDH	12	12	12	11	11	8	8
CT	8	9	9	9	9	9	9
CD	22	22	22	24	24	24	18
VAT/VAISS	25	25	25	18	15	15	15
CIBE	5	5	5	5	5	5	5
UVAD	4	4	4	6	6	6	6

Actualment, la xarxa d'assistència socio sanitària a les drogodependències i altres trastorns addictius garantix, a través dels més de 160 centres i servicis, que el procés terapèutic que inicia el malalt drogodependent es configura com un circuit continuat de diagnòstic, desintoxicació, deshabitació i integració social a través de l'acció coordinada de tots els recursos integrats en la xarxa pública valenciana (vegeu la figura 1).



Font: Decret 132/2010, de 3 de setembre, del Consell, sobre registre i autorització de centres i serveis d'atenció i prevenció de les drogodependències i altres trastorns addictius, a la Comunitat Valenciana

Finalment i a objecte d'ubicar les polítiques valencianes en matèria de trastorns addictius és convenient realitzar una aproximació a l'actual estructura orgànica i funcional de la Conselleria de Sanitat estipulada en el Decret 4/2014, de 3 de gener, del Consell de la Generalitat.

Tal com apareix en l'article 1 de la norma mencionada: La Conselleria de Sanitat és el departament del Consell encarregat de la direcció i l'execució de la política d'este en matèria de sanitat,... la Conselleria s'organitza ...funcionalment en òrgans superiors del departament, nivell directiu i nivell administratiu.

Dins dels huit òrgans superiors i òrgans directius mencionats (article 2) es reconeix la Direcció General d'Assistència Sanitària com l'encarregada d'exercir, sota la dependència de la Secretaria Autonòmica de Sanitat, les funcions en astúcia de: sistemes d'informació sanitària, gestió de centres sanitaris, recursos assistencials, concerts i convenis, atenció sanitària a la cronicitat, drogodependència i salut mental, i assistència sanitària general (article 8).

3

ANTECEDENTS: els Plans Autonòmics Valencians en matèria de Drogodependències i altres Trastorns Addictius

El primer Pla Autonòmic Valencià sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius (PAVDTA 1999-2002) va establir les bases per a la posada en marxa d'una xarxa d'atenció a les drogodependències que, al llarg dels últims anys, s'ha especialitzat i s'ha reforçat al mateix temps que s'han implementat diferents actuacions preventives i aquelles destinades a afavorir els processos d'incorporació social del malalt drogodependent.



Finalitzat el període de vigència d'este primer Pla Autonòmic i atenent la necessitat d'adequar la xarxa valenciana de recursos assistencials als problemes generats pels nous models de consum i patrons addictius, així com

les noves circumstàncies i condicions socials i polítiques, es va aprovar el Pla Estratègic sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius 2006-2010 de la Comunitat Valenciana.

Este Pla es va elaborar com un instrument de política de salut, amb un enfocament multisectorial i integrador, proposava una reorientació dels recursos existents i establia clarament quatre elements claus que marcaran diferències essencials amb el model precedent existent en què es van crear els primers recursos davant de les drogodependències a la nostra Comunitat Autònoma. Estos són: la prioritjació de la prevenció, en el marc de la promoció de la salut, la millora de l'accessibilitat als recursos assistencials, adaptació dels programes d'integració social a les necessitats emergent marcades per la situació economicolaboral i promoció d'una cultura d'avaluació orientada a l'anàlisi dels recursos i actuacions en termes d'eficiència i eficàcia, i marcava diferències essencials amb el model anterior en què es van crear els primers recursos d'atenció a la nostra Comunitat Autònoma.

El Pla Estratègic sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius 2006-2010 de la Comunitat Valenciana va suposar un nou model d'actuació pràctic, en el qual es definien les accions prioritàries, en matèria d'usos i abusos de drogues, i es promocionava una cultura avaluadora dels processos i resultats obtinguts durant la seua vigència.

L'avaluació és fruit de l'arreplega i anàlisi de la informació proporcionada pels diferents sistemes d'informació valencians en matèria d'addicions, possibilitava la valoració del Pla Estratègic 2006-2010, basant-se en les àrees de treball definides dins d'este (prevenció, assistència, reducció dels danys, integració social, valoració i suport, investigació, formació i sistemes d'informació) i a través del sistema d'indicadors proposat (vegeu la figura 2), i és la primera vegada que s'emetia una avaluació sobre un pla autonòmic valencià i, en conseqüència, de tota l'activitat exercida en matèria de drogodependències a la Comunitat Valenciana.

FIGURA 2. Àrees de treball i nombre d'indicadors previstos en el Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius 2006-2010



L'avaluació ha sigut un procés continuat durant els cinc anys de vigència del Pla, en la qual s'han valorat i s'han redefinit les actuacions que s'han desenrotllat. No obstant això, a partir de gener de 2011 es va iniciar un procés d'avaluació final del Pla Estratègic 2006-2010 amb l'objectiu de fer una valoració de conjunt i establir les premisses per a l'elaboració del Pla següent (vegeu les taules 2, 3, 4, 5, 6 i 7). De la informació arreplegada anualment, l'extingida Direcció General de Drogodependències va notificar com cal al Consell Assessor de la Generalitat Valenciana sobre drogodependències i altres trastorns addictius en les successives convocatòries, per al coneixement de l'avaluació en el desenrotllament del Pla Estratègic i com preveu la nostra normativa autonòmica.

Taula 2. ÀREA DE PREVENCIÓ	
GRAU D'ÈXIT	NRE. OBJETIUS ESPECÍFICS (%)
Aconseguit	20 (66,6%)
Evolució favorable	8 (26,6%)
A millorar	2 (6,6%)
TOTAL	30

Taula 3. ÀREA ASSISTENCIAL	
GRAU D'ÈXIT	NRE. OBJETIUS ESPECÍFICS (%)
Aconseguit	15 (62,5%)
Evolució favorable	6 (25%)
A millorar	3 (12,5%)
TOTAL	24

Taula 4. ÀREA DE REDUCCIÓ DE RISCOS	
GRAU D'ÈXIT	NRE. OBJECTIUS ESPECÍFICS (%)
Aconseguit	4 (80%)
Evolució favorable	1 (20%)
A millorar	
TOTAL	5

Taula 5. ÀREA D'INTEGRACIÓ SOCIAL	
GRAU D'ÈXIT	NRE. OBJECTIUS ESPECÍFICS (%)
Aconseguit	2 (25%)
Evolució favorable	
A millorar	6 (75%)
TOTAL	8

Taula 6. ÀREA DE VALORACIÓ I SUPORT	
GRAU D'ÈXIT	NRE. OBJECTIUS ESPECÍFICS (%)
Aconseguit	2 (50%)
Evolució favorable	
A millorar	2 (50%)
TOTAL	4

Taula 7. ÀREES TRANSVERSALS	
GRAU D'ÈXIT	NRE. OBJECTIUS ESPECÍFICS (%)
Aconseguit	41 (73,2%)
Evolució favorable	13 (23,2%)
A millorar	2 (3,5%)
TOTAL	56

Cal anotar que, fins al moment i en relació amb l'avaluació dels plans estratègics, només hi ha valoracions de caràcter global, i amb el Pla Estratègic 2006-2011 és la primera vegada que s'aborda una avaluació exhaustiva del compliment dels objectius proposats en este i dels resultats obtinguts a través de la implementació d'accions en les àrees previstes.

De la mateixa manera, cal ressaltar que, encara que l'avaluació moltes vegades no proporciona sempre valors satisfactoris o desitjables, el seu resultat ens permet valorar amb més rigor el treball realitzat fins al moment i les accions futures a emprendre.

Així doncs, des de la consideració general del grau de compliment del Pla Estratègic 2006-2010 i la valoració explícita de les circumstàncies i obstacles identificats per a la consecució de determinats objectius, junt amb, una minuciosa anàlisi de la situació en matèria de consums i activitat assistencial, s'elabora el III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius.



ESTAT DE LA SITUACIÓ

4.1. Els sistemes d'informació sobre drogues

Cal partir d'una adequada anàlisi que proporcione la informació necessària sobre les característiques i l'extensió dels consums problemàtics de drogues i impacte de les addiccions, així com determinar les necessitats de la població afectada i els seus familiars i la capacitat del sistema sanitari per a respondre a estes, constituïx un element bàsic per a la realització d'una correcta planificació estratègica i la definició de prioritats d'actuació.

Per a este fi, la Comunitat Valenciana disposa de diversos sistemes d'informació de caràcter continuat que faciliten dades sobre multitud d'aspectes relacionades amb les drogues i les drogodependències, com ara prevalences de consum i perfil dels consumidors; actituds i percepcions de diversos sectors socials; nombre i característiques de les persones en tractament o ateses en servicis d'urgència; morbiditat i mortalitat relacionades amb els consums de drogues; actuacions en prevenció, assistència i reinserció social.

Utilitzant la informació aportada pels sistemes esmentats i a partir dels indicadors que proporcionen és possible realitzar una anàlisi de l'evolució de la situació dels consums de drogues i la capacitat de la xarxa sociosanitària valenciana d'atendre les patologies derivades de les drogodependències. Actualment els sistemes d'informació disponibles a la Comunitat Valenciana són els que es detallen en la taula 8:

TAULA 8. Principals Sistemes d'Informació sobre Drogues a la Comunitat Valenciana

Sistemes epidemiològics	SAVIA (Sistema Autonòmic Valencià d'Informació en Addiccions)	SECAD (Sistema d'Avaluació de la Qualitat Assistencial en Drogodependències)
Principals variables: <ul style="list-style-type: none"> • Característiques soci demogràfiques • Prevalències de consum de drogues • Edat d'inici al consum • Percepció de risc de les diferents substàncies • Percepció de disponibilitat • Altres factors de risc i protecció – Periodicitat: sèries bianuals amb combinació d'enquestes pròpies i enquestes realitzades pel Pla Nacional sobre Drogues	– Principals variables: <ul style="list-style-type: none"> • Demanda assistencial. • Urgències hospitalàries relacionades amb el consum de drogues. • Defuncions produïdes per reaccions adverses per consum de drogues. – Periodicitat: anual	– Principals variables: <ul style="list-style-type: none"> • Indicador de tractament de manteniment amb metadona. • Indicador de tractament de desintoxicació hospitalària. • Indicador d'ingrés i tractament en unitat de deshabituació residencial. • Indicadors d'activitat dels centres de trobada i acollida. • Indicador d'ingrés i tractament en centres de dia. • Indicador d'ingrés en vivenda tutelada. • Indicador de valoració i suport al drogodependent amb problemes judicials. • Indicador d'atenció als drogodependents atesos en comissaries. – Periodicitat: anual

Cal anotar que estos sistemes d'informació es complementen amb el coneixement aportat per estudis específics (vegeu la taula 9) sobre aspectes concrets del consum de drogues i les drogodependències que la Conselleria de Sanitat a través del Servei de Drogodependències ha realitzat i/o ha finançat per a aproximar-se a este fenomen en el context de la nostra Comunitat.

TAULA 9. Principals Investigacions realitzades i/o finançades per la Conselleria de Sanitat en matèria de Drogodependències (Període 2006-2011)

Investigació Bàsica	<ul style="list-style-type: none"> • Ús de cèl·lules embrionàries humanes per a l'estudi dels efectes de l'etanol en el desenrotllament embrionari. • <i>Determining the prevalence and incidence of fetal alcohol syndrome (fas) and fetal alcohol spectrum disorder (fasd) in the selected countries.</i> • Paper dels receptors tlr5 i l'inflamasoma en el dany que induïx l'etanol en el cervell. • Bàsica en conductes addictives i la relació que hi ha entre el consum de les distintes substàncies. Fase 1: estudi en etanol. • Bàsica en conductes addictives i la relació que hi ha entre el consum de les distintes substàncies. Fase 2: estudi en cocaïna. • Efectes sobre el sistema nerviós del consum abusiu de l'alcohol: estudi experimental en rates i estudi de neuroimatge en humans. • Nous fàrmacs amb potencial terapèutic per a l'addicció a la cocaïna: assajos preclínics en models animals de conducta addictiva.
----------------------------	---

Investigació Clínica

- Neuroimatge i neurobiologia en drogoaddicció, estudi de les funcions superiors i emocionals en pacients amb addicció a les drogues.
- Aplicació de l'avaluació de sistemes de tractament a nivell nacional utilitzant les ferramentes de l'OMS.
- Modulació de les diferències individuals en personalitat sobre els canvis en l'estructura cerebral associats al consum de tabac i cànnabis.
- Comorbiditat psiquiàtrica en pacients addictes a la cocaïna.
- Modulació de diferències individuals en personalitat sobre els canvis en l'estructura cerebral associats al consum de tabac i cànnabis
- Estudi sobre l'hàbit del consum de drogues a la Comunitat Valenciana 2010.
- Sistema de detecció primerenca.
- Estudi descriptiu longitudinal dels correlats del consum de drogues en l'adolescència.
- Els sopars nadalencs d'empresa. Un model de consum recreatiu d'alcohol i altres drogues?
- Consum de drogues en jòvens adults emancipats.
- L'ombra de la ruta :antecedents i conseqüents en el model actual d'oci.
- Estudi sociològic sobre les famílies valencianes com a agents de salut en prevenció de drogodependències.
- Estudi de mostres de LSD. Descripció del perfil: riquesa i adulterants tòxics i/o característiques.
- Estudi de mostres de cocaïna, cànnabis i metanfetamina (cristall). Descripció de perfil: riquesa i adulterants tòxics.
- Estudi de seguiment en estudiants de Secundària de la província d'Alacant de la relació que hi ha entre el consum de substàncies psicoactives i les funcions cognitives i rendiment acadèmic.
- Anàlisi i disseny de campanyes publicitàries i programes de comunicació per a la sensibilització i prevenció de les drogodependències.
- Estudi dels factors de risc i de protecció de l'abús d'anolitzants i substàncies ergogèniques amb fins estètics en la població juvenil valenciana.
- Comunicació institucional i prevenció en matèria de drogodependències: anàlisi de campanyes i accions de comunicació orientades a la prevenció en els centres escolars i en els mitjans de comunicació a la Comunitat Valenciana.
- Estudi dels factors de risc/protecció associats a l'entorn del consumidor de substàncies per a musculació: paper/funció dels entrenadors esportius en la prevenció del consum d'estes substàncies.

Investigació Epidemiològica i Social

4.1.1. Sobre els consums de drogues

Les enquestes sobre el consum de drogues ofereixen informació sobre hàbits, actituds i opinions sobre les drogues en la població general o en una part d'esta, i són de gran importància per a detectar canvis en el fenomen de les addiccions i reorientar les polítiques de prevenció i assistència. L'anàlisi de situació sobre consums de drogues per al Pla Estratègic es basa en la informació proporcionada per les enquestes següents:

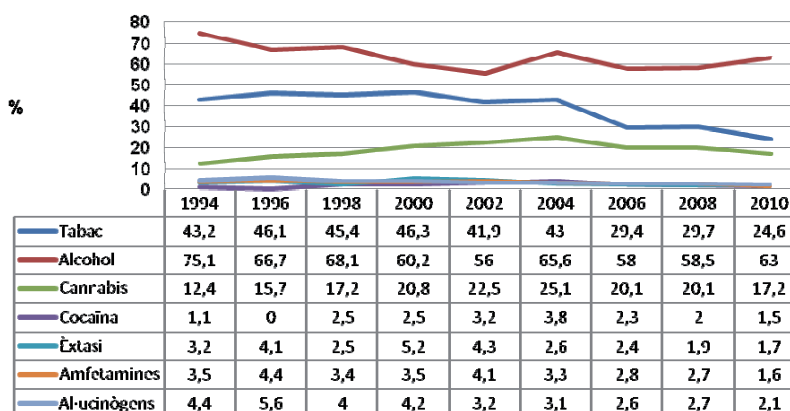
- Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES)
- Enquesta estatal sobre ús de drogues en ensenyances secundàries (ESTUDES)
- Enquestes de consum i opinió pròpies de la Generalitat Valenciana (ENQUESTES, CV)

Actualment, encara que la incidència el consum de drogues pareix mantindre's relativament estable des d'una perspectiva històrica, els nivells de prevalença continuen sent globalment elevats (EMCDDA, 2011) cosa que justifica la necessitat de posar en marxa mesures de caràcter preventiu i assistencial per a evitar, millorar i/o pal·liar els problemes biopsicosocials derivats del consum de drogues i els trastorns addictius.

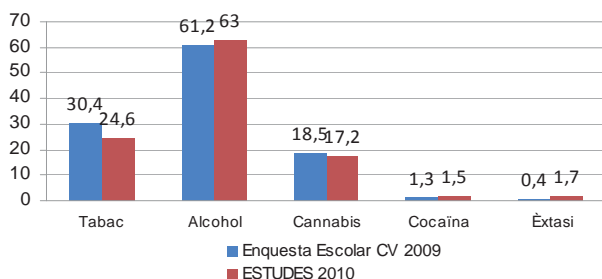
4.1.1.1. La població escolar com a diana de les accions preventives

Així, atenent les principals enquestes epidemiològiques espanyoles, i considerant el consum en els últims trenta dies, per ser la freqüència que més s'aproxima a patrons de consum habitual, estem en xifres al voltant de 63% per a consum d'alcohol, 34% per a tabac, 17% per a cànnabis i en xifres inferiors al 2% per a la resta de substàncies il·legals (gràfic 1).

GRÀFIC 1. Evolució de prevalença del consum de drogues en els últims 30 dies (%). ESTUDES 1994-2010



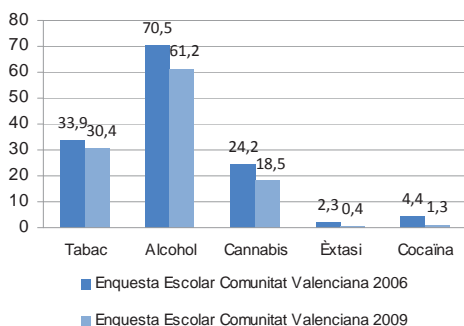
GRÀFIC 2. Comparativa de prevalences de consum en els últims 30 dies (%). ESTUDES 2010 i Enquesta Escolar de la CV 2009.



Concretament, a nivell de la Comunitat Valenciana el consum de drogues afecta de mode semblant que la resta de comunitats autònomes que integren l'estat espanyol, i les drogues més consumides pels estudiants entre 14 a 18 anys són les mateixes que les reflectides anteriorment: alcohol, tabac i cànnabis, encara que la proporció de consumidors habituals d'estes substàncies és relativament inferior per a alcohol (61,2%), cocaïna (1,3%) i èxtasi (0,4%) i lleugerament superior en tabac (30,4%) i cànnabis (18,5%) tal com es mostra en el gràfic 2.

Es confirma, per tant, una evolució de les prevalences de consum de drogues a la baixa encara que els volums de consum continuen sent relativament alts per a substàncies com l'alcohol, tabac i cànnabis, atés que estem parlant de poblacions amb edats compreses entre els 14 i els 18 anys.

GRÀFIC 3. Comparativa d'evolució de prevalences de consum últims 30 dies (%). Enquesta Escolar CV 2006-2009



En relació amb els consums realitzats per les poblacions de risc mencionades, preventivament parlant, la Comunitat Valenciana ha sigut pionera en la inclusió –en les enquestes escolars– d’aquelles substàncies més recents en el mercat negre del tràfic de drogues, com ara el cristall i dels escolars de 12 i 13 anys com a una part de la mostra a enquestar.

Així, els estudis qualitius realitzats durant els anys 2006, 2007 i 2008 en zones d’oci valencianes van apuntar la presència de nous derivats anfetamínics en els espais esmentats com el cristall i la presència de grups de població amb edats molt inferiors a les habitualment trobades, la qual cosa es va traduir en la incorporació en l’enquesta 2009 de les dos premisses.

Realitzant una concisa aproximació a les dades obtingudes en l’enquesta escolar valenciana de 2009 va resultar que les prevalences de consum de cristall es van situar en percentatges molt superiors als obtinguts per a drogues com l’èxtasi amb una taxa de consum experimental del 4,5% i del 0,7% per al consum en els últims 30 dies. En relació amb els escolars de 12 i 13 anys d’edat va resultar que (taula 10) el 55,1% dels enquestats havia provat algun tipus de substància psicoactiva (inclòs alcohol i tabac) i que entre este grup un 6,6% va consumir tabac en l’últim mes, un 15,8% alcohol i un 2,7% cànnabis (taula 11).

TAULA 10. Prevalences de consum alguna vegada en la vida (%). Mostra de jóvens de 12-13 anys

Tabac	21,1
Alcohol	53,3
Cànnabis	5,9
Cocaïna	0,2
Èxtasi	0,2
Cristall	0,2
Sedants/tranquil·litzants	0,5
Anabolitzants	0,2

TAULA 11. Prevalences de consum l’últim mes (%). Mostra de jóvens de 12-13 anys

Tabac	6,6
Alcohol	15,8
Cànnabis	2,7

L’anàlisi d’esta situació porta a l’extingida Direcció General de Drogodependències a considerar, a nivell preventiu, la necessitat d’abordar accions preventives específiques en edats anteriors que es produïsquen els primers

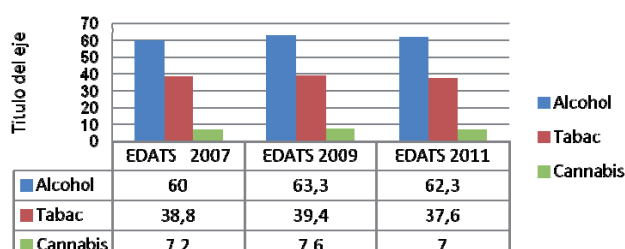
consum a través de programes concrets i a nivell investigador a reforçar els estudis etnogràfics en zones d'oci i el disseny d'un sistema de detecció primerenca que facilitarà informació en temps real sobre els consums de drogues, els patrons associats a estos i les característiques dels contextos en què es produïxen, amb la finalitat d'actuar preventivament a través d'un sistema d'alertes.

En la fotografia mencionada cal afegir que el consum de drogues entre els estudiants de la Comunitat Valenciana de 12 a 18 anys és generalment recreatiu, vinculat a l'oci i al cap de setmana, i se situen les edats mitjanes d'inici per al consum de drogues legals i cànnabis al voltant dels 13 i 14 anys i per a la resta de drogues il·legals a partir dels 15 anys d'edat. L'alcohol i el tabac continuen sent les drogues més consumides, seguides del cànnabis, que representa la continuïtat de consum més elevada, en totes les edats. La proporció de consumidors augmenta progressivament amb l'edat, i arriba al seu màxim entre els estudiants de 18 anys. No obstant això, és remarcable que més de la meitat dels jòvens de 12 i 13 anys ha provat algun tipus de substància psicoactiva (inclòs l'alcohol i el tabac) i que el 6,6% d'estos jòvens ha provat algun tipus de substància il·legal. Un percentatge important d'estudiants consumixen més d'una substància, i els patrons més habituals són alcohol i tabac fins als 14 anys; alcohol, tabac i cànnabis, als 15 anys, i a partir dels 17 s'afeg la cocaïna o altres drogues il·legals (encara que amb un patró d'ús més esporàdic). L'estudi de la percepció de disponibilitat, així com la percepció de risc, permeten mostrar l'associació entre estos constructes i el consum de substàncies. Així, podem observar que els alumnes amb una percepció de disponibilitat més acusada tenen una taxa de consum en general superior, en sentit contrari apareix la relació amb la percepció de risc, i es troba una major percepció de risc entre els jòvens que menys en consumixen. Quant als llocs de consum, en el grup d'edat de 12-13 anys trobem que l'alcohol es consumix principalment en els parcs, la qual cosa donaria suport a la posició del botellot com a opció que seguixen estos jòvens per a poder consumir esta substància. És remarcable, no obstant això, que més d'un 20% d'estos jòvens aconseguix estes begudes en bars i pubs. En la resta de grups de jòvens (14-18 anys) a mesura que augmenta l'edat disminueix el consum en el carrer/parcs i augmenta el consum en bars/pubs, encara que no hem d'oblidar que la venda de begudes alcohòliques als menors de 18 anys està prohibida per llei.

4.1.1.2. Incidència dels consums de drogues entre la població valenciana

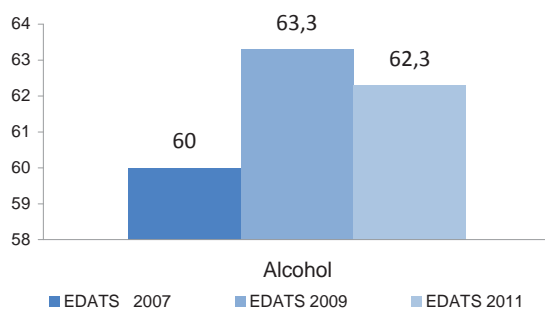
En el cas de la població adulta (15-64 anys) i igual que ocorria amb la població escolar, les prevalències de consum en els últims 30 dies per a les tres principals substàncies d'abús (alcohol, tabac i cànnabis) mostren un lleuger descens en els anys comparats a nivell estatal (gràfic 4).

GRÀFIC 4. Comparativa d'evolució de prevalències de consum últims 30 dies (%). EDATS 2007, 2009, 2011

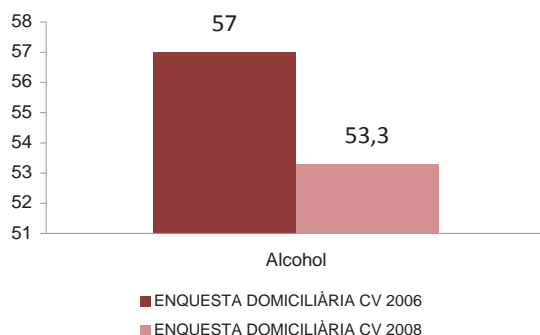


En el cas dels registres autonòmics les dades disponibles reflectixen este mateix descens, però tan sols per al consum habitual d'alcohol, el qual es manté per davall en deu punts percentuals en la comparativa amb les dades nacionals, tal com es dedueix dels gràfics 5 i 6.

GRÀFIC 5. Evolució de prevalències de consum d'alcohol últims 30 dies (%). EDATS 2007, 2009, 2011



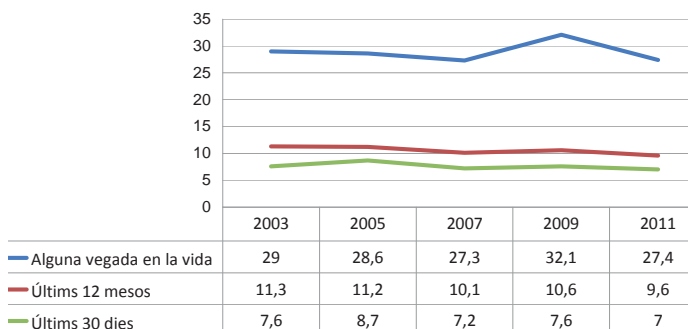
GRÀFIC 6. Evolució de prevalences de consum d'alcohol últims 30 dies (%).
Enquestes CV 2006, 2008



Cal ressaltar que la tendència a l'alça en relació amb determinats patrons de consum d'alcohol, com ara el consum intensiu de begudes alcohòliques, es confirma amb les dades proporcionades per l'última enquesta estatal del 2011, i els grups d'edat entre 20 i 24 anys són els que generalment aconseguixen les prevalences més alta en este tipus de patrons. De manera semblant les borrarxeres, encara que descendixen lleugerament en els anys comparats a nivell estatal, continuen situant-se en una prevalença del 41,3 en l'últim any per als homes amb edats compreses entre els 15 i els 34 anys, percentatges significativament alts si considerem els riscos que comporten per a la salut este tipus de consums. Per tant, als riscos que qualsevol consum d'alcohol comporta per si mateix s'afigen nous riscos per als consumidors vinculats a determinats patrons de consum com els excessos de begua o el binge drinking.

Respecte al cànnabis una de les substàncies més sotmeses a debat social en els últims anys, el seu consum igual que ocorria en escolars també descendix per a la població general en tots els intervals temporals previstos en l'enquesta estatal, i es manté en un taxa de consum d'un 7% en els últims 30 dies, 9,5% en l'últim any i un 27,4% en la freqüència "alguna vegada en la vida" (gràfic 7).

GRÀFIC 7. Evolució de prevalences consum de cannabis (%). EDATS 2003-2011



En relació amb la resta de substàncies, cal anotar el descens del consum de cocaïna (2,2%), èxtasi (0,7%) i al·lucinògens (0,4) en la freqüència “últims 12 mesos” i una estabilització del consum d’heroïna i es mantenen les mateixes prevalences que en anys anteriors (0,1%). Cal anotar la presència de consums experimentals amb drogues emergents amb prevalences que aconseguixen percentatges relativament alts (5,7% per a bolets, 2% per a ketamina) si considerem l’enorme risc que comporta el consum d’este tipus de substàncies en què les dosis i els efectes són difícilment controlable o predicibles

Finalment, cal assenyalar que entre els consumidors continua detectant-se l’ús simultani de diverses substàncies el que incrementa els riscos i els danys produïts per estes. Tal com es mostra en l’avanç de resultats realitzat de l’enquesta nacional EDATS 2011, concretament el 29,3% de la població consumix dos substàncies, el 8,5% tres, el 1,9% quatre, i el 1,0% cinc o més substàncies legals i il·legals.

Concloem, per tant, a través de l’aproximació realitzada, que més allà de la reducció de les prevalences de consum tant entre la població escolar com entre la població adulta, cosa que ha de constituir un eix vertebrador de qualsevol política preventiva en matèria de protecció de la salut, hi ha un important treball a realitzar per a disminuir els riscos derivats de determinats patrons de consum i millorar la nostra capacitat de comprensió i detecció dels canvis en els models de consum actual de drogues.

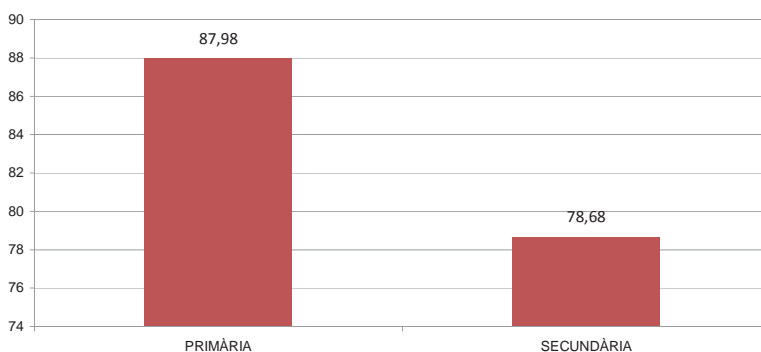
4.1.2. Els Indicadors d'activitat de la xarxa valenciana de centres i servicis

Els registres relatius a la utilització de servicis i els tractaments dispensats en estos s'utilitzen ben sovint com a indicadors indirectes per a estimar el volum de la problemàtica, les modalitats de consum o la capacitat del sistema per a cobrir les demandes i necessitats associades als trastorns addictius. Amb la finalitat de poder oferir una perspectiva general de la situació i funcionament de la xarxa valenciana d'atenció a les drogodependències s'analitzen alguns indicadors considerats clau per a detectar aquelles fortaleses i/o debilitats d'esta.

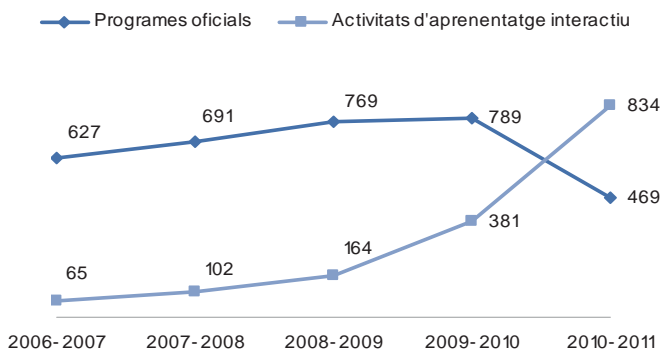
4.1.2.1. Els indicadors d'activitat en matèria de prevenció

Actualment i d'acord amb els resultats obtinguts en prevenció escolar, la Comunitat Valenciana ha aconseguit cobertures enormement satisfactòries en la implementació de programes i/o accions preventives en els centres escolars valencians. D'esta manera, al voltant d'un 88% del total de col·legis valencians han realitzat durant el curs escolar 2010-2011 alguna acció preventiva dirigida a l'alumnat de Primària, xifra que se situa en un 78,6%, en el cas de Secundària, tal com es mostra en el gràfic 8.

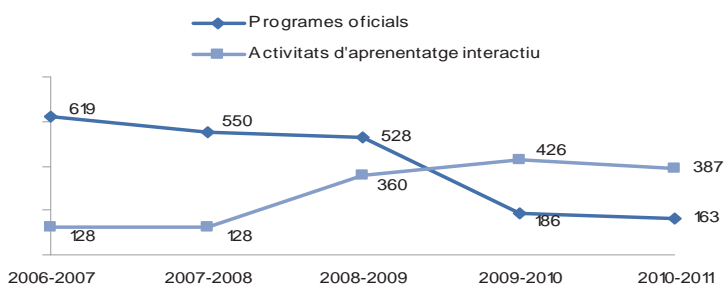
GRÀFIC 8. % Cobertura de centres escolars valencians a través de programes i accions de prevenció escolar (%)



GRÀFIC 9. Evolució nombre de centres escolars de Primària amb activitats de prevenció



GRÀFIC 10. Evolució nombre de centres escolars de Secundària amb activitats de prevenció



Ara bé, estos nivells de cobertura són producte de la consolidació d'una tendència en matèria de prevenció dirigida a l'àmbit escolar, com és la combinació de programes de prevenció oficials (Previndre per a viure, Brúixola, l'Aventura de la vida i Envit) amb el desenrotllament d'accions preventives de caràcter interactiu i més puntuals en el temps (exposicions, banc de ferramentes, sessions informatives, tallers...), tal com es mostra en els gràfics 9 i 10.

Probablement en la base d'este canvi qualitatiu estiga l'ús de metodologies didàctiques més participatives i pròximes a la cultura juvenil, una major concreció en les temàtiques abordades i una menor necessitat de dedicació per part del cos docent a este tipus d'activitats. Davant dels programes

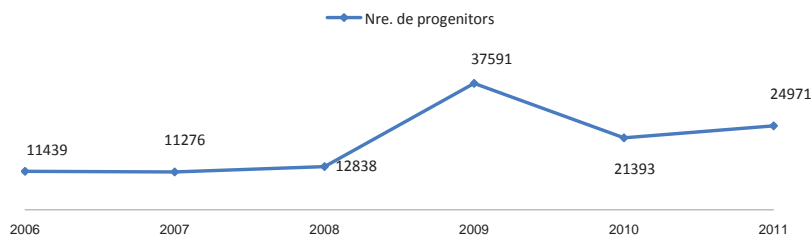
de prevenció de caràcter més tradicional en els quals es necessita una intensa planificació per part del centre escolar i una alta participació del cos docent, les activitats d'aprenentatge interactiu es presenten com una opció complementària de menor duració, de menor implicació del docent i amb majors taxa de participació dels alumnes igualment vàlides sempre que s'assegure una correcta avaluació del disseny, del procés i del resultat de la mateixa acció preventiva.

Davant d'esta nova situació i encara que les taxes de cobertura en matèria de prevenció escolars són positives, s'aconsegueix un 87,9% en els nivells d'Infantil i Primària i un 78,6% en els graus de Secundària, a partir del curs escolar 2009-2010 la Direcció General de Drogodependències dóna un gir a la seua política en matèria de prevenció escolar i s'intenta conjugar l'eficàcia i la rendibilitat de les inversions realitzades en esta matèria. La Conselleria de Sanitat aposta pel disseny de programes propis adaptats a les necessitats i característiques de la seua població juvenil, avaluable en el seu procés i resultats, de fàcil aplicació, d'alta cobertura i rendibles, i s'eviten grans inversions econòmiques en material. Naix amb estos paràmetres el programa **Preven-tic**: programa de prevenció del consum de drogues en línia i de caràcter autoaplicat, dirigit a l'avaluació i adquisició de coneixements bàsics sobre drogues, així com la promoció d'habilitats socials i emocionals que puguen servir com a factors "protectors" davant del consum.

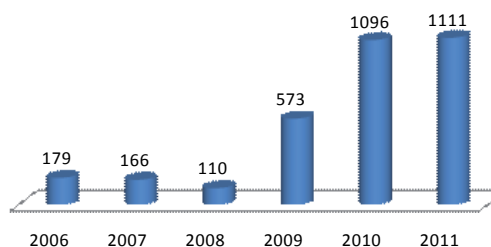


Per la seua banda i en relació amb les accions de prevenció dirigides a les famílies valencianes, l'activitat preventiva segueix la seua tendència ascendent en la comparativa 2006-2011, i s'aconsegueix una cobertura de 24.971 progenitors. Cal anotar que este creixement està relacionat amb l'augment en l'oferta formativa a pares i mares, la qual comprén actualment, no sols accions formatives a través d'escola per a pares o tallers d'educació per a la salut, sinó també activitats d'aprenentatge interactiu per a compartir amb els fills (Precisa, Esport per tu) o l'ús de nous formats més coincidents amb els temps actuals (DVD en família). Així mateix, cal mencionar que els programes de prevenció escolar oficials de drogodependències preveuen de manera transversal el treball amb progenitors.

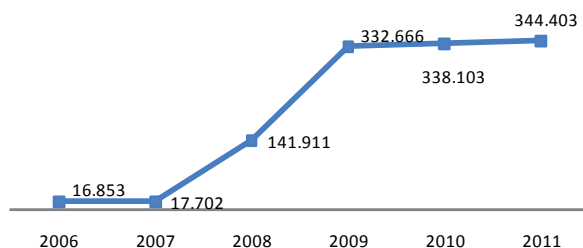
GRÀFIC 11. Evolució del nombre de participants en accions de prevenció familiar



GRÀFIC 12. Evolució del nombre d'accions de sensibilització



GRÀFIC 13. Evolució del nombre de participants prevenció comunitària

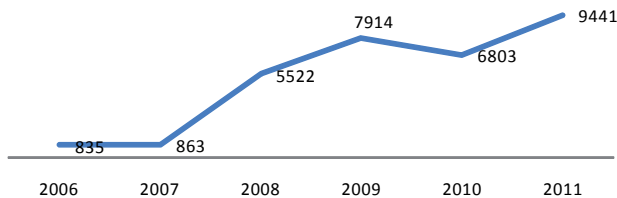


Tant les accions dirigides a escolars com a les famílies valencianes es complementen amb les actuacions en l'àmbit comunitari. En tots els seus vessants com ara campanyes de sensibilització a través de mitjans de comunicació, en zones d'oci nocturn o en espais esportius i/o culturals, formació de mediadors socials, formació de professionals en tècniques de cribratge s'aconsegueixen resultats satisfactoris i un augment de l'activitat al llarg dels anys fins a arribar els 344.403 participants.

Finalment i en un nivell de major especialització les accions de prevenció selectiva (accions dirigides a subgrups de joves amb major risc de ser consumidors) constitueixen una altra de les apostes de la Conselleria de Sanitat davant d'una modalitat de prevenció amb gran potencial de desenrotllament per a la protecció de grups de població amb especial vulnerabilitat davant de les addiccions. En esta línia la posada en marxa des de l'any 2008 de 4 programes de prevenció selectiva (TRIA, DROM SASTIPEM, MALVA, ARNÉS), juntament amb la labor preventiva desenrotllada des de les UPP-CA s'ha traduït en una major cobertura poblacional, i la població receptora d'estos són 9.441 menors, adolescents o joves en l'últim any previst.

Cal destacar dos accions empreses per la Direcció General d'Assistència Sanitària i el Servei de Drogodependències que han permés millorar la qualitat de les accions selectives com ara diversificar esta estratègia preventiva cap a fórmules d'intervenció indirectes. Durant l'any 2009 s'inicia la revisió del programa TRIA (Programa de Substitució de Sancions Administrativa) que conclou amb el desenrotllament del nou programa MIRAT, dirigit a oferir als joves advertits o sancionats per consum de drogues en la via pública, la possibilitat de substituir la sanció administrativa imposada per la participació en tallers formatius (Llei Orgànica 1/1992, de 21 de febrer, sobre Protecció de la Seguretat Ciutadana). Este programa i per comparativa amb el seu predecessor augmenta les sessions de treball amb els joves, inclou els pares com a part de la intervenció i en línies generals millora els nivells d'evaluabilitat. D'altra banda, cal mencionar que des de 2010 i en col·laboració amb la Universitat de València i el Pla Nacional de Drogues ha continuat la sensibilització, i la prevenció del consum d'alcohol en dones en edat de gestació a través de la formació de més de 400 professionals de l'àmbit sanitari i/o social per a la detecció de patrons d'ús/abús d'alcohol durant la gestació.

GRÀFIC 14. Evolució nombre de participants prevenció selectiva

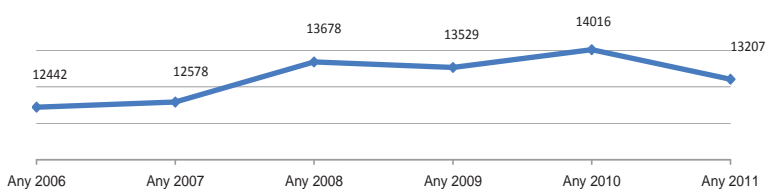


4.1.2.2. Els indicadors sobre demanda de tractament en els distints recursos assistencials

Dins del conjunt d'indicadors que ens permeten avaluar el tractament dels pacients en cada un dels centres i/o servicis assistencials, de rehabilitació o reinserció social, l'indicador d'admissió a tractament en les UCA constituïx la millor aproximació al nombre de tractaments assistencials que la xarxa és capaç de dispensar, i ens acosta al volum de la problemàtica que arriba al sistema sanitari, així com al tipus de substàncies per les quals es genera la demanda ementada.

L'indicador d'admissions a tractament en la versió actual es definix com el nombre de persones admeses a tractament ambulatori per abús o dependència de cada una de les substàncies psicoactives en un any. Les UCA han experimentat en els últims anys variacions en les notificacions per consum de substàncies, i es produïx per primera vegada l'any 2011 un canvi de tendència a la baixa en les notificacions d'admissió a tractament que continua l'any 2012 amb un 9,94% menys que l'any anterior (gràfic 15). Juntament amb estes variacions les UCA han demostrat la seua capacitat d'adaptació als canvis generats per les demandes a tractament fonamentalment en la variable de tipus de droga/drogues consumides (gràfic 16) i patró de consum (augment de les admissions per cànnabis i tabac i disminució de la sol·licitud de tractament per heroïna), perfil soci demogràfic del pacient (més presència de dones i població juvenil) i característiques de l'abús o dependència.

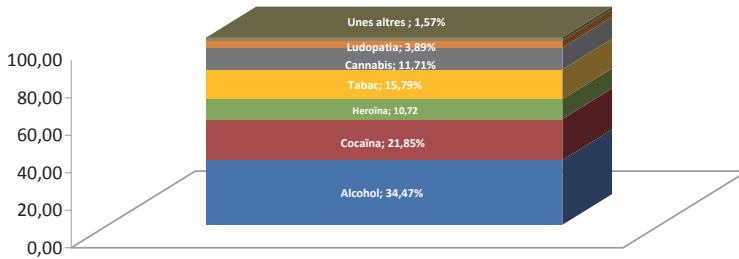
GRÀFIC 15. Evolució d'admissió a tractament



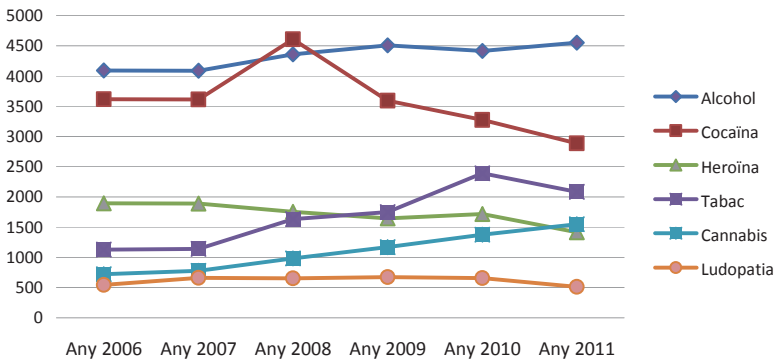
En la comparativa per anys (gràfic 17), el volum majoritari de treball en els recursos assistencials continuen sent els tractaments per problemes relacionats amb l'alcohol i la cocaïna, els quals han experimentant, juntament amb l'heroïna, un descens significatiu des de l'any 2008. Augmenten les admissions

a tractament per tabac i cànnabis durant l'any 2010, i coincideix amb la primera amb l'aplicació de la llei nacional contra el tabaquisme i mesures complementàries promulgades (Llei 42/2010), mentre que en els anys següents disminueixen juntament amb els tractaments dispensats per addicció al joc.

GRÀFIC 16. % d'admissió a tractament segons la substància (any 2011)



GRÀFIC 17. Evolució d'admissió a tractament segons substància

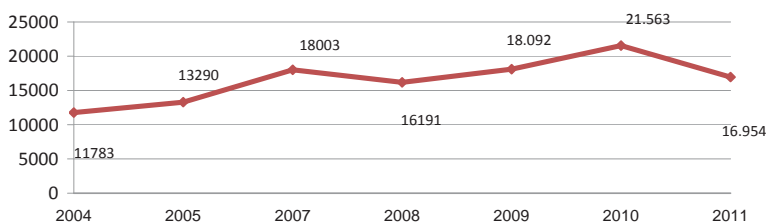


Amb les 38 unitats assistencials en funcionament i amb el reforç dels equips en algunes d'estes, la Comunitat Valenciana se situa, en una comparativa a nivell estatal, com la quarta comunitat autònoma amb nombre més gran d'admissions a tractament (PND, 2010), i això dona compte de la capacitat de treball de la xarxa assistencial valenciana.

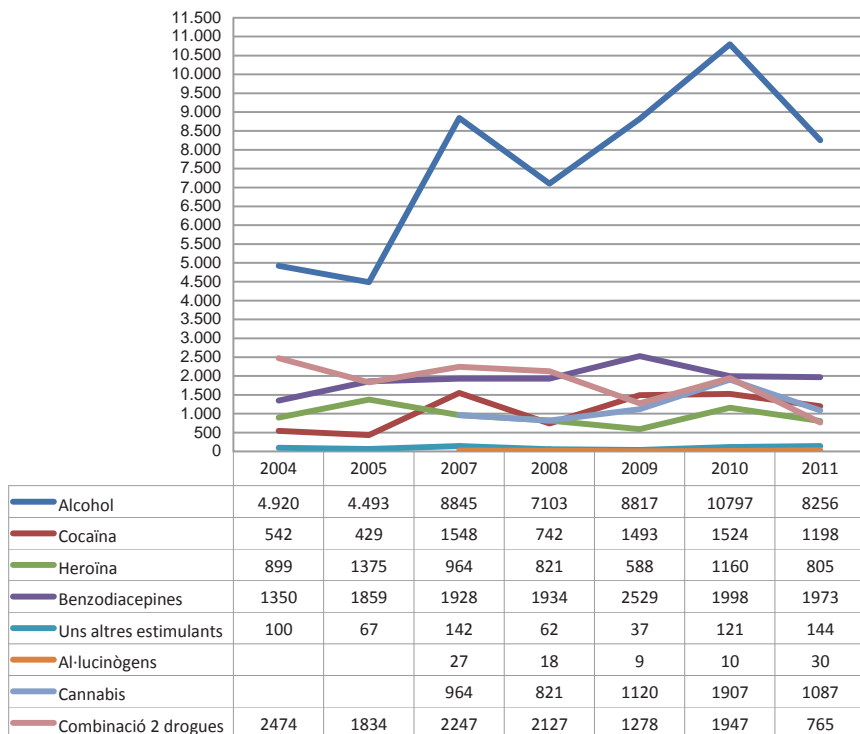
Juntament amb l'indicador anteriorment detallat, l'indicador d'urgències hospitalàries i l'indicador de mortalitat per reacció al consum drogues constitueixen els altres dos paràmetres fiables i consensuats a nivell europeu i nacional per a valorar la severitat dels problemes ocasionats pel consum de drogues en qualsevol àrea geogràfica.

En el cas de les urgències hospitalàries relacionades amb el consum no terapèutic de drogues psicoactives a la Comunitat Valenciana, la monitorització realitzada al llarg dels successius anys posa de manifest una tendència ascendent fins a 2010, seguida d'una disminució en 2011 per a tornar a incrementar-se en 2012 al voltant d'un 4%. Augment relacionat amb les urgències hospitalàries per alcohol i/o combinació de drogues (gràfic 18). En línies generals, les substàncies el consum de les quals es van mencionar més sovint en la història clínica van ser alcohol i benzodiacepines (gràfic 19). L'heroïna ha perdut presència en les urgències des de l'any 2005 amb un repunt en 2010, va tornar a descendir. Per la seua banda, la proporció de mencions de cocaïna mostra la tendència contrària encara que a partir de 2011 s'observa un lleuger descens. Cal significar també altres canvis produïts en els últims anys; les combinacions de drogues (fonamentalment d'alcohol amb cocaïna i alcohol amb benzodiacepines) les quals constituïen en 2004, després de l'alcohol, les substàncies més relacionades amb les urgències hospitalàries per drogues, descendixen fins a situar-se l'any 2011 en nivells molt inferiors, per a tornar a augmentar un 33% en 2012. D'altra banda, les urgències relacionades amb el cànnabis, augmenten des de l'any 2007 (primer any en què es registren urgències relacionades amb esta droga), i constitueixen actualment un 6% de les urgències registrades.

GRÀFIC 18. Urgències hospitalàries (estimacions de les freqüències per a tota la població de la Comunitat Valenciana segons el SIP)



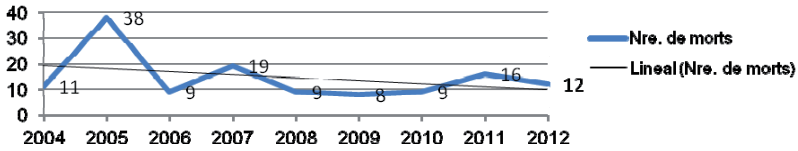
GRÀFIC 19. Evolució d'urgències hospitalàries (estimacions segons les substàncies)



Per la seua banda, l'indicador de mortalitat relacionat amb el consum de substàncies psicoactives o morts RASUPSI (morts per reacció aguda a substàncies psicoactives) se centra a registrar els casos de morts per reacció aguda després del consum de substàncies, i és rellevant per a reflectir l'impacte social i sanitari de l'ús de drogues. Este indicador arreplega informació sobre morts amb intervenció judicial, en què la causa directa i fonamental de la mort és una reacció adversa aguda després del consum no mèdic o intencional de substàncies psicoactives (excepte alcohol i tabac). En el cas de la Comunitat Valenciana este indicador s'extrau dels casos arreplegats per l'Institut de Medicina Legal i subscrits a la ciutat de València.

Els registres reflectits en el gràfic 20 mostren una tendència a la baixa en els anys comparats, i s'arreplega la notificació total de 130 defuncions relacionats. Açò suposa una taxa per milió d'habitants del 13,14, nivells relativament baixos si els comparem amb els registrats pel Pla Nacional sobre Drogues per a altres ciutats i províncies (PND, 2009).

GRÀFIC 20. Evolució nombre de morts per reacció aguda a substàncies psicoactives (ciutat de València)



En línies generals, l'indicador de morts RASUPSI mostra en tota la sèrie diversos trets constants; predomini masculí amb consum recent de drogues, edat mitjana de 37,1 anys, cocaïna com a droga comuna detectada mesclada amb altres substàncies com ara metadona i benzodiacepines i alçament del cadàver en el mateix domicili.

Descrits succintament els tres indicadors propis del Sistema Autonòmic Valencià d'Informació en Addiccions (SAVIA), donada la seua importància com a font notificadora al Sistema Estatal d'Informació Permanent Sobre Addiccions a Drogues (SEIPAD), s'afeg finalment i en relació amb l'activitat exercida per la xarxa complementària d'atenció sanitària i social al malalt drogodependent, algunes tendències generals extretes de l'anàlisi dels indicadors disponibles en el sistema d'informació valencià SECAD (Sistema d'Avaluació de la Qualitat Assistencial en Drogodependències).

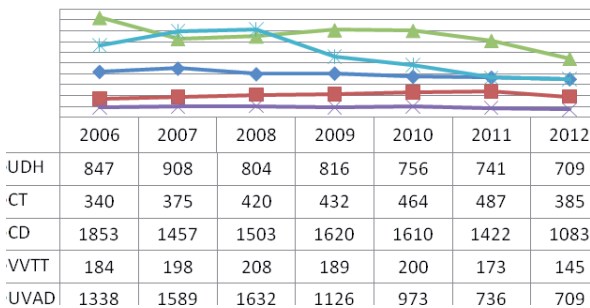
- Es mantenen relativament estables el nombre de desintoxicacions amb un lleuger descens ($\pm 2\%$) a pesar que es disposa de tres unitats de desintoxicació hospitalària menys des de 2011.
- Disminució del 20% de la demanda en deshabitació residencial (comunitats terapèutiques) i l'estada mitjana dels pacients és de 131 dies per a 2012 i continuïtat de la bretxa entre sol·licituds i ingressos amb un 30% de demanda per cobrir.

- Durant la fase terapèutica de reinserció, la xarxa valenciana de centres de dia ha augmentat el nombre de recursos fins a 2011, i es disminuïx el desfasament entre la demanda i l'oferta en 10 punts percentuals des de 2008 fins a 2011. A pesar d'això, en 2012 amb la disminució de 6 centres, s'estima un desfasament entre l'oferta i la demanda del $\pm 23\%$. Situació semblant és la que afecta les vivendes tutelades, en les quals es manté el nombre de dispositius es registra un 26% de la demanda sense cobrir, la qual cosa posa de manifest la necessitat d'aplicar els protocols de derivació de forma uniforme i l'adaptació minuciosa dels programes als perfils dels usuaris, qüestió que s'espera corregir amb l'especialització dels centres d'estada residencial en vivendes de suport al tractament (VAT) i vivendes de suport a la inserció social (VAIS) En els dos recursos al voltant d'un 69% dels pacients arriben derivats per problemes relacionats amb l'alcohol ($\pm 40\%$) i la cocaïna ($\pm 29\%$) .

- Es manté estable el nombre de centres acreditats per a l'exercici d'activitats d'atenció socio sanitària relacionada amb la reducció de danys (centres de baixa exigència) amb un descens del nombre d'atencions realitzades (descens del 20% de l'activitat).

- Descens del nombre d'atencions realitzades en els dispositius de suport i valoració (UVAD) a pesar de comptar amb dos dispositius més des de 2009, i es relaciona el 40% de les intervencions amb cocaïna.

GRÀFIC 21. *Evolució nombre de persones ateses en recursos complementaris*



4.1.2.3. Els indicadors sobre l'activitat formativa i investigadora

Finalment i en relació amb l'activitat formativa i investigadora promocionada des de la Conselleria de Sanitat a través del Servei de Drogodependències, cal destacar que els dos constitueixen un eix fonamental sobre el qual assegurar la capacitat de la xarxa de professionals vinculats directament o indirectament a l'àmbit de les addicions i la millora i perfeccionament de la pròpia xarxa valenciana d'atenció pública i els tractaments i les intervencions que des d'esta es dispensen, i s'assegura un treball de qualitat desenrotllat sempre amb paràmetres estrictament científics.

La formació implementa a través de diverses institucions (EVES, IVASP, OMS, FEPAD, universitats) i entesa com ara la capacitat de nous professionals, el reciclatge dels equips que ja desenrotllen la seua labor en la prevenció, l'atenció o la reinserció o l'especialització en determinades patologies o aspectes relacionats amb les diferents drogodependències, són una constant en la política sanitària en matèria de drogues, la mostra d'això són els més de 110 cursos oferits, les més de 4.800 hores invertides i els 11.335 participants des de 2006. A això cal afegir la diversificació en l'oferta, dirigir les accions formatives tant a professionals sanitaris com de l'àmbit social, així com la combinació de metodologies presencials i en línia dirigides a millorar els nivells de participació.

Paral·lel a açò, la investigació proporciona els coneixements i l'evidència necessària per a garantir l'evolució de les pràctiques desenrotllades en l'àmbit dels trastorns addictius. En este sentit, el suport a la creació de recursos en investigació en drogodependències, el finançament de projectes, i la col·laboració i cooperació internacional han sigut les estratègies que s'han utilitzat per a impulsar la investigació, i s'obtenen alguns resultats que es ressalten a continuació:

- S'ha impulsat una unitat específica de suport a la investigació, la qual cosa ha facilitat la constitució d'equips multidisciplinaris i la realització d'estudis d'avaluació i de caràcter bàsic i clínic. Més de 30 estudis dins de les línies d'estudi prioritàries definides en el Pla Estratègic. Així mateix, s'ha fomentat la divulgació de les troballes, per mitjà de la realització d'articles, guies, material didàctic, etc., no sols dirigida a la comunitat científica sinó també a la població general.

- Des de la Fundació per a l'Estudi, Prevenció i Assistència a les Drogodependències (FEPAD) s'ha consolidat l'oferta de convocatòries públiques d'ajuda a la investigació, amb quatre edicions.
- S'ha potenciat la col·laboració i cooperació nacional i internacional per a la transferència de coneixements a través de trobades internacionals d'experts de l'Organització Mundial de la Salut.

4.1.3. Una aposta per l'estandardització de l'assistència en trastorns addictius

La Direcció General de Drogodependències fins a 2011, ara Servei de Gestió, després del treball desenrotllat per a estandarditzar els diferents protocols d'assistència segons substàncies i interessada a continuar contribuint a la normalització dels processos de la xarxa assistencial, ha elaborat en el període comprés entre 2006-2011 una sèrie de recomanacions documentant els processos clínics i s'incorpora l'evidència científica a la qual ha de constituir la pràctica diària en la xarxa assistencial valenciana.

Este treball s'ha plasmat en la sèrie Guies de Recomanacions Clíniques composta per:

1. Procés d'assistència en les unitats de conductes addictives: recomanacions clíniques sobre trastorns addictius i procés terapèutic a seguir en les unitats de conductes addictives,
2. Recomanacions d'actuació psicològica en els trastorns addictius (alcohol i cocaïna): recomanacions dirigides a millorar l'atenció psicològica dispensada i augment de la retenció dels pacients en el seu tractament.
3. Recomanacions diagnòstiques i terapèutiques en els problemes relacionats amb l'alcohol
4. Recomanacions diagnòstiques i terapèutiques en els problemes relacionats amb opiacis.
5. Recomanacions diagnòstiques i terapèutiques en els problemes relacionats amb la cocaïna.



D'esta manera, amb estes recomanacions clíniques sobre els trastorns addictius amb major càrrega sanitària i social, es dona un pas més en

l'estandardització del model d'atenció a les drogodependències a la Comunitat Valenciana.

Estandarditzar el model d'assistència implica apostar per l'homogeneïtat de la xarxa valenciana, per la garantia de qualitat en els tractaments prestats i per la millora contínua en l'atenció a la població valenciana buscant sempre l'optimització dels resultats en termes de guany de salut i reforç del sistema d'atenció a les drogodependències i altres trastorns addictius

5

**Metodologia utilitzada en
l'elaboració del III Pla Estratègic de
Drogodependències i altres trastorns
addictius**

En consonància amb les elaboracions realitzades per la Conselleria de Sanitat en el III Pla de Salut i el Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut 2009-2011, el III Pla Estratègic sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius presenta la novetat d'utilitzar la metodologia Balanced Scorecard (Kaplan. R.; Norton, D. 1992) en una successió de diverses anàlisis a través de diferents ferramentes metodològiques que a continuació es detallen:

5.1. FASE 1: Metodologia utilitzada per a la valoració diagnòstica

Objectiu: identificar els trets clau de la situació actual per a definir les línies estratègiques a través d'una adequada planificació.

Metodologia: anàlisi DAFO realitzat pel grup coordinador del Pla Estratègic, format per responsables de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

El diagnòstic de la situació actual se sintetitza en forma de constatacions (juís de valor sobre la situació amb un nivell d'evidència conegut) identificades pel grup coordinador, a través del seu coneixement de la realitat actual i del document d'avaluació del Pla Estratègic sobre Drogodependències i altres Trastorns Addictius de la Comunitat Valenciana 2006-2010 emés per l'Observatori Valencià de Drogodependències.

Després de la realització de la matriu DAFO es realitze una anàlisi CAME (corregir, afrontar, mantindre i explotar) per a la definició de les línies estratègiques prioritàries.

La identificació de les constatacions incloses en la matriu DAFO es van obtenir a través de la realització d'un taller de reflexió amb utilització de la ferramenta metodològica Tècnica del Grup Nominal (TGN) o Metaplan®, mètode de suport per a generar idees i obtenir consensos.

Resultat: Construcció d'una doble matriu DAFO-CAME ordenades en quatre àrees (fortaleses, debilitats, oportunitats i amenaces), segons la valoració positiva o negativa i l'àmbit intern o extern, amb una anàlisi posterior per a establir les línies estratègiques.

5.2. FASE 2: Metodologia utilitzada per a la definició de missió, visió i mapa estratègic

Objectiu: transformar les línies estratègiques obtingudes en la fase anterior en objectius operatius, de manera que es potencie la consecució de resultats a través de l'alineament de les perspectives estratègiques de l'organització.

Metodologia: Balanced Scorecard (Kaplan. R.; Norton, D. 1992) és una ferramenta que permet explicitar l'estratègia en objectius, i configurar un mapa estratègic governat per la relacions CAUSA-EFECTE entre tots els objectius estratègics. Aborda l'estratègia de la Conselleria de Sanitat en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius des de quatre perspectives ordenades:

- La perspectiva de RESULTATS finals a aconseguir per la Conselleria de Sanitat en el període de vigència del III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius fins 2015.
- Els servicis a proveir per a aconseguir eixos resultats per als AGENTS D'INTERÉS, definits com qualsevol individu o grup amb algun interès en què el Pla Estratègic siga reeixit en l'abast dels seus resultats i manteniment de la seua viabilitat.
- Els PROCESSOS INTERNS que permeten a la Conselleria de Sanitat aconseguir els resultats per a donar els servicis previstos en el Pla Estratègic.
- La perspectiva de DESENROTLLAMENT FUTUR en què s'aborden les actuacions futures que la Conselleria de Sanitat ha d'emprendre per a acostar-se a la visió establida en el Pla Estratègic.

A més, la metodologia proposada permet la traducció operativa i ordenada de les accions a realitzar per a complir les metes proposades en el Pla Estratègic, a través de la prioritització de plans d'acció (agrupació de les activitats a realitzar en projectes, i selecció dels més rellevants d'acord amb una seqüència d'implantació òptima basant-se en les sinergies, les interdependències generades i els requeriments de recursos de l'organització). En este sentit se seleccionen aquells plans d'acció que tinguen un major impacte sobre el nombre més ampli d'objectius possibles.

Resultat: definició d'un mapa estratègic que permeta alinear missió i visió de la Conselleria de Sanitat amb les línies estratègiques establides i els objectius generals i específics definits per a cada una de les quatre perspectives proposades: resultats, agents d'interés, processos interns i desenvolupament futur.

5.3. FASE 3: Metodologia utilitzada per a la creació d'un sistema d'indicadors

Objectiu: definir un adequat sistema de seguiment per a la implantació del III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius que permeta:

- Mesurar el grau de consecució dels objectius estratègics proposats.
- Anticipar desviacions en l'execució de l'estratègia definida en el Pla Estratègic.
- Identificar i corregir les causes de les desviacions.
- Alinear a l'organització amb l'estratègia corporativa.
- Metodologia: elaboració d'una base d'indicadors en funció dels criteris següents:
 - Rellevants: relació causal entre l'indicador i l'objectiu estratègic a mesurar.
 - Comprensibles: indicadors intel·ligibles per tota l'organització.
 - Eficients: indicadors que permeten traure conclusions de les dades.
 - Actualitzats: indicadors la informació o del qual contingut siga capturat quan es genera. No ha d'involucrar processos manuals addicionals.
 - Incentivadors: indicadors que incentiven l'exercici i ajuden a comprendre i identificar els estàndards d'exercici (performance).

- Clars: indicadors que permeten identificar la necessitat d'ajustar iniciatives, activitats i processos concrets per a millorar els resultats desitjats.
- Resultat: disseny d'una matriu d'indicadors per a avaluar el compliment dels objectius estratègics definits en el III Pla Estratègic de Drogodependències i altres Trastorns Addictius.

6

**III Pla Estratègic de Drogodependències
i altres trastorns adicctius de la
Comunitat Valenciana**

6.1. Valoració diagnòstica

6.1.1. Fortaleses, debilitats, amenaces i oportunitats en l'àmbit de les drogodependències i altres trastorns addictius

Aplicada la metodologia pròpia per a la construcció d'una matriu DAFO, s'han identificat les constatacions següents per a cada una de les àrees previstes:

Fortaleses: factors interns controlables (recursos humans, econòmics, àrees de negoci, mercats, productes) que permeten obtenir un benefici a l'organització

1. Tots els temes relacionats amb drogodependències es gestionen en una mateixa xarxa: els servicis i programes que es dediquen a l'atenció i prevenció de la drogodependència i altres trastorns addictius són gestionats per la Conselleria de Sanitat dins d'una xarxa integrada, de manera que es facilita el treball coordinat de tota la xarxa.
2. L'assistència està integrada en l'atenció primària: la resposta assistencial que s'oferix als pacients amb problemes de drogodependència o altres trastorns addictius des dels recursos centrals (UCA) es realitza dins del sistema públic de salut i integrada amb el nivell d'atenció primària.
3. Les ONG tenen una gran flexibilitat: la prestació d'una sèrie de servicis per mitjà d'organitzacions autònomes que treballen amb la Conselleria de Sanitat dota la provisió d'una gran capacitat d'adaptació a les necessitats i demandes de l'organització.

4. Els resultats assistencials se situen a l'altura de la resta de països occidentals: les ràtios d'activitat assistencial de la Direcció General i els resultats coneguts dels diferents programes són semblants als registrats en altres països del nostre entorn que es consideren referència en l'atenció a les drogodependències i altres trastorns addictius.

5. Els equips són multidisciplinaris: els equips assistencials que tracten els trastorns addictius estan formats per diferents perfils professionals, que es complementen entre si: metges, infermeres, psicòlegs, treballadors socials, etc.

6. Àmplia cobertura poblacional assistencial: els servicis assistencials que tracten els trastorns addictius s'ocupen de totes les persones que els necessiten a tota la Comunitat Valenciana.

7. Definició de programes, objectius i indicadors: la Conselleria de Sanitat té un important nivell de definició dels diferents processos i abordatges necessaris per a oferir assistència a trastorns addictius de manera eficient.

Debilitats: obstacles i limitacions internes que la realitat estudiada té quan es compara amb altres realitats del mateix entorn

1. La detecció de necessitats no es realitza de manera sistemàtica: hi ha una certa limitació d'instruments que permeten identificar de manera periòdica i estructurada les necessitats que la societat té respecte als trastorns addictius i la drogodependència.

2. Escassa avaluació en els processos i programes: l'organisme encarregat de la drogodependència i els trastorns addictius a la Comunitat Valenciana no compta amb les ferramentes i metodologies que li permeten avaluar sistemàticament la totalitat dels seus processos i programes.

3. Els sistemes d'informació no estan tots integrats entre si: hi ha una carència de sistemes d'informació que permeten gestionar i avaluar l'atenció actual a la drogodependència i altres trastorns de manera conjunta i integrada.

4. No s'apliquen de manera sistemàtica productes amb evidència contrastada en la prevenció: hi ha mesures desenrotllades en la prevenció de les quals no es coneixen de manera contrastada els beneficis, siga perquè no compten amb mecanismes d'avaluació o perquè no hi ha l'evidència necessària en la bibliografia.

5. La distribució dels recursos en el mapa sanitari és millorable: hi ha encara algun desequilibri territorial en la dotació de determinats recursos dels diferents servicis dedicats a l'atenció a les drogodependències i trastorns addictius a la Comunitat Valenciana.

6. La coordinació i interacció amb altres sectors de la societat i institucions públiques presenta carències: el treball conjunt amb altres sectors i altres administracions en temes relacionats amb l'atenció a les drogodependències i altres trastorns addictius és sempre una àrea amb dificultats i, per tant, la seua situació és millorable.

Amenaces: factors externs que podrien afectar la realitat estudiada, tant en el seu desenrotllament operatiu com a llarg termini

1. La societat actual dóna poca importància al problema de la drogodependència: els problemes relacionats amb la drogodependència no són percebuts en tota la seua magnitud per part de la societat, i hi ha un alt grau de permissivitat respecte a certs consums, així com desinformació de totes les seues conseqüències.

2. Els recursos són limitats: com en qualsevol altra activitat, el volum de recursos destinat a la prevenció i el tractament dels trastorns addictius és limitat. La perspectiva de pressió previsible sobre el finançament en els pròxims anys aguditzarà amb tota probabilitat la necessitat de sostenibilitat del sistema. A més, queda constatat que els recursos disponibles de molts municipis per a l'atenció a les drogodependències són limitats, i han d'atendre també altres àrees d'actuació.

3. La població/cultura es diversifica: la societat actual s'ha fet més complexa durant els últims anys, i hi conviuen persones de diferent procedència i cultura. Este fet provoca l'aparició de nous hàbits de consum i nous trastorns addictius desconeguts fins ara a la Comunitat Valenciana.

4. Estan apareixent noves addiccions davant de les quals encara no se sap com actuar: la complexitat i la ràpida evolució de la societat actual fa que apareguen noves conductes addictives amb relativa rapidesa, i això dificulta la definició de respostes adequades a curt termini.

5. No hi ha uns protocols específics d'intervenció en el camp de la prevenció: els recursos i servicis dedicats a la prevenció no compten amb mecanismes d'actuació i avaluació normalitzats que aborden la seua idoneïtat i eficàcia.

Oportunitats: factors externs que poden ser beneficiosos per a la realitat estudiada i per a la consecució dels seus objectius a mitjà i llarg termini

1. Les noves tecnologies permetran millorar la prevenció i la resposta assistencial: les noves tecnologies augmenten les possibilitats d'actuació en el camp de la prevenció i assistència a les conductes addictives, millorant l'eficiència i eficàcia dels servicis i recursos dedicats a això.
2. S'incorpora la perspectiva de gènere a l'hora d'establir programes més personalitzats: la tendència de la nostra societat a incorporar la perspectiva de gènere, així com les polítiques d'equitat cap a altres col·lectius, afavorix la personalització de l'atenció dirigida a col·lectius específics que requereixen esforços especials per a garantir la seua igualtat d'oportunitats en l'accés a un servici personalitzat.
3. Hi ha la possibilitat d'intervindre en nous àmbits d'actuació (laboral, etc.): el camp d'actuació a l'hora de treballar la prevenció i el tractament de problemes addictius pot ampliar-se a nous àmbits, que aportarien sinergies i nous enfocaments.
4. Noves tècniques d'investigació: l'aparició de noves tècniques d'investigació en el camp de la prevenció i el tractament de la drogodependència i altres trastorns addictius permetrà millorar el coneixement en este tema i afinar així les possibles respostes.

6.1.2. Definició de línies estratègiques

L'encreuament de les constatacions identificades en la fase diagnòstica (anàlisi DAFO), a través de l'anàlisi CAME, permet la formulació de deu línies estratègiques que constitueixen la base de desenrotllament d'este pla estratègic.

FIGURA 3. Principals resultats extrets de l'anàlisi diagnòstica DAFO

	AMENACES	OPORTUNITATS
	<ul style="list-style-type: none"> 6. La societat actual dóna poca importància al problema de la drogodependència. 7. Els recursos són limitats. 8. La població/cultura es diversifica. 9. Estan apareixent noves addiccions davant de les quals encara no se sap com actuar: 10. No hi ha uns protocols específics d'intervenció en el camp de la prevenció. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les noves tecnologies permetran millorar la prevenció i la resposta assistencial: S'incorpora la perspectiva de gènere a l'hora d'establir programes més personalitzats. • Hi ha la possibilitat d'intervindre en nous àmbits d'actuació (laboral, etc.). • Noves tècniques d'investigació.
FORTALESES	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tots els temes relacionats amb drogodependències es gestionen en una mateixa xarxa. 2. L'assistència està integrada en l'atenció primària. 3. Les ONG tenen una gran flexibilitat. 4. Els resultats assistencials se situen a l'altura de la resta de països occidentals. 5. Els equips són multidisciplinaris. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Desenrotllar nous programes d'abordatge per a les noves addiccions. 2. Millorar els resultats en prevenció i assistència. 3. Reforçar la política de sensibilització i comunicació. 4. Desenrotllar les TIC en l'àmbit assistencial. 5. Utilitzar les noves tecnologies en la comunicació i prevenció. 6. Adequar les intervencions a les diferències dels usuaris.
DEBILITATS	<ul style="list-style-type: none"> • La detecció de necessitats no es realitza de manera sistemàtica: • Escassa avaluació en els processos i programes. • Els sistemes d'informació no estan tots integrats entre si. • No s'apliquen de manera sistemàtica productes amb evidència contrastada en la prevenció. • La distribució dels recursos en el mapa sanitari és millorable: • La coordinació i interacció amb altres sectors de la societat i institucions públiques presenta carències. 	<ul style="list-style-type: none"> 7. Millorar la gestió dels recursos, processos i programes. 8. Reforçar la coordinació intersectorial. 9. Utilitzar les tècniques d'investigació per a avaluar necessitats i programes. 10. Avaluar el compliment dels objectius de prevenció per la xarxa.

El detall de les línies estratègiques establides en la matriu DAFO-CAME és:

<p>1. Desenvolupar nous programes d'abordatge per a les noves addiccions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipar-se i respondre de manera eficient a les noves addiccions que estan apareixent en la nostra societat
<p>2. Millorar els resultats en prevenció i assistència</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cobertura i els paràmetres avaluable
<p>3. Recolzar la política de sensibilització y comunicació</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar amb eficàcia els èxits aconseguits i incidir en els problemes que les drogodependències tenen per a la societat
<p>4. Desenvolupar les TIC en l'àmbit assistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Millorar la resposta assistencial a través de les noves tecnologies
<p>5. Utilitzar les noves tecnologies en la comunicació i prevenció</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar-se de les noves tecnologies per a comunicar i sensibilitzar la població
<p>6. Adequar les intervencions a les diferències dels usuaris</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar els servicis a les característiques particulars dels diferents col·lectius de la societat
<p>7. Millorar la gestió dels recursos, processos i programes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establir sistemes de gestió adequats i eficients per a respondre a les necessitats
<p>8. Recolzar la coordinació intersectorial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Millorar la coordinació amb les diferents institucions implicades en la prevenció i assistència a les drogodependències
<p>9. Utilitzar les tècniques d'investigació per a avaluar necessitats i programes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilitzar les noves tecnologies per a conèixer, de manera sistemàtica, l'impacte de les accions a desenvolupar
<p>10. Avaluar el compliment dels objectius de prevenció per la xarxa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generalitzar l'avaluació de les actuacions i modular les intervencions en funció dels resultats de l'avaluació

6.2. Missió i visió del III Pla Estratègic de Drogodependències i altres trastorns addictius

6.2.1. Missió i principis rectors del Pla Estratègic

El III Pla Estratègic sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius assumix tant, els principis rectors del pla estratègic anterior com la missió d'haver de regir qualsevol actuació en el camp de les drogodependències i altres trastorns addictius:

MISSIÓ

“Necessitat de disminuir la vulnerabilitat davant de totes les drogodependències i altres trastorns addictius i pal·liar les seues conseqüències.”

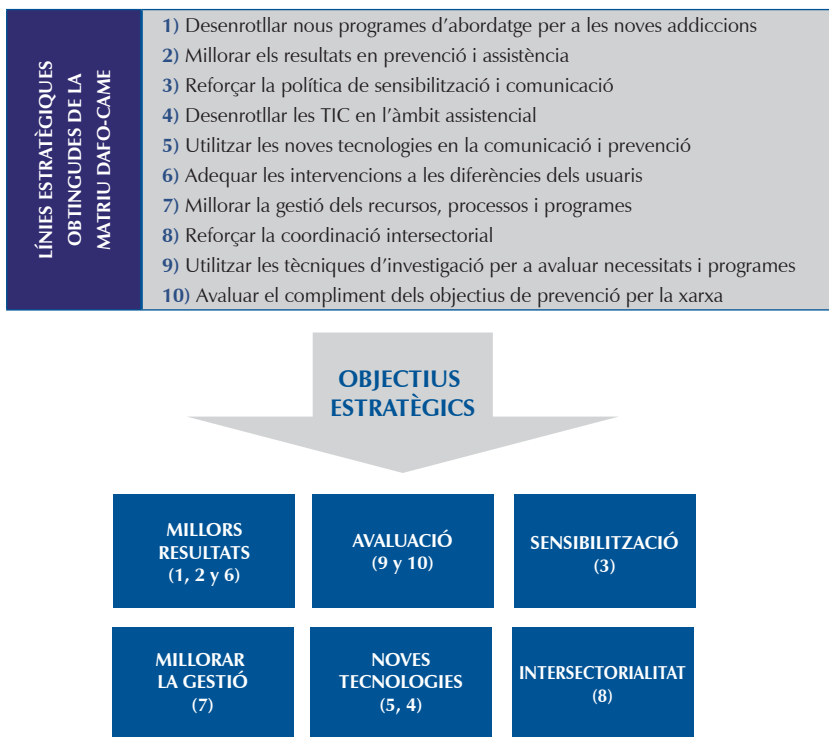
PRINCIPIS RECTORS

- Consideració a tots els efectes de les drogodependències i altres trastorns addictius com a malalties comunes, amb repercussions en les esferes biològica, psicològica i social de la persona.
- Responsabilitat pública, coordinació intersectorial i política d'actuació.
- Promoció dels hàbits saludables, rebuig del consum de drogues i solidaritat amb els afectats.
- Priorització de les estratègies preventives.
- Consideració de la prevenció, assistència i integració dels malalts com un procés unitari i continuat.
- Establiment de criteris d'eficàcia i eficiència, i avaluació contínua dels resultats de les actuacions i programes.

6.2.2 Visió del Pla Estratègic

Quant a la visió cap a la qual la Conselleria de Sanitat pretén dirigir el seu pla estratègic i els resultats que es desitgen obtindre per a l'any 2015, es valoren les deu línies estratègiques obtingudes del diagrama DAFO-CAME reagrupant-les en sis eixos estratègics sobre els quals s'establix la visió:

FIGURA 4. Relació entre línies i objectius estratègics



VISIÓ

“La Generalitat Valenciana, en matèria de trastorns addictius, serà reconeguda per estar entre les primeres comunitats autònomes en la millora sistemàtica dels resultats de l’atenció assistencial de les addiccions i el màxim benefici de les iniciatives de prevenció, a través de l’avaluació de les intervencions i per mitjà de l’increment de la sensibilització dels actors socials clau.

La Conselleria de Sanitat, com a institució, s’encarregarà de vetlar per la integració de les noves tecnologies i sistemes d’informació i per millorar la col·laboració intersectorial entre administracions públiques i altres organismes, amb l’objectiu de disminuir la vulnerabilitat a les drogodependències i altres trastorns addictius.”

6.3. Descripció d'objectius i mapa estratègic

Definides les línies estratègiques per mitjà del diagnòstic de la situació actual i a través de la reflexió sobre mesures que cal adoptar per a resoldre els problemes actuals o per a millorar els servicis que es presten, es definen els objectius generals i específics de manera transversal per a totes les perspectives previstes (resultats, agents d'interés, processos interns i desenvolupament futur) i es conforma un mapa estratègic caracteritzat per les relacions causa-efecte entre tots els objectius i dirigit a la consecució de la "missió" i la "visió" establides.

6.3.1 Objectius estratègics per a la perspectiva de resultats

El III Pla Estratègic sobre Drogodependències identifica en la perspectiva de resultats tres objectius generals (A, B, C) i cinc objectius específics.

A. Millorar els resultats de l'atenció assistencial

1. Incrementar l'adhesió a tractament dels pacients facilitant el contacte amb els recursos assistencials, el diagnòstic de patologies i el tractament posterior.
2. Facilitar la detecció precoç del consum de substàncies i conductes addictives per a facilitar el diagnòstic prompte i l'inici de possibles tractaments.

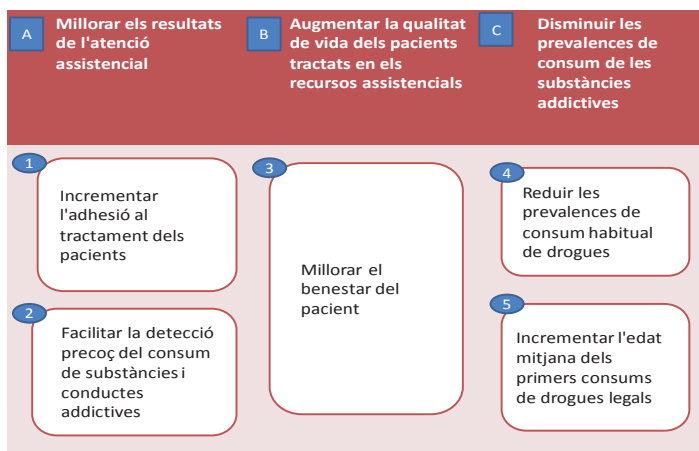
B. Augmentar la qualitat de vida dels pacients tractats en els recursos assistencials

3. Millorar el benestar del pacient augmentant els seus nivells de salut i reinserció social i laboral i minimitzant l'impacte en els seus familiars i persones de suport.

C. Disminuir les prevalences de consum de les substàncies addictives

4. Reduir les prevalences de consum habitual de drogues legals i il·legals tant en població general com en població adolescent-juvenil (14-18 anys).
5. Incrementar l'edat mitjana dels primers consums d'alcohol i tabac en col·lectius d'adolescents i joves (14-18 anys) i augmentar la percepció de risc sobre altres substàncies.

FIGURA 5. Resum d'objectius estratègics (perspectiva resultats)



6.3.2. Objectius estratègics per a la perspectiva d'agents d'interés

El III Pla Estratègic s'ha dissenyat pensant en quatre tipus d'agents d'interés, concretant-los en **“pacients”, “familiars”, “institucions” i “ciutadans”**.

- **Pacients:** persones amb algun tipus de trastorn addictiu o en situació de risc o vulnerabilitat de patir-ne, que són atesos dins de la xarxa de recursos que disposa la Conselleria de Sanitat.
- **Familiars:** persones pertanyents o pròximes al nucli familiar del malalt drogodependent o individus en situació de risc, que oferixen el seu suport per a la prevenció del consum de drogues o tractament i recuperació del pacient.
- **Institucions:** col·lectiu d'institucions considerades actors principals dins de la prevenció, atenció i/o reinserció dels usuaris dels recursos de la Conselleria de Sanitat en matèria de trastorns addictius. Estes institucions queden emmarcades als efectes d'este pla en tres grans grups; administracions públiques, organitzacions no governamentals (ONG) i mitjans de comunicació social.
- **Ciutadans:** habitants de la Comunitat Valenciana amb un interès general que els trastorns addictius siguen previnguts i tractats de la millor manera possible, així com col·lectius vulnerables davant del consum de drogues i

els trastorns addictius per determinades característiques sociodemogràfiques (edat, gènere...)

Dins d'esta perspectiva es troben definides les propostes de valor que la Conselleria de Sanitat, en matèria de drogodependències, aporta a cada un dels agents d'interés de manera particularitzada. D'esta manera, hi ha quatre propostes de valor clarament diferenciades d'acord amb les necessitats de cada col·lectiu, i que queden englobades en:

AGENTS D'INTERÉS	NECESSITATS	PROPOSTES DE VALOR
PACIENTS	<p>Les expectatives dels pacients atesos en les unitats de conductes addictives són:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca d'informació sobre possibles tractaments. • Trobar suport i instruments que els permeten afrontar la seua decisió de tractar la seua patologia addictiva. • Trobar tractament personalitzat de la seua patologia addictiva, compatibilitzat, si és el cas, amb altres patologies concurrents. • Suport en el seu procés de reinserció social. 	<p>Adaptar la cartera de servicis a les necessitats individuals dels pacients, incrementant la seua participació, així com la informació que se'ls facilita, a fi d'aconseguir una major adhesió al tractament i la seua reinserció social i laboral.</p>
FAMILIARS	<p>Les necessitats que mostren els familiars com a persones més pròximes al pacient durant el seu tractament són:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca d'informació sobre l'abordatge terapèutic de la malaltia.. • Busca d'estratègies que afavorisquen l'adhesió del pacient al tractament. • Necessitat de ser part activa de la detecció de possibles recaigudes, afrontant d'esta manera tasques de prevenció. • Suport emocional durant el temps de tractament. 	<p>Tractar les famílies com a usuaris actius dels servicis, definint estratègies actives i abordant tasques de prevenció i atenció preventivoassistencial..</p>
INSTITUCIONS	<p>Les estratègies d'abordatge dels trastorns addictius són de caràcter transversal i afecten múltiples sectors i institucions. Això és especialment cert en els abordatges preventius i de reinserció. És per això que una part substancial de les intervencions ha de realitzar-se en col·laboració amb amplis sectors socials. En este abordatge intersectorial, altres institucions poden buscar el suport tècnic dels servicis de drogodependències a fi de facilitar l'exercici de la seua labor.</p>	<p>Col·laboració transversal amb totes les institucions implicades, per a definir i establir acords d'actuació conjunta que optimitzen la intervenció intersectorial per a la prevenció, tractament i reinserció dels pacients amb conductes addictives.</p>
CIUTADANS	<p>En ple segle XXI, la població de la Comunitat Valenciana busca estar cada vegada més informada sobre temes que afecten o poden afectar la seua salut. La demanda d'informació tractada i comprensible és cada vegada major, tant pel que fa a la prevenció com als prejudis que comporten les addicions i els tractaments existents per a abordar-los.</p>	<p>Capacitar la societat per a manejar els riscos associats als comportaments i substàncies addictives.</p>

Una vegada aclarits els conceptes referits a cada col·lectiu, els objectius generals i específics marcats per a cada un dins d'este mapa són els següents:

Agent d'interés: PACIENTS

D. Millorar la qualitat dels programes de tractament assistencial

6. Adaptar la cartera de servicis a les necessitats de grups vulnerables a través de l'elaboració de plans terapèutics personalitzats i millora en l'estratègia del seu seguiment.
7. Disminuir les demores d'atenció en tots els servicis:
 - Reduir el temps de resposta en el primer contacte per a realitzar el diagnòstic i començar un tractament.
 - Reduir el temps de derivació dels pacients des de les unitats de conductes addictives a altres recursos complementaris.

Agent d'interés: FAMILIARS

E. Facilitar la labor dels progenitors i la família com a agents clau en la prevenció del consum de drogues i prevenció de recaigudes

8. Dotar les famílies, des de les unitats de prevenció comunitària de conductes addictives, de ferramentes pràctiques per a la prevenció del consum de drogues a través del disseny i la implantació de programes i activitats sensibilitzadores, informatives, formatives... dirigides als progenitors i al foment d'espais de trobada i aprenentatge conjunt entre pares i fills en matèria d'educació per a la salut.
9. Oferir des de les unitats de conductes addictives una assistència psicològica a les famílies de forma més protocol·litzada i sistemàtica que facilite una atenció normalitzada.

Agent d'interés: INSTITUCIONS

F. Desenrotllar actuacions conjuntes entre institucions i agents clau implicats en l'àmbit de les drogodependències

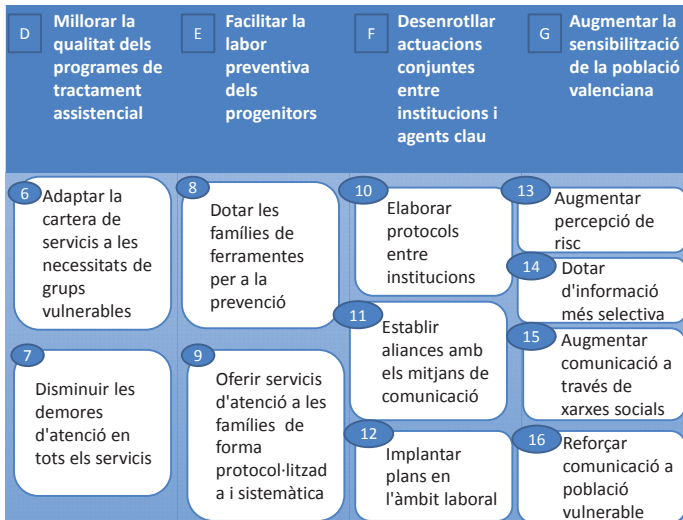
10. Elaborar protocols d'actuació entre les principals institucions implicades en la prevenció i atenció als trastorns addictius (intersectorialitat).
11. Establir aliances estratègiques amb els mitjans de comunicació perquè adquirisquen un paper actiu com a generadors d'opinió en matèria de drogodependències.
12. Implantar plans de drogodependències en l'àmbit laboral a través del foment d'acords d'actuació conjunta amb representants laborals.

Agent d'interés: CIUTADANS

G. Augmentar la sensibilització de la població valenciana davant dels riscos i les problemàtiques derivades del consum de drogues

13. Augmentar la percepció del risc associat a qualsevol tipus o patró de consum de drogues.
14. Dotar d'informació més selectiva la població segmentant i especificant amb més detall els missatges emesos sobre els perjudicis que genera el consum de substàncies addictives.
15. Augmentar la comunicació preventiva a través de la utilització de canals tecnològics que es vagen identificant en cada moment.
16. Reforçar la intensitat de comunicació a les poblacions vulnerables identificades per variables clau com a factors demogràfics, factors de risc psicosocials, factors de risc biològics i genètics, factors de risc ambientals, etc.

FIGURA 6. Resum d'objectius estratègics (perspectiva agents d'interés)



6.3.3. Objectius estratègics per a la perspectiva de processos interns

Dins d'esta perspectiva s'han identificat els processos interns que permeten satisfer els quatre tipus d'agents d'interés (pacients, familiars, institucions i ciutadans) a qui va dirigit este pla estratègic.

Els objectius sobre processos interns que es desenrotllen en este mapa estratègic no són els únics que intervenen en la prevenció, atenció i reinserció dels pacients amb patologies addictives de la sanitat valenciana, però sí que són els processos interns clau que permeten a la Conselleria de Sanitat maximitzar el valor per als seus agents d'interés.

H. Avaluar els resultats

17. Avaluar els processos i resultats dels programes i intervencions d'actuació assistencial o preventiva disposats.
18. Avaluar la performance clínica o exercici dels professionals.
19. Avaluar el compliment de servicis prestats a través de l'Administració municipal, ONG i qualsevol altra institució col·laboradora.

I. Afavorir l'eficiència i qualitat dels servicis oferits

20. Optimitzar els recursos consumits per episodi de tractament sense prejuí de la qualitat assistencial.
21. Millorar l'adequació de la derivació de pacients a les unitats de conductes addictives i des d'estos servicis a la resta de recursos complementaris amb què compte la Conselleria de Sanitat.
22. Seguir les recomanacions d'actuació clínica basades en l'evidència elaborades des de la Conselleria de Sanitat.

J. Augmentar la cartera de servicis tant assistencials com de prevenció

23. Implantar programes o accions de millora dirigides a augmentar l'adhesió al tractament.
24. Augmentar l'activitat en els programes de reducció de riscos i danys millorant-ne la cobertura.
25. Augmentar la cobertura dels programes de prevenció a segments poblacionals a què no s'ha arribat o grups definits com a vulnerables.

K. Potenciar la inserció laboral dels pacients durant les fases finals del seu tractament

26. Incrementar la formació per a la reinserció laboral a través de programes i tallers de formació.

L. Innovar en les intervencions assistencials i preventives a través de l'ús de les noves tecnologies de la informació i comunicació

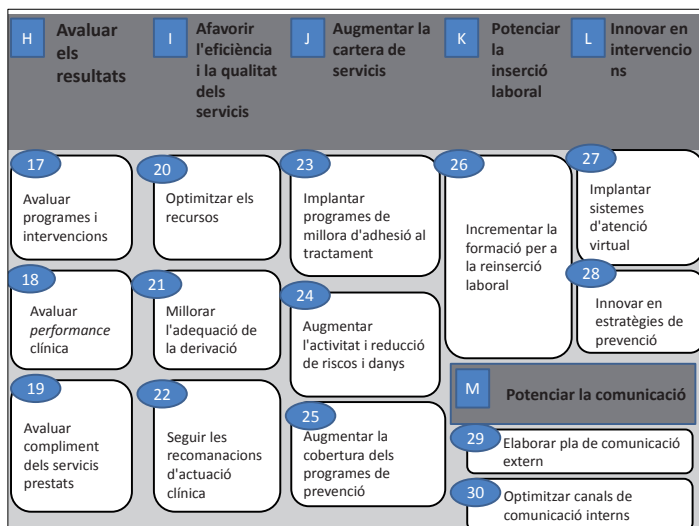
27. Implantar sistemes d'atenció virtual adaptats a les característiques específiques i cultura de la població valenciana.
28. Innovar en estratègies de prevenció a través de l'ús de noves metodologies didàctiques i formes d'intervenció, considerant la millora en l'avaluació dels resultats.

M. Potenciar la comunicació interna a la mateixa organització i comunicació externa cap als agents d'interés

29. Elaborar un pla de comunicació extern que facilite la difusió de missatges alineats amb els objectius marcats en la missió i visió del Pla Estratègic.

30. Generar canals de comunicació interns entre els treballadors de l'Agència Valenciana de Salut a través de butlletins d'informació (newsletter) i creació d'intranet.

FIGURA 7. Resum d'objectius estratègics (perspectiva processos interns)



6.3.4. Objectius estratègics per a la perspectiva de desenvolupament futur

Per a poder aconseguir tots els objectius estratègics definits fins al moment, la Conselleria de Sanitat ha de potenciar en el futur una sèrie de processos o accions que acosten l'organització a la visió establida en el Pla Estratègic:

N. Completar els sistemes d'informació per a l'obtenció sistemàtica de dades i el càlcul d'indicadors epidemiològics, de gestió dels servicis, d'avaluació de resultats i detecció de poblacions vulnerables

31. Desenvolupar sistemes d'informació sensibles a la detecció de conductes ocultes o poblacions de difícil accés tant a escala preventiva com assistencial.
32. Desenvolupar sistemes d'informació en prevenció que faciliten la comptabilització, classificació i anàlisi de les accions desenvolupades i els seus resultats.

33. Automatitzar l'obtenció dels indicadors clau del Sistema Autòmic Valencià d'Informació d'Addiccions: l'indicador d'admissió a tractament, l'indicador d'urgències hospitalàries relacionades amb drogues i l'indicador de mortalitat (morts per reacció aguda a substàncies psicoactives).
34. Implantar la monitorització en línia dels indicadors de gestió a través de quadros de comandaments integrals.

O. Potenciar la investigació en matèria de trastorns addictius per a fer front a problemes actuals o per a avançar-se a situacions futures

35. Avançar en els estudis de caracterització de la situació actual dels consums de drogues en diferents col·lectius.
36. Augmentar la investigació sobre les característiques i efectivitat de les intervencions assistencials.

P. Normalitzar els processos i servicis de drogodependències

37. Diversificar la cartera de servicis en les UCA i centres complementaris.
38. Millorar en l'especialització i sectorialització dels centres i servicis.
39. Protocol·litzar els processos d'atenció en tota la xarxa assistencial d'acord amb l'evidència de la pràctica professional.

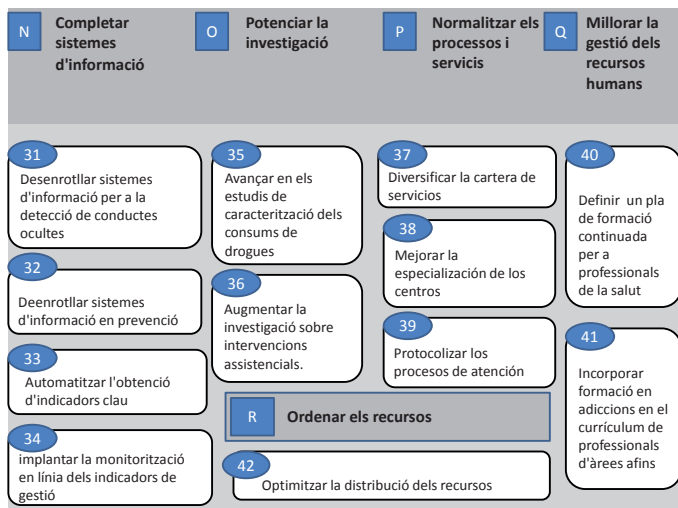
Q. Millorar la gestió dels recursos humans

40. Definir i establir un pla de formació continuada en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius per als professionals de l'àmbit de la salut.
41. Incorporar formació en addiccions en el currículum de professionals d'àrees afins al camp dels trastorns addictius.

R. Ordenar els recursos

42. Optimitzar la distribució dels recursos en el territori a través de la millora dels recursos humans en funció de l'oferta i la demanda.

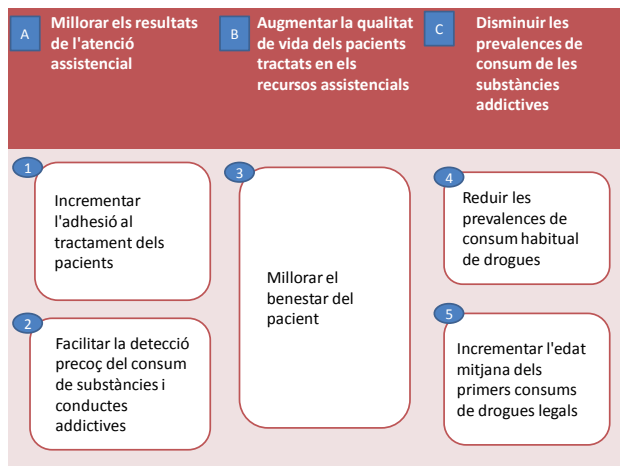
FIGURA 8. Resum d'objectius estratègics (perspectiva desenvolupament futur)

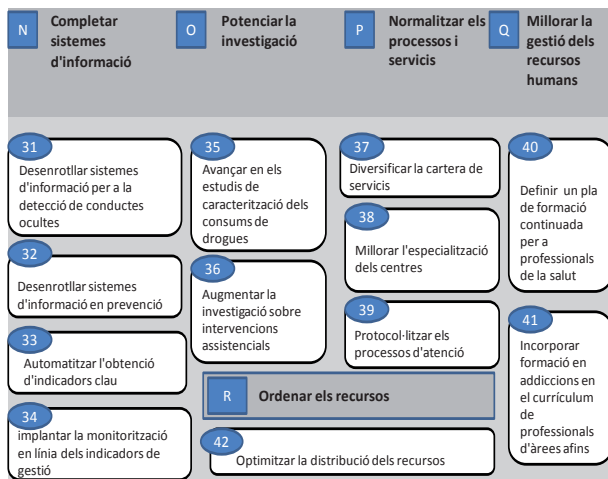
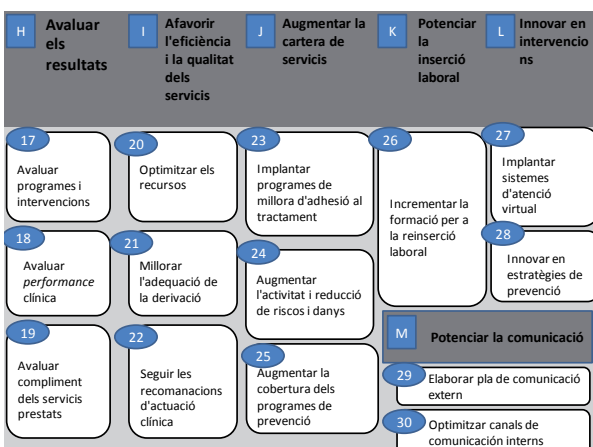
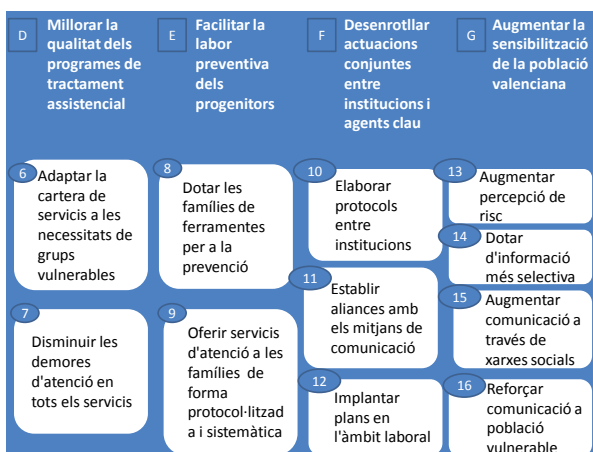


6.3.5. El mapa estratègic

Amb tots els objectius generals i específics identificats i exposats pel grup coordinador queda conformat el mapa estratègic del III Pla Estratègic de Drogodependències i Altres Trastorns Addictius de la Comunitat Valenciana, el resultat final del qual es mostra a continuació a manera d'esquema en la figura 9.

FIGURA 9. Resum d'objectius estratègics (totes les perspectives)





6.4. Sistema d'indicadors de control

Per al correcte seguiment i avaluació del compliment dels 42 objectius estratègics plantejats en este pla estratègic s'han definit els indicadors de control següents.

TAULA 11. Relació entre objectius específics i indicadors de control

OBJECTIU		INDICADOR	
Codi	Descriptiu	Nom llarg	Definició
A-1	Incrementar l'atenció o a tractament	Percentatge de pacients que han contactat amb algun recurs del Servei de Drogodependències i amb els quals posteriorment s'ha realitzat una primera visita	<i>Nombre de pacients que han realitzat la primera visita *100 / Nombre de pacients que han realitzat el contacte</i>
		Percentatge de pacients amb primera visita que han rebut un diagnòstic posteriorment	<i>Nombre de pacients que han rebut diagnòstic – Nombre de pacients amb abandó anterior a completar l'activitat de diagnòstic) *100 / Nombre de pacients que han realitzat primera visita</i>
		Percentatge de pacients diagnosticats que han rebut algun tractament posterior	<i>Nombre de pacients que han completat el tractament – Nombre de pacients amb abandó abans de completar el procés de tractament) *100 / Pacients que han rebut diagnòstic</i>
A-2	Facilitar la detecció precoç del consum de substàncies i/o conductes addictives	Nombre d'intervencions breus en alcohol i tabac realitzades	<i>Nombre d'usuaris adscrits a un departament de salut amb el codi d'intervencions breus alcohol + codi intervencions breus tabac *1.000 / Nombre d'habitants de població SIP adscrita al departament</i>
		Nombre de professionals formats en detecció precoç o intervenció breu en alcohol i/o tabac	<i>Nombre de professionals formats en detecció precoç</i>
B-3	Millorar el benestar dels pacients tractats en els recursos assistencials	Millora de resultats obtinguts, en comparativa amb anys precedents, en les enquestes de qualitat de vida utilitzades com a referència	<i>Σ Resultat test Whole Breefing i altres tests rellevants</i>

C-4	Reducir les prevalences del consum de substàncies addictives	Proporció de persones que consumixen drogues de manera habitual respecte a la població total de la Comunitat Valenciana	<i>Nombre de persones amb consums habituals en l'últim mes (vegeu prevalences d'últim mes / Nombre total de població empadronada a la Comunitat Valenciana)</i>
		Proporció d'adolescents-jòvens (14-18 anys) que consumixen drogues de manera habitual respecte a la població total de la Comunitat Valenciana	<i>Nombre de població escolar amb consums habituals en l'últim mes (vegeu prevalences d'últim mes / Nombre total de població empadronada a la Comunitat Valenciana)</i>
C5	Incrementar edat mitjana dels primers consums de drogues	Disminuir l'edat mitjana d'inici al consum d'alcohol a la Comunitat Valenciana	Σ Edat de les persones a l'iniciar el consum d'alcohol / Nombre total de persones consumidores d'alcohol
D-6	Adaptar la cartera de servicis a les necessitats de grups vulnerables	Proporció que suposen els plans terapèutics realitzats amb poblacions vulnerables sobre el total de tractaments que realitzen els recursos del Servei de Drogodependències	<i>Nombre de plans terapèutics realitzats amb grups vulnerables / Nombre total de tractaments realitzats</i>
D-7	Disminuir els temps d'espera en tots els servicis d'atenció	Temps mitjà d'espera per a l'atenció en els diferents programes i recursos	<i>Sumatori de la diferència en dies entre data d'atenció i data de sol·licitud en tots els recursos d'atenció / Nombre total de pacients atesos</i>
		Proporció de pacients que en la data d'estudi es troben en llista d'espera del recurs des de fa 30 dies naturals o més	<i>Nombre de pacients amb més de 30 dies de diferència entre la petició de la cita i la primera atenció / Nombre total de pacients atesos</i>
		Proporció de pacients derivats des de la UCA a altres recursos complementaris	<i>Nombre de pacients derivats des de la UCA / Nombre total de pacients atesos</i>
E-8	Dotar les famílies de ferramentes per a la prevenció	Proporció de persones que participen en programes de prevenció familiar del Servei de Drogodependències	<i>Nombre de persones participants en accions de prevenció familiar * 100.000 / Nombre total de pares i mares empadronats a la Comunitat Valenciana</i>
E-9	Oferir servicis d'atenció psicològica a les famílies de forma més sistemàtica i protocol·litzada	Proporció de consultes realitzades per familiars en unitats de prevenció comunitària o unitats de conductes addictives sobre el total de pares i mares adscrits a estos recursos	<i>Nombre de consultes de familiars que acudixen a les UPCCA o UCA *100 / Nombre total de pares i mares adscrits en cada UPPCA o UCA</i>
F-10	Elaborar protocols d'actuació entre institucions	Ponderació del nombre d'acords, classificats segons la seua importància i el nivell de satisfacció amb els resultats	<i>Nombre d'acords, ponderats per importància de l'acord i nivell de satisfacció amb els resultats</i>

F-11	Establir aliances amb els mitjans de comunicació	Ponderació del nombre de contactes mantinguts amb mitjans de comunicació, classificats segons el pes de cada contacte	<i>Nombre de contactes mantinguts amb mitjans de comunicació, ponderat per pes del tipus de contacte</i>
		Proporció de notícies en drogodependències publicades en els mitjans de comunicació sobre el total de notícies preparades pel departament de premsa	<i>Nombre de notícies publicades en mitjans de comunicació / Nombre de notícies de drogodependències preparades pel departament de premsa</i>
F-12	Implantar plans de drogodependències en l'àmbit laboral	Nombre d'empreses valencianes amb plans de drogodependències implantats	<i>Nombre d'empreses valencianes amb plans de drogodependències implantats</i>
G-13	Augmentar la percepció de risc davant de les substàncies addictives	Millorar els resultats obtinguts en anys anteriors en les diferents preguntes incloses en enquestes de referència sobre grau de perillositat atribuït al consum de drogues	<i>Grau de perillositat atribuït al consum de drogues especificat en les enquestes de referència</i>
G-14	Dotar d'informació més selectiva la població	Proporció de missatges específics de caràcter preventiu dirigits a la població general sobre el nombre total de missatges emesos pel Servei de Drogodependències	<i>Nombre d'impactes específics de caràcter preventiu dirigits a la població general emesos / Nombre total de missatges realitzats</i>
G-15	Augmentar la comunicació a través dels canals que ofereixen les noves tecnologies	Nombre de missatges realitzats a través de nous canals de comunicació que es vagen identificant	<i>Nombre d'impactes realitzats a través dels nous canals de comunicació identificats</i>
G-16	Reforçar la intensitat de la comunicació preventiva a les poblacions vulnerables i de risc	Proporció de missatges realitzats a la població classificada de risc o vulnerable sobre el total de missatges emesos	<i>Nombre d'impactes dirigits a població vulnerable / Nombre total de missatges realitzats</i>
H-17	Avaluar els programes i intervencions assistencials i preventius	Nombre de programes i intervencions realitzats pel Servei de Drogodependències avaluats	<i>Nombre de programes i intervencions avaluats</i>
H-18	Avaluar l'exercici clínic	Proporció d'episodis en què es complixen els estàndards clínics	<i>Nombre d'estàndards de protocols de tractament aplicats / Nombre total d'estàndards de protocols de tractament dissenyats</i>

H-19	Avaluar el compliment de serveis prestats a través de l'Administració municipal, ONG i qualsevol altra institució col·laboradora	Nombre de serveis contractats o subvencionats amb altres administracions o entitats que són avaluats cada any	<i>Nombre de serveis convenia avaluats / Nombre de serveis convenia existents</i>
I-20	Optimitzar el consum dels recursos per episodi de tractament	Proporció de recursos del Servei de Drogodependències utilitzats per episodi de tractament sobre el total de tractaments realitzats	<i>Nombre de recursos utilitzats en cada episodi de tractament / Nombre total d'episodis de tractament realitzats</i>
I-21	Millorar l'adequació de la derivació	Proporció de pacients derivats a les UCA des d'atenció primària o especialitzada	<i>Nombre de pacients amb primera visita en UCA derivats per atenció primària o especialitzada / Població SIP adscrita a departament</i>
		Proporció de pacients derivats des de les UCA als centres i servicis propis de la xarxa de drogodependències	<i>Nombre de pacients derivats des de les UCA a centres i servicis propis / Nombre de nous pacients atesos en les UCA</i>
		Proporció de pacients que complixen els criteris de derivació establits sobre el total de pacients derivats als centres del Servei de Drogodependències	<i>Nombre de pacients que complixen els criteris de derivació establits *100 / Nombre total de pacients derivats</i>
		Proporció de desestimacions de derivació a recursos complementaris del Servei de Drogodependències sobre el nombre total de persones ateses	<i>Nombre de persones la petició de derivació de les quals a recursos complementaris és desestimada / Nombre total de persones derivades</i>
I-22	Seguir les recomanacions basades en l'evidència	Proporció de processos en què el compliment de les recomanacions és superior a un estàndard sobre el total de processos susceptibles d'aplicar guies clíniques	<i>Nombre de processos amb compliment d'estàndards superior al recomanat / Nombre total de processos susceptibles d'aplicació de guies clíniques</i>
J-23	Implantar programes de millora d'adhesió al tractament	Nombre d'accions realitzades pels recursos del Servei de Drogodependències dirigides a la millora d'adhesió al tractament dels pacients tractats	<i>Nombre d'accions dirigides a la millora d'adhesió al tractament realitzades</i>
		Nombre de programes de tractament d'observació directa realitzats respecte al nombre total d'episodis de tractament realitzats	<i>Nombre de programes de tractament d'observació directa realitzats / Nombre total d'episodis de tractament realitzats</i>

J-24	Augmentar l'activitat de programes de reducció de riscos i danys	Nombre d'intervencions en matèria de reducció de riscos i danys realitzades	Nombre d'intervencions en matèria de reducció de riscos i danys realitzades
J-25	Augmentar la cobertura dels programes de prevenció	Proporció de municipis majors de 20.000 habitants de la Comunitat Valenciana que compten amb UPCCA respecte al total de municipis de més de 20.000 habitants de la Comunitat Valenciana	<i>Nombre de municipis amb UPCCA / Nombre total de municipis de més de 20.000 habitants de la Comunitat Valenciana</i>
K-26	Incrementar la formació per a la reinserció laboral	Proporció de pacients formats per a la reinserció laboral sobre el total de pacients derivats a recursos complementaris	<i>Nombre de pacients en programes de formació per a la reinserció laboral / Nombre total de pacients derivats a recursos complementaris</i>
L-27	Implantar sistemes d'atenció virtual	Proporció de pacients atesos a través de mitjans de comunicació virtual sobre el total de pacients atesos	<i>Nombre de pacients atesos a través de mitjans virtuals / Nombre total de pacients atesos</i>
L-28	Innovar en estratègies de prevenció	Nombre d'intervencions innovadores desenvolupades pel Servei de Drogodependències	<i>Nombre d'intervencions innovadores desenvolupades</i>
M-29	Elaborar pla de comunicació externa	Elaboració d'un pla de comunicació	<i>Pla de comunicació elaborat sí/no</i>
M-30	Optimitzar els canals de comunicació interns	Nombre de butlletins d'informació enviats pel Servei de Drogodependències als seus treballadors	<i>Nombre de butlletins d'informació enviats</i>
		Creació d'una intranet comuna a tots els treballadors del Servei de Drogodependències	<i>Intranet comuna per a tot l'equip sí/no</i>
N-31	Desenrotllar sistemes d'informació sensibles a la detecció de conductes ocultes	Nombre d'alertes generades a través del Sistema de Detecció Primerenca	<i>Nombre d'alarmes detectades a través del Sistema de Detecció Primerenca</i>
N-32	Desenrotllar sistemes d'informació en prevenció	Nombre de sistemes d'informació dissenyats i implantats per a la producció de dades	<i>Nombre de sistemes d'informació creats sí/no</i>
N-33	Automatitzar l'obtenció d'indicadors	Proporció d'indicadors automatitzats al final del període	<i>Nombre d'indicadors afectats pel pla d'automatització amb producció automatitzada al final del període *100 / Nombre d'indicadors afectats pel pla d'automatització</i>

N-34	Monitoritzar en línia els indicadors de gestió	Proporció d'indicadors de gestió disponibles en una ferramenta DWH/BI al final del període	<i>Nombre d'indicadors de gestió disponibles en ferramenta de BI o DWH / Nombre total d'indicadors de gestió</i>
O-35	Avançar en els estudis de caracterització de la situació actual dels consums de drogues en diferents col·lectius	Nombre d'estudis d'investigació realitzats pel Servei de Drogodependències en matèria de trastorns addictius	<i>Nombre d'estudis en matèria de trastorns addictius</i>
O-36	Augmentar la investigació sobre les característiques i efectivitat de les intervencions assistencials	Nombre d'estudis d'investigació realitzats pel Servei de Drogodependències sobre temes d'intervenció assistencial	<i>Nombre d'estudis d'investigació sobre temes d'intervenció assistencial realitzats</i>
P-37	Diversificar la cartera de servicis en les UCA i centres complementaris	Variància de disponibilitat de cartera de servicis	<i>Variància de (paràmetre clau de cada servicis innovador* Pes atorgat a eixe servicis per importància / població)</i>
P-38	Millorar en l'especialització i sectorialització dels centres i servicis	Proporció de compliment de l'especialització dels recursos i programes respecte al total de servicis oferits pel Servei de Drogodependències	<i>Nombre de servicis especialitzats *100 / Nombre total de servicis</i>
P-39	Protocol·litzar els processos d'atenció	Nombre de protocols d'atenció nous realitzats pel Servei de Drogodependències	<i>Nombre de protocols d'atenció nous</i>
Q-40	Definir i establir un pla de formació continuada	Elaboració per part del Servei de Drogodependències d'un pla de formació per a presentar a l'Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut	<i>Pla de formació per a presentar EVES elaborat sí/no</i>
Q-41	Incorporar la formació en addiccions en el currículum de professionals d'àrees afins al camp dels trastorns addictius	Nombre de professionals amb titulacions afins al camp dels trastorns addictius formats	<i>Nombre de professions de ciències afins amb formació en addiccions incorporada al currículum</i>
R-42	Millorar la distribució de recursos	Variància de les taxes d'atenció en UCA a les tipologies de problema de més interès	<i>Variància del nombre de pacients diferents atesos en UCA / Nombre d'habitants</i>

6.5 Plans d'acció prioritaris del pla estratègic

La formalització dels plans d'acció és el procés que s'utilitza per a identificar iniciatives i organitzar-les al voltant d'una seqüència d'implantació òptima, basant-se en les sinergies, les interdependències generades i els requeriments de recursos de l'organització.

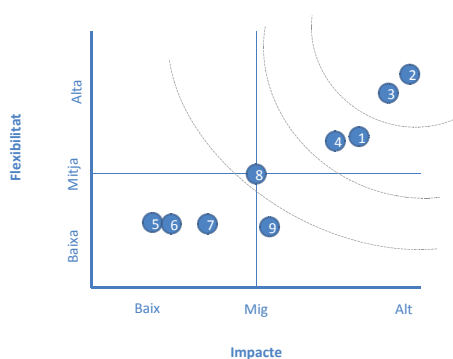
Del total d'iniciatives que es poden plantejar, una part són prioritzades atenent els objectius estratègics de l'organització, buscant afavorir el seu alineament estratègic. Els criteris per a prioritzar els plans d'acció plantejats en este pla estratègic han sigut la factibilitat de la seua execució i l'impacte que tindran en l'organització.

D'esta manera, en el taller d'iniciatives realitzat amb el grup de seguiment del Pla Estratègic es van plantejar els nou plans d'acció següents:

1. Pla de Sistemes d'Informació
2. Pla d'Avaluació
3. Pla de Servicis i Recursos
4. Programació de la prevenció
5. Formació de professionals
6. Investigació
7. Coordinació institucional i participació
8. Pla de Comunicació
9. Pla d'Integració Social i Reducció de Danys

Els nou possibles plans d'acció plantejats es van prioritzar en una matriu basant-se en dos variables, la seua factibilitat i el seu impacte.

FIGURA 10. Priorització dels plans d'acció per mitjà de la metodologia Metaplan



Els cinc plans d'acció prioritzats es desenrotllen a través de fitxes explicatives, en què es detallen les fases de treball, el calendari concret de cada fase, els recursos necessaris i les persones responsables.

1. Pla de Sistemes d'Informació

La millora dels sistemes d'informació és, sens dubte, una de les línies d'acció amb més interrelació en un pla estratègic que està molt centrat en l'avaluació. Este pla d'acció implica:

- Identificar en l'entorn i en els plans de sistemes de l'AVS les oportunitats i solucions que més puguen contribuir al desenrotllament dels nostres objectius.
- L'elaboració d'una anàlisi detallada de les necessitats i els requeriments de sistemes d'informació de la DG d'Ordenació i Assistència Sanitària, per a desenrotllar la seua labor de manera eficient. Esta anàlisi ja es va realitzar amb anterioritat i, per tant, l'abordatge actual se centra a actualitzar-lo a les noves necessitats i abordatges.
- Identificar i prioritzar els diferents abordatges.
- Gestionar la disponibilitat de recursos per a escometre-les.
- Seguir el desenrotllament i validar les solucions dels desenrotllaments que s'executen.

2. Pla de Sistemes d'Avaluació

L'avaluació de les diferents intervencions és una constant en el pla estratègic actual. Per això, es requerix una línia de treball per a establir mecanismes d'avaluació dels diferents servicis, programes i activitats de la DG d'Assistència Sanitària:

- En primer lloc, la definició d'un marc conceptual que definisca els abordatges i estratègies d'avaluació que cal aplicar.
- En funció d'este marc, gestionar els recursos disponibles i realitzar les aliances estratègiques amb institucions que aporten metodologia per a abordar amb èxit esta tasca.
- Establir l'explotació dels sistemes d'informació.
- Analitzar els resultats i difondre el coneixement generat.

3. Pla de Servicis i Recursos

Desenrotllar una cartera de Servicis des de la DG d'Assistència Sanitària que responga de manera eficaç a les necessitats de la població relacionada amb els problemes de drogodependències i altres conductes addictives implica:

- Un primer esforç conceptual per a definir els servicis i recursos que no estan definits o requereixen un abordatge suplementari de definició.
- Establir amb el major detall possible les especificacions i requeriments tècnics de cada un dels servicis i recursos.
- Decidir amb periodicitat per a cada servici el mix òptim entre contractació externa al tercer sector o realització del servici amb recursos propis.
- Realitzar la planificació global de les ràtios de provisió del servici i la seua distribució territorial o per col·lectius de ciutadans en risc.

4. Programació de la prevenció

Establir una estratègia de comunicació centrada en la prevenció del consum de drogues i d'altres conductes addictives implica:

- Definir les necessitats de comunicació de la societat.
- Identificar i segmentar els públics diana per a les intervencions de prevenció.
- Definir els missatges específics que es volen fer arribar per a cada públic diana identificat.
- Harmonitzar els missatges que cal transmetre amb altres institucions i organitzacions amb què es compartixen les intervencions preventives.
- Establir els canals pels quals es volen transmetre els missatges triats als públics diana seleccionats.
- Establir l'operativa de comunicació (qui, quan, com, on...).
- Establir també i comunicar els continguts formatius per a col·lectius de professionals encarregats de realitzar la prevenció (pares, mitjans de comunicació, educadors...).
- Executar i realitzar el seguiment de l'eficàcia de les intervencions.

5. Pla de Comunicació

Establir una estratègia global de comunicació per a la DG d'Assistència Sanitària en dos variants, interna i externa. Atés que la comunicació externa es troba ja abordada de forma centralitzada en la Conselleria de Sanitat, ens centrem ací en la comunicació interna:

- Decidir els missatges principals que es volen fer arribar als professionals de la xarxa i de l'Agència Valenciana de Salut en general.
- Identificar els canals pels quals es volen fer arribar els missatges.
- Realitzar un esforç especial en la generació i creació de canals de comunicació (intranet, butlletins d'informació...).
- Establir un calendari de comunicació per als missatges identificats.
- Realitzar i seguir el pla de comunicació.

6.6 Recursos i pressupost del pla estratègic

Els recursos posats a disposició del III Pla Estratègic sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius es distribuïxen en dos conceptes independents:

1. Un conjunt de recursos adscrits específicament a la prevenció, diagnòstic, tractament i reinserció de les persones amb trastorns addictius. Este component està format bàsicament pel pressupost destinat a l'estructura de programes i servicis sociosanitaris i els costos de tractament sanitari específic directament destinat a les persones amb trastorns addictius i la seua prevenció.
2. Però a més, en esta estratègia conflüix la participació directa en les activitats preventives, de detecció i de rehabilitació i reinserció, d'un ampli dispositiu d'unitats i servicis que, sense dedicar-se exclusivament a este tema, són part activa i fonamental de la xarxa de prevenció i atenció. En això participen totes les administracions i la majoria de sectors de l'activitat pública, així com una infinitat d'institucions i organitzacions privades. Atesa la tipologia d'intervenció en este tema, no seria realista quantificar l'aportació d'estos recursos en termes quantitativus. És per això que en la figura es representen les aportacions de la intersectorialitat en termes qualitativus.

La dotació econòmica, en costos directament imputables al III Pla Estratègic

sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius, s'ha estructurat per plans d'acció, la qual cosa permetrà ajustos anuals d'acord amb les prioritats que l'execució de les quals presente en cada moment més urgència.

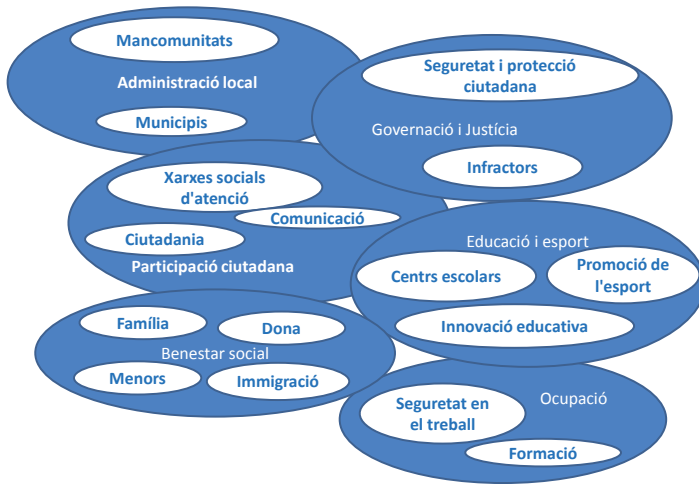
El pressupost global del Pla durant el període de la seua vigència és de 50.609.303 euros, distribuïts en els plans d'actuació següents.

FIGURA 11. *Pressupost assignat al III Pla Estratègic de Drogodependències i Altres Trastorns Addictius*



A este pressupost, a més, caldria afegir les aportacions de les administracions del Consell de la Generalitat Valenciana, les quals exercixen, per mitjà de la seua participació transversal, una funció fonamental en la prevenció, detecció, tractament i reinserció de les persones amb trastorns addictius (figura 12).

FIGURA 12. Xarxa d'àrees del sector públic implicades en la prevenció, assistència i reinserció en drogodependències



Esta sinergia s'explicita en la figura anterior identificant algunes àrees i activitats directament implicades en l'estratègia sobre trastorns addictius. No obstant això, és evident que les accions d'estes àrees i unitats es complementen tant amb la d'altres unitats no reflectides ací com amb la participació d'institucions, organitzacions i ciutadans que constituïxen els nostres aliats estratègics prioritaris.

En conjunt, la dedicació i l'esforç d'un ampli conjunt d'institucions i persones de la Comunitat Valenciana constituïx un amplíssim pressupost de recursos, alguns dels quals quantificables però també molts intangibles. Este amplíssim pressupost complementa i potencia exponencialment els recursos específics posats a disposició d'este projecte des de la Conselleria de Sanitat que es quantifiquen en este document.



NORMATIVA

• **NORMATIVA AUTONÒMICA EN MATÈRIA DE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES TRASTORNS ADDICTIUS**

- Decret Legislatiu 1/2003, d'1 d'abril, del Consell de la Generalitat, pel qual s'aprova el text refós de la Llei sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius.
- Decret 132/2010, de 3 de setembre, del Consell, sobre registre i autorització de centres i servicis d'atenció i prevenció de les drogodependències i altres trastorns addictius a la Comunitat Valenciana.
- Decret 238/1997, de 9 de setembre, del Govern Valencià, pel qual es constitueixen els òrgans consultius i d'assessorament en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius, modificat parcialment pel Decret 136/2001, de 26 de juliol, i pel Decret 186/2005, de 2 de desembre.
- Decret 98/1998, de 14 de juliol, del Govern Valencià, pel qual s'aprova el reglament orgànic i funcional de les estructures politicoadministratives en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius, modificat pel Decret 109/2001, de 12 de juny, del Govern Valencià.
- Decret 78/1999, d'1 de juny, del Govern Valencià, pel qual s'establixen els criteris bàsics per a l'acreditació dels programes de prevenció en drogodependències i altres trastorns addictius, i es constituïx el Comitè Tècnic de Prevenció de les Drogodependències de la Comunitat Valenciana.
- Decret 110/2001, de 12 de juny, del govern Valencià, pel qual es crea l'Observatori Valencià sobre Drogodependències i Altres Trastorns Addictius.

- Decret 57/2006, de 21 d'abril, del Consell, pel qual es desplega, en l'àmbit de la Comunitat Valenciana, la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries enfront del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.
- Orde de 7 de juliol de 1997, de la Conselleria de Sanitat, per la qual es creen les unitats de conductes addictives en determinades àrees de salut de la Comunitat Valenciana.

• **NORMATIVA AUTONÒMICA D'INTERÉS**

- Llei 12/2008, de 3 de juliol, de Protecció Integral de la Infància i l'Adolescència de la Comunitat Valenciana.
- Llei 3/2003, de 6 de febrer, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana.
- Llei 4/2005, de 17 de juny, de la Generalitat, de Salut Pública de la Comunitat Valenciana.
- Llei 1/2003, de 28 de gener, de la Generalitat, de Drets i Informació al Pacient de la Comunitat Valenciana.
- Llei 2/2011, de 22 de març, de la Generalitat, de l'Esport i l'Activitat física a la Comunitat Valenciana.
- Decret 57/2006, de 21 d'abril, del Consell, pel qual es desplega, en l'àmbit de la Comunitat Valenciana, la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries davant del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.
- Decret 191/2012, de 21 de desembre, del Consell de la Generalitat, pel qual s'aprova el Reglament Orgànic i Funcional de la Conselleria de Sanitat i es regulen els òrgans de gestió de l'Agència Valenciana de Salut.
- Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2010-2013.
- Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut.

• **NORMATIVA ESTATAL EN MATÈRIA DE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES TRASTORNS ADDICTIUS**

- Llei Orgànica 1/1992, de 21 de febrer, sobre Protecció de la Seguretat Ciutadana.
- Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries davant del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.
- Llei 34/1988, d'11 de novembre, General de Publicitat.
- Llei 19/2007, d'11 de juliol, contra la violència, el racisme, la xenofòbia i la intolerància en l'esport.
- Llei 17/2005, de 19 de juliol, per la qual es regula el permís i la llicència de conducció per punts i es modifica el text articulat de la Llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària.
- Reial Decret 1194/2011, de 19 d'agost, pel qual s'establix el procediment perquè una substància siga considerada estupefaent en l'àmbit nacional.
- Reial Decret 1675/2012, de 14 de desembre, pel qual es regulen les receptes oficials i els requisits especials de prescripció i dispensació d'estupefaents per a ús humà i veterinari.
- Estratègia Nacional d'Acció sobre Drogues 2009-2016.

• **NORMATIVA INTERNACIONAL EN MATÈRIA DE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES TRASTORNS ADDICTIUS**

- Estratègia Europea en matèria de lluita contra la droga 2013-2020.
- Organització Mundial de la Salut (2003). Conveni marc per al control del tabac. Ginebra: Organització Mundial de la Salut.



ANNEX I. QUADRE RELACIONAL

**Objectius generals, objectius
específics e indicadors**

OBJECTIU GENERAL		OBJECTIU ESPECÍFIC		INDICADOR	
	Codi	Descriptiu	Nom llarg	Definició	
PERSPECTIVA: RESULTATS					
Millorar els resultats de l'atenció assistencial	A-1	Incrementar l'adhesió al tractament dels pacients	Percentatge de pacients que han contactat amb algun recurs del Servei de Drogodependències i amb els que posteriorment s'ha realitzat una primera visita	Nombre de pacients que han realitzat la primera visita *100 / Nombre de pacients que han realitzat el contacte	
			Percentatge de pacients als quals s'ha realitzat primera visita que han rebut un diagnòstic posteriorment	Nombre de pacients que han rebut diagnòstic - Nombre de pacients amb abandó anterior a completar l'activitat de diagnòstic *100 / Nombre de pacients que han realitzat primera visita	
			Percentatge de pacients diagnosticats que han rebut algun tractament posterior	Nombre de pacients que han completat el tractament - Nombre de pacients amb abandó abans de completar el procés de tractament *100 / Pacients que han rebut diagnòstic	
	A-2	Facilitar la detecció precoç del consum de substàncies i/o conductes addictives	Nombre de intervencions breus en alcohol i tabac realitzades	Nombre d'usuaris adscrits a un departament de salut amb el codi d'intervencions breus alcohol + codi intervencions breus tabac *1.000 / Nombre d'habitants de població SIP adscrita al departament	
	B-3	Millorar el benestar del pacient	Nombre de professionals formats en detecció precoç o intervenció breu en alcohol i/o tabac	Nombre de professionals formats en detecció precoç o intervenció breu en alcohol i/o tabac	
Millorar la qualitat de vida dels pacients tractats en els recursos assistencials			Millora de resultats obtinguts, en comparativa amb anys precedents, en les enquestes de qualitat de vida utilitzades com a referència	Resultat test Whole Breefing i altres tests rellevants	

Disminuir les prevalències de consum de les substàncies addictives	C-4	Disminuir les prevalències del consum de substàncies addictives	Proporció de persones que consumeixen drogues de manera habitual respecte a la població total de la Comunitat Valenciana	Nombre de persones amb consums habituals en l'últim mes / Nombre total de població empadronada a la Comunitat Valenciana	
	C-5	Disminuir l'edat mitjana d'inici al consum de drogues	Proporció de adolescents-jòvens (14-18 anys) que consumeixen drogues de manera habitual respecte a la població total de la Comunitat Valenciana	Nombre de població escolar amb consums habituals en l'últim mes (vegeu prevalències d'últim mes) / Nombre total de població empadronada a la Comunitat Valenciana	
Millorar la qualitat dels programes de tractament assistencial	D-6	Adaptar la cartera de servicis a les necessitats de grups vulnerables	Millora de resultats obtinguts en anys anteriors en les enquestes de referència en l'edat mitjana d'inici al consum d'alcohol a la Comunitat Valenciana	Sumatori de l'edat de les persones a l'iniciar el consum d'alcohol / Nombre total de persones consumidores d'alcohol	
		D-7	Disminuir els temps d'espera en tots els servicis d'atenció	Sumatori de plans terapèutics realitzats amb grups vulnerables / Nombre total de tractaments realitzats	
	E-8	Dotar les famílies de ferramentes per a la prevenció	Proporció de pacients que suposen els plans terapèutics realitzats amb poblacions vulnerables sobre el total de tractaments que realitzen els recursos del Servei de Drogodependències	Temps mitjà d'espera per a l'atenció en els diferents programes i recursos	Sumatori de la diferència en dies entre data d'atenció i data de sol·licitud en tots els recursos d'atenció / Nombre total de pacients atesos
			E-9	Ofertir servicis d'atenció psicològica a les famílies de forma més sistemàtica i protocol·litzada	Proporció de pacients que en la data d'estudi es troben en llista d'espera del recurs des de fa 30 dies naturals o més
Facilitar la labor dels progenitors i la família com a agents clau en la prevenció del consum de drogues i prevenció de recaigudes	E-8	Dotar les famílies de ferramentes per a la prevenció	Proporció de pacients derivats des de la UCA a altres recursos complementaris	Nombre de pacients derivats des de la UCA / Nombre total de pacients atesos	
			E-9	Ofertir servicis d'atenció psicològica a les famílies de forma més sistemàtica i protocol·litzada	Nombre de persones que participen en accions de prevenció familiar * 100.000 / Nombre total de pares i mares empadronats a la Comunitat Valenciana
PERSPECTIVA: ÀGENTS D'INTERÉS					
<p>Proporció de consultes de famíliers que acudixen a les UPCCA o UCA *100 / Nombre total de pares i mares adscrits en cada UPPCA o UCA</p>					

Desenrotllar actuacions conjuntes entre institucions i agents clau implicats en l'àmbit de les drogodependències	F-10	Elaborar protocols d'actuació entre institucions	Ponderació del nombre d'acords, classificats segons la seua importància i el nivell de satisfacció amb els resultats	Nombre d'acords, ponderats per importància de l'acord i nivell de satisfacció amb els resultats
	F-11	Establir aliances amb els mitjans de comunicació	Ponderació del nombre de contactes mantinguts amb mitjans de comunicació, classificats segons el pes de cada contacte	Nombre de contactes mantinguts amb mitjans de comunicació, ponderat per pes del tipus de contacte
	F-12	Implantar plans de drogodependències en l'àmbit laboral	Proporció de notícies en drogodependències publicades en els mitjans de comunicació sobre el total de notícies preparades pel departament de premsa	Nombre de notícies publicades en mitjans de comunicació / Nombre de notícies de drogodependències preparades pel departament de premsa.
Augmentar la sensibilització de la població valenciana davant dels riscos i les problemàtiques derivades del consum de drogues	G-13	Augmentar la percepció de risc davant de les substàncies addictives	Millorar els resultats obtinguts en anys anteriors en les diferents preguntes incloses en enquestes de referència sobre grau de perillositat atribuït al consum de drogues	Grau de perillositat atribuït al consum de drogues especificat en les enquestes de referència
	G-14	Dotar d'informació més selectiva la població	Proporció de missatges específics de caràcter preventiu dirigits a la població general sobre el nombre total de missatges emesos pel Servei de Drogodependències	Nombre d'impactes específics de caràcter preventiu dirigits a la població general emesos / Nombre total de missatges realitzats
	G-15	Augmentar la comunicació a través dels canals que ofereixen les noves tecnologies	Nombre de missatges realitzats a través de nous canals de comunicació que es vagen identificant	Nombre d'impactes realitzats a través dels nous canals de comunicació identificats
	G-16	Reforçar la intensitat de la comunicació preventiva a les poblacions vulnerables i de risc	Proporció de missatges realitzats a la població classificada de risc o vulnerable sobre el total de missatges emesos	Nombre d'impactes dirigits a població vulnerable / Nombre total de missatges realitzats

PERSPECTIVA: PROCESSOS INTERNS				
Avaluar resultats	H-17	Avaluar els programes i intervencions assistencials i preventives	Nombre de programes i intervencions realitzats pel Servei de Drogodependències avaluats	Nombre de programes i intervencions avaluats
	H-18	Avaluar l'acompliment clínic	Proporció d'episodis en què es complixen els estàndards clínics	Nombre d'estàndards de protocols de tractament aplicats / Nombre total d'estàndards de protocols de tractament dissenyats
	H-19	Avaluar el compliment de servicis prestats a través de l'Administració municipal, ONG i qualsevol altra institució col·laboradora	Nombre de servicis contractats o subvencionats amb altres administracions o entitats que són avaluats cada any	Nombre de servicis amb conveni avaluats / Nombre de servicis amb conveni existents
Afavorir l'eficiència i la qualitat dels servicis oferits	I-20	Optimitzar el consum dels recursos per episodi de tractament	Proporció de recursos del Servei de Drogodependències utilitzats per episodi de tractament sobre el total de tractaments realitzats	Nombre de recursos utilitzats en cada episodi de tractament / Nombre total d'episodis de tractament realitzats
	I-21	Millorar l'adequació de la derivació	Proporció de pacients derivats a les UCA des d'atenció primària o especialitzada	Nombre de pacients amb primera visita en UCA derivats per atenció primària o especialitzada / Població SLP adscrita al departament
			Proporció de pacients derivats des de les UCA als centres i servicis propis de la xarxa de drogodependències	Nombre de pacients derivats des de les UCA a centres i servicis propis / Nombre de nous pacients atesos en les UCA
		Proporció de pacients que complixen els criteris de derivació establits sobre el total de pacients derivats als centres del Servei de Drogodependències	Proporció de pacients que complixen els criteris de derivació establits *100 / Nombre total de pacients derivats	Nombre de pacients que complixen els criteris de derivació establits *100 / Nombre total de pacients derivats
		Proporció de desestimacions de derivació a recursos complementaris del Servei de Drogodependències sobre el nombre total de persones ateses	Proporció de desestimacions de derivació a recursos complementaris del Servei de Drogodependències sobre el nombre total de persones ateses	Nombre de persones la petició de derivació de les quals a recursos complementaris és desestimada / Nombre total de persones derivades
	I-22	Seguir les recomanacions basades en l'evidència	Proporció de processos en què el compliment de les recomanacions és superior a un estàndard sobre el total de processos susceptibles d'aplicar guies clíniques	Nombre de processos amb compliment d'estàndards superior al recomanat / Nombre total de processos susceptibles d'aplicació de guies clíniques

Augmentar la cartera de serveis tant assistencials com de prevenció	J-23	Implantar programes o accions de millora d'adhesió al tractament	Nombre d'accions realitzades pels recursos del Servei de Drogodependències dirigides a la millora de l'adhesió al tractament dels pacients tractats	Nombre d'accions dirigides a la millora d'adhesió al tractament realitzades
	J-24	Augmentar l'activitat de programes de reducció de riscos i danys	Nombre de programes de tractament d'observació directa realitzats respecte al nombre total d'episodis de tractament realitzats	Nombre de programes de tractament d'observació directa realitzats / Nombre total d'episodis de tractament realitzats
	J-25	Augmentar la cobertura dels programes de prevenció	Nombre d'intervencions en matèria de reducció de riscos i danys realitzades	Nombre d'intervencions en matèria de reducció de riscos i danys realitzades
Potenciar la inserció laboral dels pacients durant les fases finals del seu tractament	K-26	Incrementar la formació per a la reinserció laboral	Proporció de pacients formats per a la reinserció laboral sobre el total de pacients derivats a recursos complementaris	Nombre de municipis amb UPCCA / Nombre total de municipis de més de 20.000 habitants de la Comunitat Valenciana
	L-27	Implantar sistemes d'atenció virtual	Proporció de pacients formats per a la reinserció laboral sobre el total de pacients derivats a recursos complementaris	Nombre de pacients en programes de formació per a la reinserció laboral / Nombre total de pacients derivats a recursos complementaris
Innovar en les intervencions assistencials i preventives a través de l'ús de les noves tecnologies de la informació i comunicació	L-28	Innovar en estratègies de prevenció	Proporció de pacients atesos a través de mitjans de comunicació virtual sobre el total de pacients atesos	Nombre de pacients atesos a través de mitjans virtuals / Nombre total de pacients atesos
	M-29	Elaborar pla de comunicació externa	Nombre d'intervencions innovadores desenvolupades pel Servei de Drogodependències	Nombre d'intervencions innovadores desenvolupades
Potenciar la comunicació interna a la mateixa organització i comunicació externa cap als agents d'interès	M-30	Generar canals de comunicació interns	Elaboració d'un pla de comunicació	Pla de comunicació elaborat sí/no.
			Nombre de butlletins informatius (newsletters) enviats pel Servei de Drogodependències als seus treballadors	Nombre de butlletins d'informació enviats
			Creació d'una intranet comuna a tots els treballadors del Servei de Drogodependències	Intranet comuna per a tot l'equip sí/no

		PERSPECTIVA: DESENROTLLAMENT FUTUR		
Completar els sistemes d'informació per a l'obtenció sistemàtica de dades i el càlcul d'indicadors epidemiològics, de gestió dels serveis, d'avaluació de resultats i detecció de poblacions vulnerables	N-31	Desenrotllar sistemes d'informació sensibles a la detecció de conductes ocultes	Nombre d'alertes generades a través del Sistema de Detecció Primerenca	Nombre d'alarmes detectades a través de SDT
	N-32	Desenrotllar sistemes d'informació en prevenció	Nombre de sistemes d'informació dissenyats i implantats per a la producció de dades	Nombre de sistemes d'informació creats sí/no
	N-33	Automatitzar l'obtenció d'indicadors	Proporció d'indicadors automatitzats al final del període	Nombre d'indicadors afectats pel pla d'automatització amb producció automatitzada al final del període *100 / Nombre d'indicadors afectats pel pla d'automatització
	N-34	Monitoritzar en línia els indicadors de gestió	Proporció d'indicadors de gestió disponibles en una ferramenta DWH/BI al final del període	Nombre d'indicadors de gestió disponibles en ferramenta de BI o DWH / Nombre total d'indicadors de gestió
Potenciar la investigació en matèria de trastorns addictius	O-35	Avançar en els estudis de caracterització de la situació actual del consum de drogues en diferents col·lectius	Nombre d'estudis d'investigació realitzats pel Servei de Drogodependències en matèria de trastorns addictius	Nombre d'estudis en matèria de trastorns addictius
	O-36	Augmentar la investigació sobre les característiques i efectivitat de les intervencions assistencials	Nombre d'estudis d'investigació realitzats pel Servei de Drogodependències sobre temes d'intervenció assistencial	Nombre d'estudis d'investigació sobre temes d'intervenció assistencial realitzats
Normalitzar els processos i serveis de drogodependències	P-37	Diversificar la cartera de serveis en les UCA i centres complementaris	Variància de disponibilitat de cartera de serveis	Variància de (paràmetre clau de cada servei innovador* Pes atorgat a eixe servei per importància / població)
	P-38	Millorar en l'especialització i sectorialització dels centres i serveis	Proporció de compliment de l'especialització dels recursos i programes respecte al total de serveis oferits pel Servei de Drogodependències	Nombre de serveis especialitzats *100 / Nombre total de serveis
	P-39	Protocol·litzar els processos d'atenció	Nombre de protocols d'atenció nous realitzats pel Servei de Drogodependències	Nombre de protocols d'atenció nous

Millorar la gestió dels recursos humans	Q-40	Definir i establir un pla de formació continuada	Elaboració per part del Servei de Drogodependències d'un pla de formació per a presentar a l'Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut	Pla de formació per a presentar EVES elaborat sí/ no
	Q-41	Incorporar la formació en addiccions en el currículum de professionals d'àrees afins a l'àmbit de les drogodependències	Grau d'incorporació	Nombre de professions de ciències de la salut amb formació en addiccions incorporada al currículum
Ordenar els recursos	R-42	Optimitzar la distribució de recursos	Variància de les taxes i atenció en UCA a les tipologies de problema de més interès	Variància de nombre de pacients diferents atesos en UCA / Nombre d'habitants