III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunitat Valenciana

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL III PLAN ESTRATÉGICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

DIRECCIÓN: Sofía Clar Gimeno, Guillermo Ferrán Martínez, Sofía Tomás Dols
COORDINACIÓN: Sofía Tomás Dols, Mª Jesús Mateu Aranda, Angel Delicado, Pilar Ramírez
REDACCIÓN: Sofía Tomás Dols, Julia Aguilar Serrano

Personas Integrantes del Grupo Coordinador del Plan Estratégico	
Nombre y Apellidos	Cargo
Sofía Tomás Dols	Directora de Gestión Sanitaria ; Drogodependencias C. Sanitat
Mª Jesús Mateu Aranda	Jefe de Servicio de Drogodependencias C. Sanitat
Ángel Delicado Torres	Secretario Técnico Drogodependencias C.Sanitat*
Pilar Ramírez Queralt	Jefe de Servicio de Gestión. C. Sanitat*
Miguel Castellano Gómez	Jefe de Sección del Servicio de Drogodependencias C. Sanitat*
Francisco Verdú Asensi	Jefe de Sección del Servicio de Drogodependencias C. Sanitat
Leonor Cano Pérez	Jefe de Sección del Servicio de Drogodependencias C. Sanitat
Julia Aguilar Serrano	Directora Técnica de Fepad*
Silvia Tortajada Navarro	Jefe de Proyecto de investigación Fepad*
Maria Teresa Cortés Tomás	Vicedecana de la Facultad de Psicología de la Universidad de valencia*
Alberto Sancho Muñoz	Médico de Unidad de Conductas Adictivas de Xátiva-Ontinyent

Personas Integrantes del Grupo de Expertos	
Nombre y Apellidos	Cargo
Mª José Avilés	Gestión Sanitaria. DG Asistencia Sanitaria
Juan A. López Villaplana	Infromatica y Telecomunicaciones. DG Asistencia Sanitaria*
Julio Cortijo	Fundación Investigación Hospital General
Cosuelo Guerri	Centro de Investigación Principe Felipe
Ricardo Meneu	Calidad Asistencial. DG Asistencia Sanitaria
Mª José Torner	Evaluación e Investigación Sanitaria. DG Asistencia Sanitaria
Pilar Paricio	Vicerectora Universidad Cardenal Herrera CEU
F. Javier Romero	Director IDYCA*
Rafael Forcada	UCA de Moncada. Valencia
Benjamín Climent	Unidad de Toxicología Hospital General
Ana Robles	Fundación Noray-Proyecto Hombre*
Ramón Cuesta	Grupo Valenciano de Drogodependencias*
Irene Ventura	Unidad de Alcohología. Valencia
Julio Bobes	Sociedad Científica SOCIDROGALCOHOL
Jose A. García Del Castillo	Instituto de Investigación en drogodependencias. INID. Alicante
MªJesús Álvarez	Servicio de Drogodependencias C. Sanitat
Emilio Barberá	Centro de Estudios Avanzados*
Carmen Puerta	Sociedad Científica. Sociedad Española de Toxicomanias. SET. Valencia
Isabel Zafrilla	Ciudadania y Redes Sociales. DG Participación Ciudadana*
Jose Miguel Sánchez	Consell Valenciá de L'Esport. DG Educación, Cultura y Deporte*
Mª José Cervera	Servicio de Atención al Menor Infractor. DG Bienestar Social*
Mario Molla	Servicio de Organización. Sª A. Empleo*
Susana Sorribes	Inspección Educativa. DG Educación, Cultura y Deporte *
Mº Luisa Sáez	Servicio de Familia. DG Bienestar Social*
Adoración Cuenca	Discapacitados. DG Bienestar Social*
Javier Sáez	Instituto Valenciano de la Juventud
Ana Cervera	D.G Salud Pública *
Antonio Castaños	Asociación Vida Libre

** Las instituciones y/ cargos representados, se corresponden con los ejercidos durante en el período de evaluación y diseño del presente Plan (2011-2012.)*

El soporte metodológico y técnico a la elaboración ha sido realizado por un equipo de Antares Consulting S.A.: Esteban Carrillo, Celso Pérez, Víctor Cañella

Edita © Generalitat Valenciana · Elaboración: Conselleria de Sanitat · Maquetación: Servici de Publicacions de la Generalitat (Conselleria de Presidència) · Primera edición: julio, 2014

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 7

PRÓLOGO 9

ACUERDO DEL CONSELL de 17 de enero de 2014 11

1. INTRODUCCIÓN 11

2. MARCO NORMATIVO 13

2.1. La protección de la salud como derecho fundamental 17

2.2. La legislación valenciana en materia de drogodependencias 19

2.3. El tratamiento de las drogodependencias en el sistema sanitario valenciano 21

3. ANTECEDENTES: Los Planes Autonómicos Valencianos en materia de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos 22

4. ESTADO DE LA SITUACIÓN 27

4.1. Los sistemas de información sobre drogas 33

4.1.1. Sobre los consumos de drogas 35

4.1.1.1. La población escolar como diana de las acciones preventivas 37

4.1.1.2. Incidencia de los consumos de drogas entre la población valenciana 37

4.1.2. Los indicadores de actividad de la Red Valenciana de Centros y Servicios 44

4.1.2.1. Los indicadores de actividad en materia de prevención .. 44

4.1.2.2. Los indicadores sobre demanda de tratamiento en los distintos recursos asistenciales 49

4.1.2.3. Los indicadores sobre la actividad formativa e investigadora 56

4.1.3. Una apuesta por la estandarización de la asistencia en trastornos adictivos 56
5. METODOLOGÍA 59
5.1. Fase 1: Metodología empleada para la valoración diagnóstica 61
5.2. Fase 2: Metodología empleada para la definición de la misión, visión y mapa estratégico 62
5.3. Fase 3: Metodología empleada para la creación del sistema de indicadores 63
6. III PLAN ESTRATÉGICO DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA 65
6.1. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA 67
6.1.1. Fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades en el ámbito de las drogodependencias y otros trastornos adictivos 67
6.1.2. Definición de líneas estratégicas 70
6.2. MISIÓN Y VISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 73
6.2.1. Misión y principios rectores del Plan Estratégico 73
6.2.2. Visión de la Generalitat Valenciana en materia de trastornos adictivos 73
6.3. DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS Y MAPA ESTRATÉGICO 75
6.3.1. Perspectiva de resultados 75
6.3.2. Perspectiva de agentes de interés 76
6.3.3. Perspectiva de procesos internos 80
6.3.4. Perspectiva de desarrollo futuro 82
6.3.5. Mapa estratégico 84
6.4. SISTEMA DE INDICADORES DE CONTROL 86
6.5. PLANES DE ACCIÓN 91
6.6. RECURSOS Y PRESUPUESTO 95
7. NORMATIVA 99

PRESENTACIÓN

La sanidad valenciana ha realizado en las últimas décadas grandes esfuerzos que la han convertido, en muchos campos, en un referente dentro de nuestro país e incluso internacionalmente.

En el campo específico de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, hay que resaltar el desarrollo realizado desde la publicación de la Ley 3/1997 sobre Drogodependencias y otro Trastornos Adictivos y el posterior Decreto Legislativo 1/2003 por el que se aprueba el texto refundido de dicha Ley, para consolidar una importante red de atención, que contempla la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social del enfermo con patología adictiva.

Este esfuerzo sabemos que es fruto del conjunto de iniciativas puestas en marcha para planificar y disponer de una red de servicios accesible y de calidad, dirigida a todos los ciudadanos valencianos. El III Plan Estratégico de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos constituye sin duda un ejemplo evidente de este tipo de iniciativas, tanto por su nivel de ambición como por su alto grado de realismo, al edificar sólidamente sobre lo ya conseguido en anteriores Planes. Por ello, nos complace presentar las estrategias que van a desarrollarse durante los próximos años, dirigidas a evitar el grave problema de salud que constituyen los trastornos adictivos e intensificar las medidas que lleven a la mejor recuperación de los afectados.

Alberto Fabra Part

President de la Generalitat Valenciana

PRÓLOGO

La Conselleria de Sanidad ha puesto en los últimos diez años un especial énfasis en la elaboración de instrumentos de dirección por objetivos que ayuden a alinear el esfuerzo de sus más de 60.000 trabajadores en una misma dirección. Como dice un aforismo ya clásico de la estrategia, no es lo mismo la perspectiva de trabajar colocando piedras que la de saber que se está construyendo una catedral.

Nuestro reto es conseguir para nuestros ciudadanos, no sólo los mejores resultados en salud, sino también unos servicios altamente satisfactorios y que este esfuerzo sea sostenible en tiempos de dificultad.

En esta tarea, la planificación estratégica ha jugado un importante papel para la Conselleria de Sanidad, utilizando las metodologías más actuales pero también y sobre todo, alineando los objetivos estratégicos con una cadena de instrumentos de dirección por objetivos como son; los Acuerdos de Gestión con los Departamentos de Salud y Centros, el pago de los complementos de Productividad Variable y la Carrera Profesional. Estamos convencidos de que este abordaje, a la vez riguroso e imaginativo, ha permitido conseguir los excelentes resultados que se han obtenido con la última evaluación del Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud.

Es por ello, que me complace especialmente ver como se elabora el Plan Estratégico de Drogodependencias con vigencia vianual con el mismo abordaje con el que hemos elaborado el tercer Plan de Salud de la Comunidad Valenciana y los Planes Estratégicos de la Agencia Valenciana de Salud, así como otros planes y estrategias sectoriales.

El posicionamiento estratégico en materia de drogodependencias ha estado hasta ahora muy orientado, entre otros grandes objetivos, a integrar la red de servicios con el conjunto de la asistencia sanitaria y garantizar la prevención de las conductas adictivas. Sin abandonar estos objetivos, el actual Plan Estratégico implica una apuesta hacia la evaluación sistemática y la innovación de la cartera de servicios para garantizar la misma oferta a todos los ciudadanos.

El III Plan Estratégico en materia de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos es resultado del estudio de las necesidades específicas que la evolución de los trastornos adictivos ha supuesto en la sociedad valenciana, implicando su puesta en marcha la reorganización de las acciones para dar respuestas eficaces a las situaciones detectadas.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los profesionales que han contribuido a la elaboración de este Plan y en general, a todas las personas que directamente trabajan en la lucha contra las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Manuel Llombart Fuertes
Conseller de Sanitat

ACUERDO DEL CONSELLL

JOSÉ CÍSCAR BOLUFER, VICEPRESIDENTE Y SECRETARIO DEL CONSELL,

CERTIFICO: que el Consell, en la reunión del día 17 de enero de 2014, adoptó el siguiente acuerdo.

El primer Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, aprobado por el Gobierno Valenciano en Acuerdo de 2 de febrero de 1999, fue el instrumento de planificación y ordenación de los objetivos y actuaciones en el ámbito de las drogodependencias.

Posteriormente se aprobó el Plan Estratégico Valenciano en materia de Drogodependencias 2006-2010, con unas miras mucho más amplias y adecuadas a la nueva realidad social, dicho Plan, cuyo grado de cumplimiento ha sido más que satisfactorio, ha dado lugar a una estructura general que marca y limita las áreas de actuación, además de ser un camino abierto hacia las nuevas circunstancias que acontecen en la actualidad.

De otro lado, el Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, tiene por objeto establecer y regular, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Generalitat y dentro de su ámbito territorial, un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas tanto por el uso y/o abuso de sustancias que puedan generar dependencia como por otros trastornos adictivos. Asimismo, prevé el diseño de políticas y pro-

gramas de actuación en materia de prevención y atención de las drogodependencias.

La política del Consell de la Generalitat, a través de la Conselleria de Sanidad, Dirección General de Asistencia Sanitaria, establece los criterios y los principios para desarrollar y disponer de un Plan Estratégico como marco común de actuación.

El Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunitat Valenciana 2014-2015 supone un nuevo reto, y un compromiso de continuidad y mejora con la sociedad valenciana en un área que constituye un grave problema para la salud de muchos valencianos y una considerable preocupación social.

En consecuencia, de acuerdo con lo previsto en el artículo 31 del Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, conforme al cual "el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos será aprobado por el Consell de la Generalitat, a propuesta de la Consellería de Sanidad o la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos", y previo informe favorable aprobado por el Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de Drogodependencias y otros trastornos adictivos, en su última reunión celebrada, a propuesta del Conseller de Sanidad, el Consell

ACUERDA

Primero y único

Aprobar el Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunitat Valenciana hasta 2015, cuyo texto queda incorporado al presente Acuerdo como anexo del mismo.

1 INTRODUCCIÓN

El III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos constituye el instrumento básico para la planificación de los objetivos y actuaciones que, en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana.

Como III Plan Estratégico implica una apuesta por un modelo de actuación práctico que orienta y define las acciones prioritarias que, en los próximos años, deben guiar la política sanitaria en materia de trastornos adictivos, promocionando una cultura evaluadora de los procesos y resultados obtenidos durante su vigencia.

En consonancia con las elaboraciones realizadas por la Conselleria de Sanidad en el III Plan de Salud y el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud 2009-2011, el nuevo Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, presenta, la novedad de utilizar la metodología del Balanced Scorecard en una sucesión de análisis metodológicos, realizados por un Grupo Coordinador de responsables de la Conselleria de Sanidad de la Comunitat Valenciana y un Grupo de Expertos de más de 30 profesionales de las diferentes áreas que conforman el fenómeno multidimensional de las drogodependencias, tales como; prevención, asistencia, reinserción, formación, e investigación en drogodependencias y otros trastornos adictivos.

El III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos se define y se estructura en base a la creación de un mapa estratégico, en el que de manera transversal, se contemplan los 42 objetivos prioritarios para las cuatro perspectivas contempladas (resultados a obtener, agentes

de interés implicados, procesos internos necesarios y acciones futuras a emprender), asumiendo la consecución de la Misión que debe regir cualquier actuación en el campo de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Misión: "Necesidad de disminuir la vulnerabilidad frente a todas las drogodependencias y otros trastornos adictivos y paliar sus consecuencias"

Además el III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, asume la adaptación y actualización de la normativa vigente hasta la fecha, así como los principios rectores y criterios básicos de actuación recogidos en los anteriores Planes Autonómicos.

Como punto de partida el III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos toma como base la Evaluación del Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2006-2010 y el Estado actual de la situación en materia de consumo de drogas y actividad asistencial en la Comunitat Valenciana para elaborar un documento operativo de trabajo cuyo desarrollo se abordará en los siguientes apartados.

2 MARCO NORMATIVO

Los Planes Autonómicos de Drogodependencias han sido objeto de regulación tanto a nivel estatal como autonómica definiendo su finalidad, características y premisas básicas desde las que debe partir cualquier formulación política en materia de adicciones.

2.1. La protección de la salud como derecho fundamental

El derecho a la salud constituye un derecho fundamental ampliamente reconocido por sucesivas Declaraciones, Resoluciones, Pactos y Cartas tanto de ámbito mundial como europeo, desde que, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada el 22 de julio de 1946, estableciera, de conformidad con la carta de las Naciones Unidas, que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (OMS, 1946).

Ejemplos de dicha regulación, entre otros, es la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (OMS, 1986), de las cuales se derivan el fundamento de los conceptos y principios de la moderna promoción de la salud. Será a través de dichos preceptos donde se consagre el "derecho a la salud" como uno de los fundamentales de todo ser humano, haciéndose referencia en algunas de ellas a factores específicos de riesgo como el consumo de drogas y a la necesidad de una participación conjunta de toda la comunidad en la consecución del más alto nivel posible de salud, siendo un claro ejemplo de ello Carta Europea sobre el Alcohol (OMS, 1995) y al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS, 2003).

Por su parte, la Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud como principio rector de la política social y económica. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas asumen sus competencias en materia sanitaria y de asistencia social, directamente vinculadas con el ámbito de las drogodependencias, pero también en materias conexas como podría ser, educación o juventud.

Como respuesta normativa al mandato constitucional sobre el derecho a la protección de la salud, la Ley General de Sanidad, de 29 de abril de 1986, destaca la competencia que otorga a las Comunidades Autónomas para el diseño y la ejecución de una política sanitaria propia. En este sentido, el Art. 70 dispone que "el Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias".

Los planes autonómicos sobre drogas surgieron en paralelo al Plan Nacional sobre Drogas como respuesta a la situación del momento y las recomendaciones del propio Plan Nacional, así como a las competencias autonómicas de regular las intervenciones en materia de adicciones. A partir de dicho momento se hace patente la necesidad de crear estructuras específicas de coordinación con las Comunidades Autónomas. Nace así la Comisión Técnica Interautonómica compuesta por los responsables de los Planes Autonómicos y presidida por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Paralelo a dicha regulación normativa que reconoce la obligación de las administraciones publicas de proteger la salud de los ciudadanos frente a cualquier problema de salud y, motivado por la alarma social generada por la heroína y las circunstancias asociadas a su consumo (aumento de prevalencias, conexión heroína–sida, asociación heroína-delincuencia, protagonismo del problema de la droga en la opinión pública y medios de comunicación, etc.) nace el Plan Nacional Sobre Drogas como iniciativa gubernamental dirigida a coordinar y potenciar las políticas de drogas de las distintas Administraciones Públicas y hacer converger los esfuerzo de las entidades y organizaciones sociales que hasta el momento estaban afrontando y trabajando sobre una problemática tan compleja.

2.2. La legislación valenciana en materia de drogodependencias

En la Comunidad Valenciana, a objeto de hacer operativas las directrices del Plan Nacional sobre Drogas, aprobado por el Consejo de Ministros de 20 de marzo de 1985, se creó por Decreto 112/1985, de 22 de julio, del Gobierno Valenciano, la Comisión de Coordinación de la Lucha contra la Droga de la Generalitat Valenciana, que acordó, en su reunión de 7 de octubre de 1986, aprobar el Plan Autonómico de Lucha contra la Droga. Con posterioridad, y ante los cambios producidos tanto en el ámbito orgánico como funcional, el Gobierno Valenciano, a través del Decreto 232/1991, de 9 de diciembre, estableció la nueva estructura y funciones de los órganos encargados de la lucha contra la droga.

En junio de 1997, las Cortes Valencianas aprobaron, con el consenso de todos los grupos parlamentarios, la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, parcialmente modificada por la Ley 4/2002, de 18 de junio y refundida posteriormente en el Decreto Legislativo 1/2003 del Consell de la Generalitat Valenciana. Desde dicha ley se definió el marco básico de actuación para abordar el fenómeno, de naturaleza multidimensional, que supone el abuso de sustancias psicoactivas y las patologías adictivas, acotándose los criterios que garantizaran una adecuada coordinación entre las instituciones y entidades que actuaban en el ámbito de las drogodependencias, regulando las acciones dirigidas a la prevención de éstas, a la asistencia , a la reinserción social de las personas drogodependientes y a la formación e investigación en este campo.

Dispuesto en la mencionada Ley (Art. 29) y como mecanismo más importante de regulación sanitaria en materia de drogodependencias se estipula la necesidad de aprobar un Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos que planifique, ordene y coordine los recursos y actuaciones que, en materia de drogodependencias, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma Valenciana, siendo vinculante para todas las administraciones públicas e instituciones privadas que desarrollen actuaciones en nuestro territorio.

Los Planes Autonómicos sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos constituyen el instrumento básico para la planificación de objetivos y actuaciones que, en materia de drogodependencias, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma.

Es a partir de este momento cuando se redactan y aprueban los sucesivos Planes Autonómicos Valencianos: Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 1999-2002; Plan Estratégico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2006-2010 de la Comunitat Valenciana, que constituyen la base sobre la que se asienta la formulación del presente Plan hasta 2015 y que implica la continuidad en la labor de la Conselleria de Sanidad de regular sus políticas públicas desde parámetros exhaustivos de planificación y respuesta a los derechos y necesidades de los valencianos.

2.3. El tratamiento de las drogodependencias en el sistema sanitario valenciano

En el ejercicio de las competencias autonómicas que, en materia sanitaria, atribuye la constitución y aunque las políticas de drogas, entendidas en el marco del derecho a la protección de la salud, se configuran como políticas de Estado, correspondiéndole a éste la coordinación general de la sanidad, la Sanidad exterior y la Legislación sobre productos farmacéuticos (Art. 43 CE), la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana recoge que; la Generalitat tiene competencia exclusiva sobre Servicios Sociales, Juventud, Deportes y ocio., Publicidad, sin perjuicio de las normas dictadas por el Estado para sectores y medios específicos (Art 49.) así como en la organización, administración y gestión de todas la instituciones sanitarias públicas, dentro del territorio de la Comunitat Valenciana (Art 54).

Así, desde los órganos competentes en la materia, la Comunitat Valenciana comienza a regular a través de su normativa propia la ordenación sanitaria de su territorio (Orden de 2 de mayo de 1986, de la Conselleria de Sanidad y Consumo; Orden de 27 de diciembre de 1993, de la Conselleria de Sanidad y Consumo ; Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat; Decreto 26/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat; Decreto 116/2003, de 11 de julio , del Consell de la Generalitat; Decreto 120/2007, de 27 de julio del Consell de la Generalitat), delimitando sucesivamente el mapa sanitario de nuestro territorio.

Un hecho a destacar es la creación de las primeras Unidades de Conductas Adictivas en 1998 a través de la Orden de 7 de julio de 1997, de la Conselleria de Sanidad, como unidades de apoyo a los equipos de Atención Pri-

maria. Este hecho supuso la normalización de la asistencia y el tratamiento de las dependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana, ofreciendo la asistencia sanitaria a las personas drogodependientes desde del propio sistema sanitario público, como cualquier otra patología.

Las 38 Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) actualmente existentes constituyen por tanto los recursos primarios de atención sanitaria del enfermo adicto, siendo las responsables del tratamiento de las conductas adictivas, desde su entrada en el sistema sanitario. Simultáneamente a la creación de la primera UCA, en la Comunitat Valenciana se ha ido estructurando y consolidando una red complementaria de atención socio-sanitaria (Ver Tabla 1) que permite individualizar los tratamientos, atender a las necesidades o problemáticas específicas que cada paciente presenta y garantizar una atención biopsicosocial, es decir, una asistencia integral que atienda tanto aspectos orgánicos como psicológicos y sociales del enfermo y sus familiares.

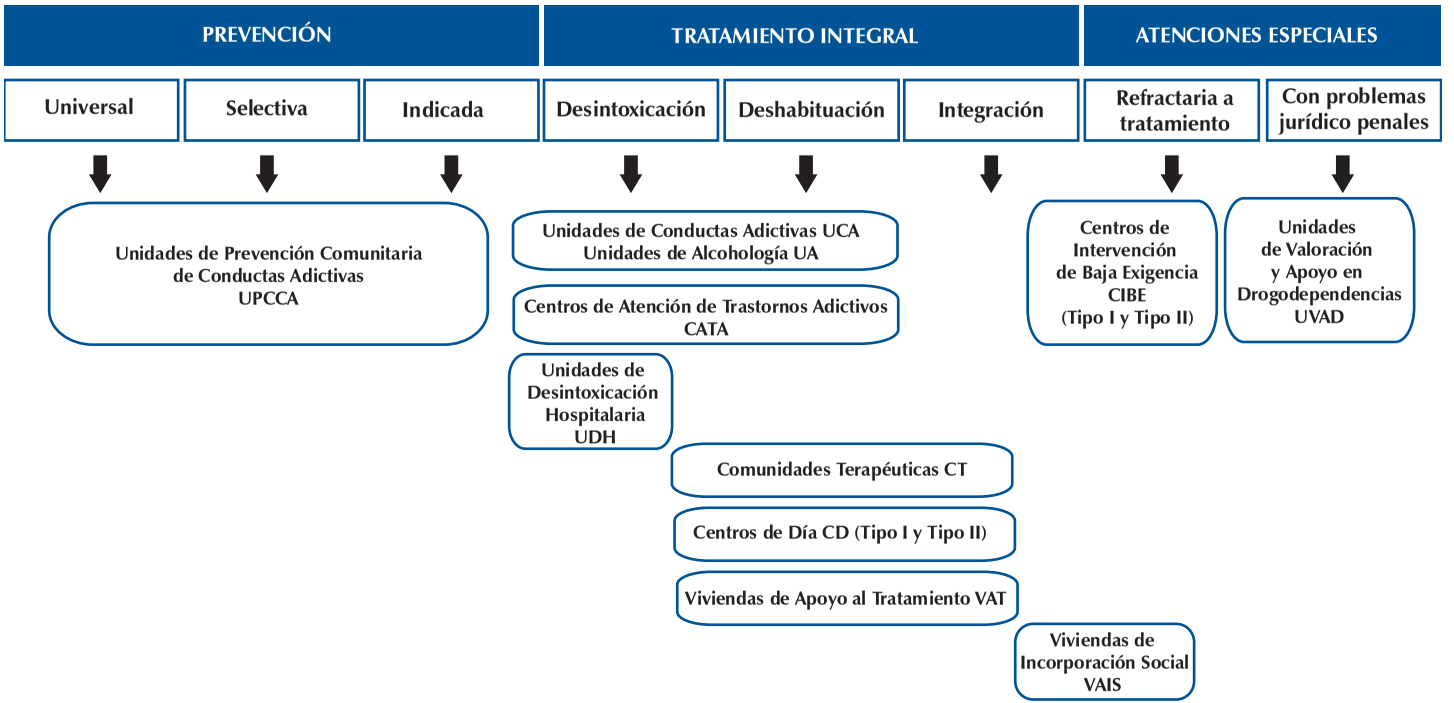
Tabla 1. Evolución Red Valenciana de Centros y Servicios en Materia de Drogodependencias

	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

Actualmente la red de asistencia socio-sanitaria a las drogodependencias y otros trastornos adictivos garantiza a través de sus más de 160 centros y servicios que el proceso terapéutico que inicia el enfermo drogodependiente se configura como un circuito continuado de diagnóstico, desintoxicación, deshabituación e integración social a través de la acción coordinada de todos los recursos integrados en la red pública valenciana (Ver Figura 1).

Figura 1

ESTRUCTURA DE LA RED SOCIOASISTENCIAL EN LA COMUNITAT VALENCIANA EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS



Fuente: DECRETO 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunitat Valenciana.

Por último y a objeto de ubicar las políticas valencianas en materia de trastornos adictivos resulta conveniente realizar una aproximación a la actual estructura orgánica y funcional de la Conselleria de Sanidad estipulada en el Decreto 4/2014, de 3 de enero, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad.

Tal y como aparece en Articulo 1 de la mencionada normativa "La Conselleria de Sanidad es el departamento del Consell encargado de la dirección y ejecución de la política del mismo en materia de sanidad, …… la Conselleria se organiza …….funcionalmente, en órganos superiores del departamento, nivel directivo y nivel administrativo"

Dentro de los ocho órganos superiores y órganos directivos mencionados (Art. 2) se reconoce a la Dirección General de Asistencia Sanitaria como la encargada, bajo la dependencia de la Secretaría Autonómica de Sanidad, de ejercer sus funciones en materia de; sistemas de información sanitaria, gestión de centros sanitarios, recursos asistenciales, conciertos y convenios, atención sanitaria a la cronicidad, drogodependencia y salud mental, y asistencia sanitaria general. (Art.8).

3 ANTECEDENTES: Los Planes Autonómicos Valencianos en materia de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos

El primer Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (PAVDTA 1999-2002) estableció las bases para la puesta en marcha una Red de Atención a las Drogodependencias que, a lo largo de los últimos años, ha venido especializándose y reforzándose, a la vez que se han ido implementando diferentes actuaciones preventivas y aquellas destinadas a favorecer los procesos de incorporación social del enfermo drogodependiente.



Finalizado el periodo de vigencia de este primer Plan Autonómico y atendiendo a la necesidad de adecuar la red valenciana de recursos asistenciales a los problemas generados por los nuevos modelos de consumo y patrones adictivos, así como, las nuevas circunstancias y condicionantes

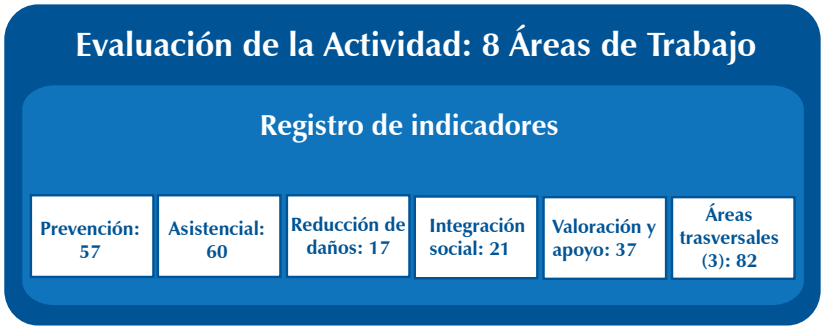
sociales y políticos, se aprobó Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2006-2010 de la Comunitat Valenciana.

Dicho Plan se elaboró como un instrumento de política de salud, con un enfoque multisectorial e integrador, proponiendo una reorientación de los recursos existentes y estableciendo claramente cuatro elementos claves que marcarán diferencias esenciales con el modelo precedente existente en el que se crearon los primeros recursos frente a las drogodependencias en nuestra Comunidad Autónoma. Esta son: la priorización de la prevención, en el marco de la promoción de la salud, la mejora de la accesibilidad a los recursos asistenciales, adaptación de los programas de integración social a las necesidades emergente marcadas por la situación económico-laboral y promoción de una cultura de evaluación orientada al análisis de los recursos y actuaciones en términos de eficiencia y eficacia, marcando diferencias esenciales con el modelo anterior en el que se crearon los primeros recursos de atención en nuestra Comunidad Autónoma.

El Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2006-2010 de la Comunitat Valenciana supuso un nuevo modelo de actuación práctico definiendo las acciones prioritarias, en materia de usos y abusos de drogas y, promocionando una cultura evaluadora de los procesos y resultados obtenidos durante su vigencia.

La evaluación es fruto de la recogida y análisis de la información proporcionada por los diferentes sistemas de información valencianos en materia de adiciones, posibilitando la valoración del Plan Estratégico 2006-2010 en base a las áreas de trabajo definidas dentro del mismo (Prevención, Asistencia, Reducción del daños, Integración social, Valoración y apoyo, Investigación, Formación y Sistemas de Información) y a través del sistema de indicadores propuesto (Ver Figura 2), siendo la primera vez que se emitía una evaluación sobre un Plan Autonómico Valenciano y en consecuencia de toda la actividad desarrollada en materia de drogodependencias en la Comunitat Valenciana.

FIGURA 2. *Áreas de Trabajo y Número de indicadores contemplados en el Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2006-2010*



La evaluación ha sido un proceso continuado durante los cinco años de vigencia del Plan, valorando y redefiniendo las actuaciones que se han ido desarrollando. Sin embargo a partir de enero de 2011 se inició un proceso de evaluación final del Plan Estratégico 2006-2010 con el objetivo de hacer una valoración de conjunto y establecer las premisas para la elaboración del siguiente Plan (Ver Tabla 2, 3, 4, 5, 6 y 7). De la información recogida anualmente, la extinguida Dirección General de Drogodependencias dio cumplida notificación al Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos en las sucesivas convocatorias, para el conocimiento de la evaluación en el desarrollo del Plan Estratégico y como contempla nuestra normativa autonómica.

Tabla 2. ÁREA DE PREVENCIÓN	
GRADO DE LOGRO	Nº OBJETIVOS ESPECÍFICOS (%)
Conseguido	20 (66, 6%)
Evolución favorable	8 (26,6%)
A mejorar	2 (6,6%)
TOTAL	30

Tabla 3. ÁREA ASISTENCIAL	
GRADO DE LOGRO	Nº OBJETIVOS ESPECÍFICOS (%)
Conseguido	15 (62,5%)
Evolución favorable	6 (25%)
A mejorar	3 (12, 5%)
TOTAL	24

Tabla 4. ÁREA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS	
GRADO DE LOGRO	Nº OBJETIVOS ESPECÍFICOS (%)
Conseguido	4 (80%)
Evolución favorable	1 (20%)
A mejorar	
TOTAL	5

Tabla 5. ÁREA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	
GRADO DE LOGRO	Nº OBJETIVOS ESPECÍFICOS (%)
Conseguido	2 (25%)
Evolución favorable	
A mejorar	6 (75%)
TOTAL	8

Tabla 6. ÁREA DE VALORACIÓN Y APOYO	
GRADO DE LOGRO	Nº OBJETIVOS ESPECÍFICOS (%)
Conseguido	2 (50%)
Evolución favorable	
A mejorar	2 (50%)
TOTAL	4

Tabla 7. ÁREAS TRANSVERSALES	
GRADO DE LOGRO	Nº OBJETIVOS ESPECÍFICOS (%)
Conseguido	41 (73,2%)
Evolución favorable	13 (23, 2%)
A mejorar	2 (3, 5%)
TOTAL	56

Anotar que, hasta el momento y en relación con la evaluación de los Planes Estratégicos, tan sólo existían valoraciones de carácter global, siendo con el Plan Estratégico 2006-2011 la primera vez que se aborda una evaluación exhaustiva del cumplimiento de los objetivos propuestos en el mismo y de los resultados obtenidos a través de la implementación de acciones en las áreas contempladas.

Del mismo modo cabe resaltar que, aunque la evaluación en muchas ocasiones no proporciona siempre valores satisfactorios o deseables, su resultado nos permite valorar con mayor rigor el trabajo realizado hasta el momento y las acciones futuras a emprender.

Así pues, desde la consideración general del grado de cumplimiento del Plan Estratégico 2006-2010 y la valoración explícita de las circunstancias y obstáculos identificados para la consecución de determinados objetivos, junto con, un minucioso análisis de la situación en materia de consumos y actividad asistencial, se elabora el III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

4 ESTADO DE LA SITUACIÓN

4.1. Los sistemas de información sobre drogas

Partir de un adecuado análisis que proporcione la información necesaria sobre las características y extensión de los consumos problemáticos de drogas e impacto de las adicciones, así como, determinar las necesidades de la población afectada y sus familiares y, la capacidad del sistema sanitario para responder a ellas, constituye un elemento básico para la realización de una correcta planificación estratégica y la definición de prioridades de actuación.

Para dicho fin, la Comunitat Valenciana cuenta con variados sistemas de información de carácter continuado que facilitan datos sobre multitud de aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias, tales como; prevalencias de consumo y perfil de los consumidores; actitudes y percepciones de diversos sectores sociales; número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia; morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas; actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social.

Utilizando la información aportada por dichos sistemas y a partir de los indicadores que proporcionan es posible realizar un análisis de la evolución de la situación de los consumos de drogas y la capacidad de la red socio-sanitaria valenciana de atender a las patologías derivadas de las drogodependencias. Actualmente los sistemas de información disponibles en la Comunitat Valenciana son los que se detallan en la Tabla 8:

TABLA 8. *Principales Sistemas de Información sobre Drogas en la Comunitat Valenciana*

Sistemas epidemiológicos	SAVIA (Sistema autonómico Valenciano de Información en Adicciones)	SECAD (Sistema de Evaluación de la Calidad Asistencial en Drogodependencias)
Encuestas de consumo en población escolar y población general de carácter autonómico Principales variables: • Características socio demográficas • Prevalencias de consumo de drogas • Edad de inicio al consumo • Percepción de riesgo de las diferentes sustancias • Percepción de disponibilidad • Otros factores de riesgo y protección – Periodicidad: series bianuales con combinación de encuestas propias y encuestas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas	– Principales variables: • Demanda asistencial. • Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. • Fallecimientos producidos por reacciones adversas por consumo de drogas. – Periodicidad: anual	– Principales variables: • Indicador de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona. • Indicador de Tratamiento de Desintoxicación Hospitalaria. • Indicador de ingreso y tratamiento en Unidad de Deshabituación Residencial. • Indicadores de Actividad de los Centros de Encuentro y Acogida • Indicador de ingreso y tratamiento en Centro de Día. • Indicador de ingreso en Vivienda Tutelada. • Indicador de Valoración y Apoyo al Drogodependiente con problemas judiciales. • Indicador de Atención a los Drogodependientes atendidos en Comisarías. – Periodicidad: anual

Dichos sistemas de información se complementan con el conocimiento aportado por estudios específicos (Ver Tabla 9), sobre aspectos concretos del consumo de drogas y las drogodependencias, que la Conselleria de Sanidad a través del Servicio de Drogodependencias ha realizado y/o financiado para aproximarse a este fenómeno en el contexto de nuestra comunidad.

TABLA 9. *Principales Investigaciones realizadas y/o financiadas por la Conselleria de Sanitat en materia de Drogodependencias (Periodo 2006-2011)*

Investigación Básica	• Uso de células embrionarias humanas para el estudio de los efectos del etanol en el desarrollo embrionario • Determining the prevalence and incidence of fetal alcohol syndrome (fas) and fetal alcohol spectrum disorder (fasd) in the selected countries • Papel de los receptores tlrs y el inflamasoma en el daño que induce el etanol en el cerebro. • Básica en conductas adictivas y la relación que existe entre el consumo de las distintas sustancias. Fase 1: estudio en etanol. • Básica en conductas adictivas y la relación que existe entre el consumo de las distintas sustancias. Fase 2: estudio en cocaina. • Efectos sobre el sistema nervioso del consumo abusivo del alcohol: estudio experimental en ratas y estudio de neuroimagen en humanos • Nuevos fármacos con potencial terapéutico para la adicción a la cocaína: Ensayos preclínicos en modelos animales de conducta adictiva
Investigación Clínica	• Neuroimagen y Neurobiología en Drogadicción, estudio de las funciones superiores y emocionales en pacientes con adicción a las drogas • Aplicación de la evaluación de sistemas de tratamiento a nivel nacional utilizando las herramientas de la OMS • Modulación de las diferencias individuales en personalidad sobre los cambios en la estructura cerebral asociados al consumo de tabaco y cannabis. • Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes adictos a cocaína • Modulación de diferencias individuales en personalidad sobre los cambios en la estructura cerebral asociados al consumo de tabaco y cannabis
Investigación Epidemiológica y Social	• Estudio sobre el habito del consumo de drogas en la comunidad valenciana 2010 • Sistema de detccion temprana • Estudio descriptivo longitudinal de los correlatos del consumo de drogas en la adolescencia • Las cenas navideñas de empresa. ¿Un modelo de consumo recreativo de alcohol y otras drogas? • Consumo de drogas en jóvenes adultos emancipados • La sombra de la ruta: antecedentes y consecuentes en el modelo actual de ocio • Estudio sociológico sobre las familias valencianas como agentes de salud en prevención de drogodependencias • Estudio de muestras de Lsd. Descripción del perfil: riqueza y adulterantes tóxicos y/o características • Estudio de muestras de cocaína, cannabis y metanfetamina (cristal). Descripción de perfil: riqueza y adulterantes tóxicos. • Análisis y diseño de campañas publicitarias y programas de comunicación para la sensibilización y prevención de las drogodependencias • Estudio de los factores de riesgo y de protección del abuso de anabolizantes y sustancias ergogénicas con fines estéticos en población juvenil valenciana • Comunicación institucional y prevención en materia de drogodependencias: análisis de campañas y acciones de comunicación orientadas a la prevención en los centros escolares y en los medios de comunicación en la comunidad valenciana. • Estudio de los factores de riesgo/protección asociados al entorno del consumidor de substancias para musculación: papel/función de los entrenadores deportivos en la prevención del consumo de dichas sustancias

4.1.1. Sobre los consumos de drogas

Las encuestas sobre el consumo de drogas ofrecen información sobre hábitos, actitudes y opiniones sobre las drogas en la población general o en parte de ella, y son de gran importancia para detectar cambios en el fenómeno de las adicciones y reorientar las políticas de prevención y asistencia. El análisis de situación sobre consumos de drogas para el Plan Estratégico se basa en la información proporcionada por las siguientes encuestas:

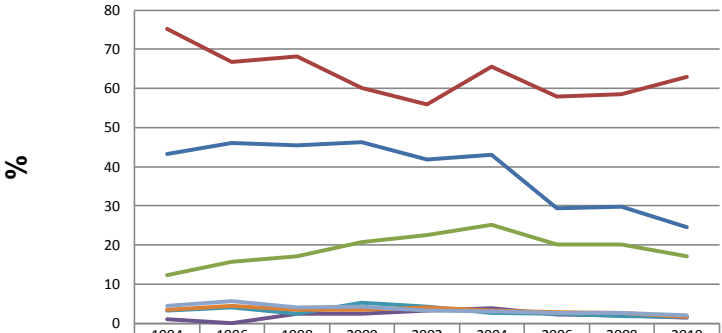
- Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES)
- Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES)
- Encuestas de consumo y opinión propias de la Generalitat Valenciana (ENCUESTAS C.V)

Actualmente aunque la incidencia el consumo de drogas parece mantenerse relativamente estable desde una perspectiva histórica, los niveles de prevalencia siguen siendo globalmente elevados (EMCDDA, 2011) lo que ha venido a justificar la necesidad de poner en marcha medidas de carácter preventivo y asistencial para evitar, mejorar y/o paliar los problemas bio-psico-sociales derivados del consumo de drogas y los trastornos adictivos.

4.1.1.1. La población escolar como diana de las acciones preventivas

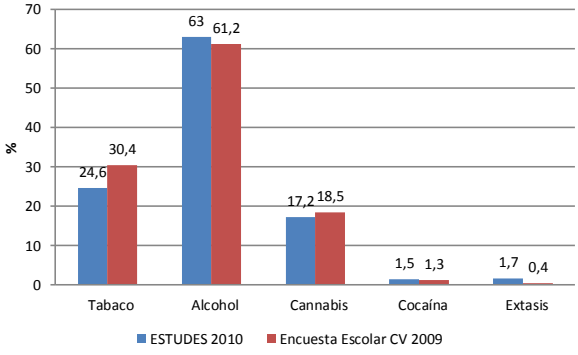
Así, atendiendo a las principales encuestas epidemiológicas españolas, y considerando el consumo en los últimos treinta días, por ser la frecuencia que más se aproxima a patrones de consumo habitual, estamos rondando cifras en torno al 63% para consumo de alcohol, 34% para tabaco, 17 % para cannabis y cifras inferiores al 2% para el resto de sustancias ilegales (Gráfico 1).

GRÁFICO 1. *Evolución Prevalencia del Consumo de Drogas en los últimos 30 días (%). ESTUDES 1994-2010*



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Tabaco	43,2	46,1	45,4	46,3	41,9	43	29,4	29,7	24,6
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6	58	58,5	63
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2
Cocaina	1,1	0	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2	1,5
Extasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,8	2,7	1,6
Alucinógenos	4,4	5,6	4	4,2	3,2	3,1	2,6	2,7	2,1

GRÁFICO 2. Comparativa Prevalencias de Consumo en los últimos 30 días (%). ESTUDES 2010 y Encuesta Escolar de la C.V. 2009.

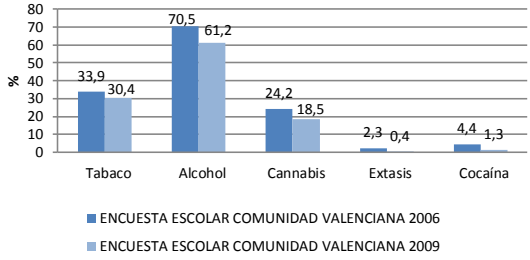


Concretamente a nivel de la Comunidad Valenciana el consumo de drogas afecta de modo similar que al resto de Comunidades Autónomas que integran el estado español siendo las drogas más consumidas por los estudiantes entre 14 a 18 años las mismas que las reflejadas anteriormente: alcohol, tabaco y cannabis, aunque la proporción de consumidores habituales de estas sustancias es relativamente inferior para alcohol (61,2%)l, cocaína

(1,3%) y éxtasis (0,4%) y ligeramente superior en tabaco (30,4%) y cannabis (18,5%) tal y como se muestra en el Gráfico 2.

Se confirma por tanto una evolución de las prevalencias de consumo de drogas a la baja aunque los volúmenes de consumo siguen siendo relativamente altos para sustancias como el alcohol, tabaco y cannabis, dado que estamos hablando de poblaciones con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

GRÁFICO 3. *Comparativa Evolución Prevalencias de Consumo últimos 30 días (%). Encuesta Escolar de la C.V. 2006-2009*



En relación a los consumos realizados por dichas poblaciones de riesgo, preventivamente hablando, la Comunidad Valenciana ha sido pionera en la inclusión –en las encuestas escolares– de aquellas sustancias más recientes en el mercado negro del tráfico de drogas, tales como el cristal y de los escolares de 12 y 13 años como parte de la muestra a encuestar.

Así, los estudios cualitativos realizados durante los años 2006, 2007 y 2008 en zonas de ocio valencianas apuntaron la presencia de nuevos derivados anfetamínicos en dichos espacios como el crystal y la presencia de grupos de población con edades muy inferiores a las habitualmente encontradas, lo cual se tradujo en la incorporación en la encuesta 2009 de ambas premisas.

Realizando una escueta aproximación a los datos obtenidos en la Encuesta Escolar Valenciana de 2009 resultó qué las prevalencias de consumo de crystal se situaron en porcentajes muy superiores a los obtenidos para drogas como el éxtasis con una tasa de consumo experimental del 4,5% y del

0,7% para el consumo en los últimos 30 días. En relación a los escolares de 12 y 13 años de edad resultó que (Tabla 10); el 55,1% de los encuestados había probado algún tipo de sustancia psicoactiva (incluido alcohol y tabaco) y que entre dicho grupo un 6.6% consumió tabaco en el último mes, un 15.8 % alcohol y un 2.7% cannabis (Tabla 11).

TABLA 10. ***Prevalencias de consumo alguna vez en la vida (%). Muestra Jóvenes de 12-13 años***	
Tabaco	21,1
Alcohol	53,3
Cannabis	5,9
Cocaína	0,2
Éxtasis	0,2
Cristal	0,2
Sedantes/tranquilizantes	0,5
Anabolizantes	0,2

TABLA 11. ***Prevalencias de consumo último mes (%). Muestra Jóvenes de 12-13 años***	
Tabaco	6.6
Alcohol	15.8
Cannabis	2,7

El análisis de dicha situación llevo a la extinguida Dirección General de Drogodependencias a considerar a nivel preventivo, la necesidad de abordar acciones preventivas específicas en edades anteriores a que se produzcan los primeros consumo a través programas concretos y a nivel investigador a reforzar los estudios etnográficos en zonas de ocio y el diseño de un Sistema de Detección Temprana que facilitará información en tiempo real sobre los consumos de drogas, los patrones asociados a los mismos y las características de los contextos en los que se producen, con la finalidad de actuar preventivamente a través de un sistema de alertas.

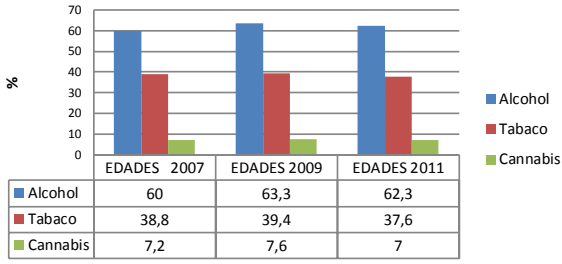
En dicha fotografía cabe añadir que, el consumo de drogas entre los estudiantes de la Comunidad Valenciana de 12 a 18 años es generalmente recreativo, vinculado al ocio y al fin de semana situándose las edades medias de inicio para el consumo de drogas legales y cannabis en torno a los 13 y 14 años y para el resto de drogas ilegales a partir de los 15 años de edad. El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas, seguidas

del cánnabis, que representa la continuidad de consumo más elevada, en todas las edades. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años. Sin embargo es remarcable que más de la mitad de los jóvenes de 12 y 13 años ha probado algún tipo de sustancia psicoactiva (incluido el alcohol y el tabaco) y que el 6,6% de estos jóvenes ha probado algún tipo de sustancia ilegal. Un porcentaje importante de estudiantes consumen más de una sustancia, siendo los patrones más habituales: "alcohol y tabaco" hasta los 14 años, "alcohol, tabaco y cánnabis" a los 15 años y a partir de los 17 se añade la cocaína u otras drogas ilegales (aunque con un patrón de uso más esporádico). El estudio de la percepción de disponibilidad, así como la percepción de riesgo, permiten mostrar la asociación entre estos constructos y el consumo de sustancias. Así, podemos observar que los alumnos con una percepción de disponibilidad más acusada tienen una tasa de consumo en general superior, en sentido contrario aparece la relación con la percepción de riesgo, encontrándose una mayor percepción de riesgo entre los jóvenes que menos consumen. En cuanto a los lugares de consumo, en el grupo de edad de 12-13 años encontramos que el alcohol se consume principalmente en los parques, lo que apoyaría la posición del "botellón" como opción que siguen estos jóvenes para poder consumir esta sustancia. Es remarcable, sin embargo, que más de un 20% de estos jóvenes consigue estas bebidas en bares y pubs. En el resto de grupos de jóvenes (14-18 años) a medida que aumenta la edad disminuye el consumo en la calle/parques y aumenta el consumo en bares/pubs, aunque no debemos olvidar que la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 18 años está prohibida por ley.

4.1.1.2. Incidencia de los consumos de drogas entre la población valenciana

En el caso de la población adulta (15-64 años) y al igual que ocurría con la población escolar, las prevalencias de consumo en los últimos 30 días para las tres principales sustancias de abuso (alcohol, tabaco y cannabis) muestran un ligero descenso en los años comparados a nivel estatal (Gráfico 4).

GRÁFICO 4. *Comparativa Evolución Prevalencias de Consumo últimos 30 días (%). EDADES 2007, 2009, 2011*



	EDADES 2007	EDADES 2009	EDADES 2011
Alcohol	60	63,3	62,3
Tabaco	38,8	39,4	37,6
Cannabis	7,2	7,6	7

En el caso de los registros autonómicos los datos disponibles reflejan este mismo descenso pero tan solo para el consumo habitual de alcohol, el cual se mantiene por debajo en diez puntos porcentuales en la comparativa con los datos nacionales, tal y como se deduce de los Gráficos 5 y 6.

GRÁFICO 5. *Evolución Prevalencias de Consumo de Alcohol últimos 30 días (%). EDADES 2007, 2009, 2011*

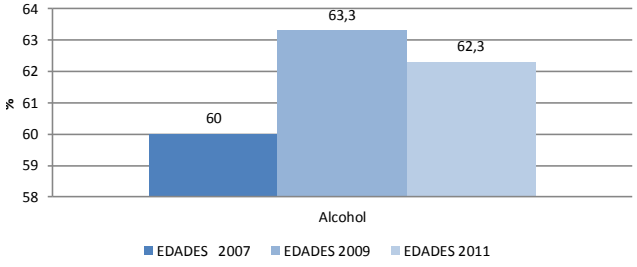
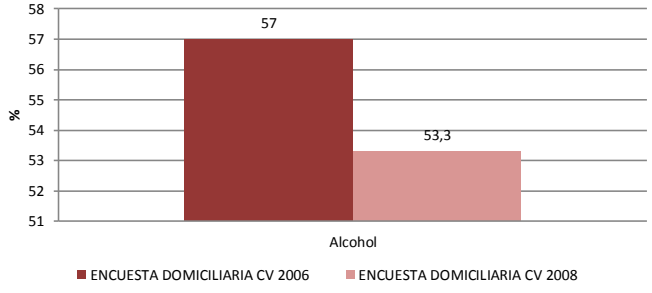


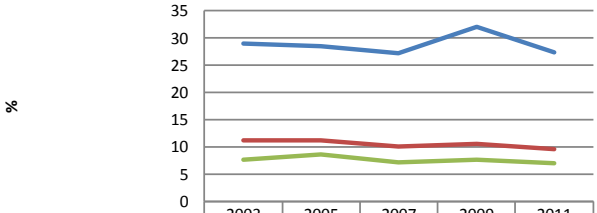
GRÁFICO 6. *Evolución Prevalencias de Consumo de Alcohol últimos 30 días (%). Encuestas C.V. 2006, 2008*



Resaltar que, la tendencia al alza en relación a determinados patrones de consumo de alcohol como el consumo intensivo de bebidas alcohólicas, se confirma con los datos proporcionados por la última encuesta estatal del 2011 siendo los grupos de edad entre 20 y 24 años los que generalmente alcanzan las prevalencias más alta en este tipo de patrones. De manera similar las borracheras, aunque descienden ligeramente en los años comparados a nivel estatal siguen situándose en una prevalencia del 41,3 en el último año para los varones con edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, porcentajes significativamente altos si consideramos los riesgos que conllevan para la salud este tipo de consumos. Por tanto, a los riesgos que cualquier consumo de alcohol conlleva por sí mismo se añaden nuevos riesgos para los consumidores vinculados a determinados patrones de consumo como el Binge Drinking o atracones de bebida.

Respecto al cannabis una de las sustancias más sometidas a debate social en los últimos años, su consumo al igual que ocurría en escolares también desciende para la población general en todos los intervalos temporales contemplados en la encuesta estatal, manteniéndose en un tasa de consumo de un 7% en los últimos 30 días, 9,5% en el último año y un 27,4% en la frecuencia "alguna vez en la vida" (Gráfico 7).

GRÁFICO 7. *Evolución Prevalencias Consumo de Cannabis (%). EDADES 2003-2011*



	2003	2005	2007	2009	2011
Alguna vez en la vida	29	28,6	27,3	32,1	27,4
Últimos 12 meses	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6
Últimos 30 dias	7,6	8,7	7,2	7,6	7

En relación al resto de sustancias, anotar el descenso del consumo de cocaína (2,2%), éxtasis (0,7%) y alucinógenos (0,4) en la frecuencia "últimos 12 meses" y una estabilización del consumo de heroína manteniéndose las mismas

prevalencias que en años anteriores (0,1%). Anotar la presencia de consumos experimentales con drogas emergentes con prevalencias que alcanzan porcentajes relativamente altos (5,7 % para setas, 2% para ketamina) si consideramos el enorme riego que conlleva el consumo de este tipo de sustancias en los que las dosis y los efectos son difícilmente controlable o predecibles.

Por último señalar, que entre los consumidores sigue detectándose el uso simultáneo de varias sustancias lo que incrementa los riesgos y los daños producidos por las mismas. Tal y como se muestra en el avance de resultados realizado de la encuesta nacional EDADES 2011, concretamente el 29,3% de la población consume dos sustancias, el 8,5% tres, el 1,9% cuatro, y el 1,0% cinco o más sustancias legales e ilegales.

Concluimos por tanto a través de la aproximación realizada, que más allá de la reducción de las prevalencias de consumo tanto entre la población escolar como entre la población adulta , la cual debe constituir un eje vertebrador de cualquier política preventiva en materia de protección de la salud, existe un importante trabajo a realizar para disminuir los riesgos derivados de determinados patrones de consumo y mejorar nuestra capacidad de comprensión y detección de los cambios en los modelos de consumo actual de drogas.

4.1.2. Los Indicadores de Actividad de la Red Valenciana de Centros y Servicios

Los registros relativos a la utilización de servicios y los tratamientos dispensados en ellos se utilizan con frecuencia como indicadores indirectos para estimar el volumen de la problemática, las modalidades de consumo o la capacidad del sistema para cubrir las demandas y necesidades asociadas a los trastornos adictivos. Con la finalidad de poder ofrecer una perspectiva general de la situación y funcionamiento de la red valenciana de atención a las drogodependencias se analizan algunos indicadores considerados clave para detectar aquellas fortalezas y/o debilidades de la misma.

4.1.2.1. Los indicadores de actividad en materia de prevención

En el momento actual y a tenor de los resultados obtenidos en prevención escolar, la Comunitat Valenciana ha alcanzado coberturas enormemente satisfactorias en la implementación de programas y/o acciones preventivas en los centros escolares valencianos. De esta forma, en torno a un 88% del total

de colegios valencianos han realizado durante el curso escolar 2010-2011 alguna acción preventiva dirigida a su alumnado de primaria, cifra que se sitúa en un 78,6%, en el caso de secundaria, tal y como se muestra en el Gráfico 8.

GRÁFICO 8. *% Cobertura de Centros Escolares Valencianos a través de Programas y Acciones de Prevención Escolar*

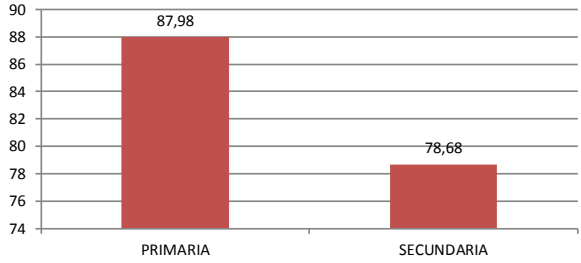


GRÁFICO 9. *Evolución Nº de Centros Escolares de Primaria con Actividades de Prevención*

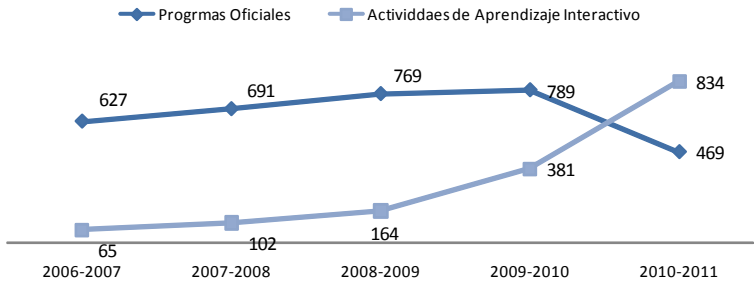
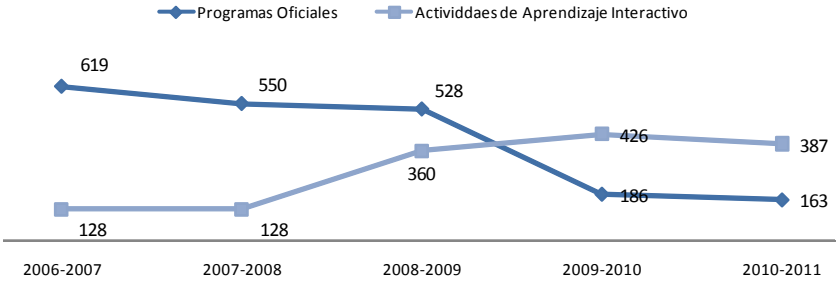


GRÁFICO 10. *Evolución Nº de Centros Escolares de Secundaria con Actividades de Prevención*



Ahora bien, estos niveles de cobertura son producto de la consolidación de una tendencia en materia de prevención dirigida al ámbito escolar, como es la combinación de programas de prevención oficiales (Prevenir para Vivir, Brújula, la Aventura de la Vida y Órdago) con el desarrollo de acciones preventivas de carácter interactivo y más puntuales en el tiempo (Exposiciones, Banco de herramientas, Sesiones informativas, Talleres....) tal y como se muestra en los Gráficos 9 y 10.

Probablemente en la base de este cambio cualitativo esté, el uso de metodologías didácticas más participativas y cercanas a la cultura juvenil, una mayor concreción en las temáticas abordadas y una menor necesidad de dedicación por parte del cuerpo docente a este tipo de actividades. Frente a los programas de prevención de carácter más tradicional en los cuales se necesita una intensa planificación por parte del centro escolar y una alta participación del cuerpo docente, las actividades de aprendizaje interactivo se presentan como una opción complementaria de menor duración, de menor implicación del docente y con mayores tasa de participación de los alumnos igualmente válidas siempre y cuando se asegure una correcta evaluación del diseño, del proceso y del resultado de la propia acción preventiva.

Frente a esta nueva situación y aunque las tasas de cobertura en materia de prevención escolar son positivas alcanzando 87, 9% en los niveles de infantil y primaria y un 78,6% en los grados de secundaria, a partir del curso escolar 2009-2010 la Dirección General de Drogodependencias da un giro a su política en materia de prevención escolar intentando conjugar la eficacia y rentabilidad de las inversiones realizadas en esta materia. La Conselleria de Sanidad apuesta por eldiseño de programas propios adaptados a las necesidades y características de su población juvenil, evaluables en su proceso y resultados, de fácil aplicación, de alta cobertura y rentables, evitando grandes inversiones económicas en material. Nace bajo estos parámetros el programa Preven- tic: Programa de prevención del consumo de drogas on-line y de carácter auto-aplicado dirigido a la evaluación y adquisición de conocimientos básicos sobre drogas, así como la promoción de habilidades sociales y emocionales que puedan servir como factores "protectores" frente al consumo.

preven tic
autoaplicado online
Programa de prevención del consumo de drogas

Por su parte y en relación a las acciones de prevención dirigidas a las familias valencianas la actividad preventiva sigue su tendencia ascendente en la comparativa 2006-2011, alcanzando una cobertura de 24.971 progenitores. Anotar que dicho crecimiento está relacionado con el aumento en la oferta formativa a padres y madres, la cual abarca actualmente, no solo acciones formativas a través de Escuela para Padres o Talleres de educación para la Salud, sino también actividades de aprendizaje interactivo para compartir con los hijos (Precisa, Deporte por ti) o el uso de nuevos formatos más acordes con los tiempos actuales (Dvd En Familia). Así mismo mencionar que los programas de prevención escolar oficiales de drogodependencias contemplan de manera transversal el trabajo con progenitores.

GRÁFICO 11. *Evolución del Nº de Participantes en Acciones de Prevención Familiar*

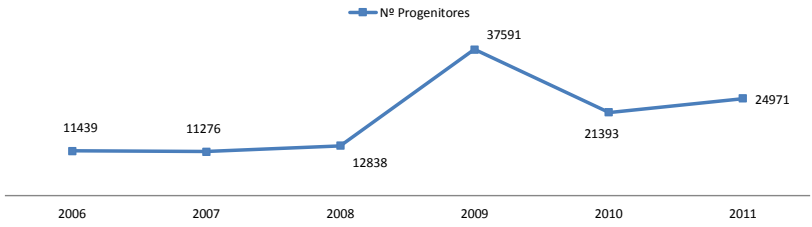


GRÁFICO 12. *Evolución Nº Acciones de Sensibilización*

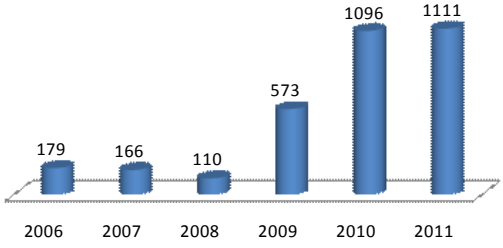
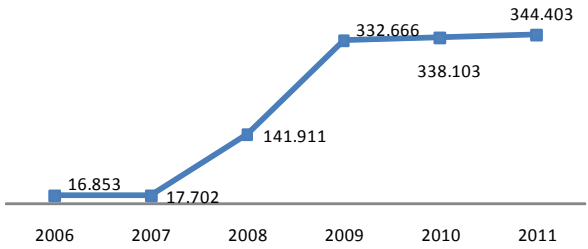


GRÁFICO 13. *Evolución Nº Participantes Prevención Comunitaria*



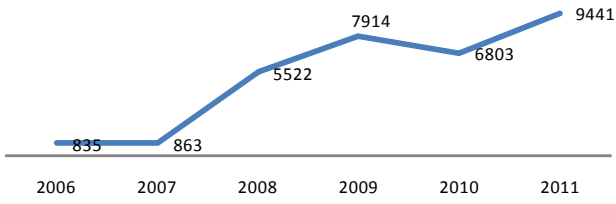
Tanto las acciones dirigidas a escolares como a las familias valencianas se complementan con las actuaciones en el ámbito comunitario. En todas sus vertientes tales como campañas de sensibilización a través de medios de comunicación, en zonas de ocio nocturno o en espacios deportivos y/o culturales, formación de mediadores sociales, formación de profesionales en técnicas de screening se alcanzan resultados satisfactorios y un aumento de la actividad a lo largo de los años hasta llegar los 344.403 participantes.

Por último y en un nivel de mayor especialización las acciones de prevención selectiva (acciones dirigidas a subgrupos de jóvenes con mayor riesgo de ser consumidores) constituyen otra de las apuestas de la Conselleria de Sanidad frente a una modalidad de prevención con gran potencial de desarrollo para la protección de grupos de población con especial vulnerabilidad frente a las adicciones. En esta línea la puesta en marcha desde el año 2008 de 4 programas de prevención selectiva (TRIA, DROM SASTIPEM, MALVA, ARNÉS) junto con la labor preventiva desarrollada desde las UPPCAs se ha traducido en una mayor cobertura poblacional, siendo población receptora de los mismos 9.441 menores, adolescentes o jóvenes en el último año contemplado.

Destacar dos acciones emprendidas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y el Servicio de Drogodependencias que han permitido mejorar la calidad de las acciones selectivas como diversificar esta estrategia preventiva hacia fórmulas de intervención indirectas. Durante el año 2009 se inicia la revisión del programa TRIA (Programa de Sustitución de Sanciones Administrativa) que concluye con el desarrollo del nuevo programa MIRA´T, dirigido a ofrecer a los jóvenes advertidos o sancionados por consumo de drogas en la vía pública, la posibilidad de sustituir la sanción administrativa

impuesta por la participación en talleres formativos (Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana). Dicho programa y por comparativa con su predecesor aumenta las sesiones de trabajo con los jóvenes, incluye a los padres como parte de la intervención y en líneas generales mejora los niveles de evaluabilidad. Por otra parte mencionar que desde 2010 y en colaboración con la Universitat de València y el Plan Nacional de Drogas ha continuado la sensibilización, y prevención del consumo de alcohol en mujeres en edad de gestación a través de la formación de más de 400 profesionales del ámbito sanitario y/o social para la detección de patrones de uso/abuso de alcohol durante la gestación.

GRÁFICO 14. *Evolución Nº Participantes Prevención Selectiva*



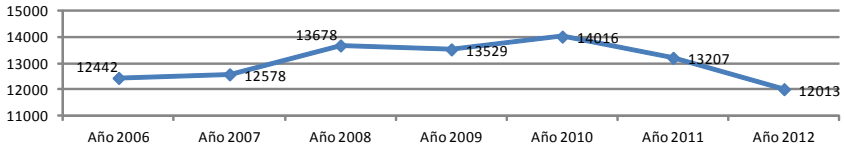
4.1.2.2. Los indicadores sobre demanda de tratamiento en los distintos recursos asistenciales

Dentro del conjunto de indicadores que nos permiten evaluar el tratamiento de los pacientes en cada uno de los centros y/o servicios asistenciales, de rehabilitación o reinserción social, el indicador de admisión a tratamiento en UCAs constituye la mejor aproximación al número de tratamientos asistenciales que la red es capaz de dispensar, acercándonos al volumen de la problemática que llega al sistema sanitario, así como al tipo de sustancias por las que se genera dicha demanda.

El indicador admisiones a tratamiento en su versión actual se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas en un año. Los UCAs han experimentado en los últimos años variaciones en las notificaciones por consumo de sustancias, produciéndose por primera vez en el año 2011 un cambio de tendencia a la baja en las notificaciones de admisión a

tratamiento que continúa en el año 2012 con un 9,94% menos que el año anterior (Gráfico 15). Junto con estas variacones las UCAs han demostrado su capacidad de adaptación a los cambios generados por las demandas a tratamiento fundamentalmente en la variable de tipo de droga/as consumidas (Gráfico 16) y patrón de consumo (aumento de las admisiones por cannabis y tabaco y disminución de la solicitud de tratamiento por heroína), perfil socio demográfico del paciente (mayor presencia de mujeres y población juvenil) y características del abuso o dependencia.

GRÁFICO 15. *Evolución Admisión a Tratamiento*



En la comparativa por años (Gráfico 17), el volumen mayoritario de trabajo en los recursos asistenciales siguen siendo los tratamientos por problemas relacionados con el alcohol y la cocaína, los cuales han experimentando, junto con la heroína, un descenso significativo desde el año 2008. Aumentan las admisiones a tratamiento por tabaco y cannabis durante el año 2010, coincidiendo con la primera con la aplicación de la Ley nacional contra el tabaquismo y medidas complementarias promulgadas (Ley 42/2010), mientras que, en los años siguientes disminuyen junto con los tratamientos dispensados por adicción al juego.

GRÁFICO 16. *% Admisión a Tratamiento según Sustancia (año 2012)*

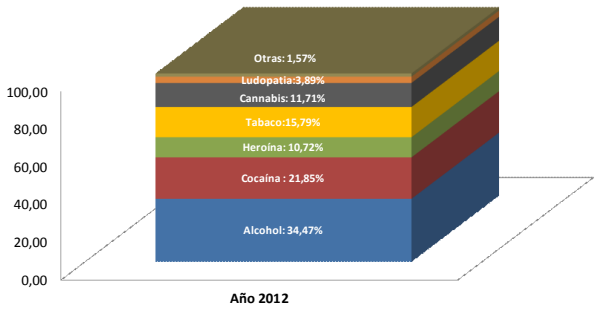
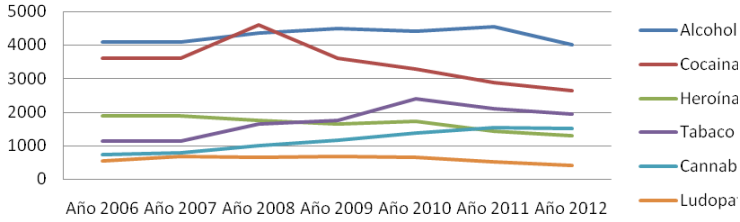


GRÁFICO 17. *Evolución Admisión a Tratamiento según Sustancia*



Con sus 38 unidades asistenciales en funcionamiento y con el refuerzo de los equipos en algunas de ellas, la Comunitat Valenciana se sitúa, en una comparativa a nivel estatal, como la cuarta comunidad autónoma con mayor número de admisiones a tratamiento (PND, 2010), dando ello buena cuenta de la capacidad de trabajo de la red asistencial valenciana.

Junto al indicador anteriormente detallado, el indicador de urgencias hospitalarias y el indicador de mortalidad por reacción al consumo drogas constituyen los otros dos parámetros fiables y consensuados a nivel europeo y nacional para valorar la severidad de los problemas ocasionados por el consumo de drogas en cualquier área geográfica.

En el caso de de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas en la Comunitat Valenciana, la monitorización realizada a lo largo de los sucesivos años pone de manifiesto, una tendencia ascendente hasta 2010, seguida de una disminucion en 2011 para volver a incremntarse en un 2012 entorno a un 4%. Aumento relacionado con las urgencias hospitalarias por alcohol y/o combinación de drogas (Gráfico 18). En lineas generales, las sustancias cuyo consumo se mencionaron más frecuentemente en la historia clínica fueron alcohol y benzodiacepinas (Gráfico 19). La heroína ha ido perdiendo presencia en las urgencias desde el año 2005 con un repunte en 2010, va volver a descender. Por su parte, la proporción de menciones de cocaína muestra la tendencia contraria aunque a partir del 2011 se observa un ligero descenso. Significar también otros cambios producidos en los últimos años; las combinaciones de drogas, (fundamentalmente de alcohol con cocaína y alcohol con benzodiacepinas) las cuales constituían en 2004, después del alcohol, las sustancias más relacionadas con las urgencias hospitalarias por drogas, descienden hasta situarse en el año 2011 en niveles muy inferio-

res, para volver a aumentar un 33% en 2012. Por otra parte, las urgencias relacionadas con el cannabis, aumentan desde el año 2007 (primer año en que se registran urgencias relacionadas con esta droga) costituyendo actualmente un 6% de las urgencias registradas.

GRÁFICO 18. *Urgencias Hospitalarias (estimaciones de las frecuencias para toda la población de la Comunitat Valenciana según SIP)*

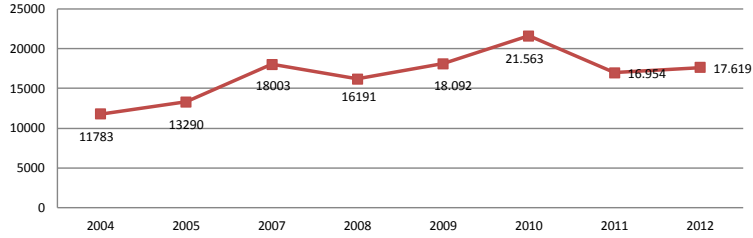
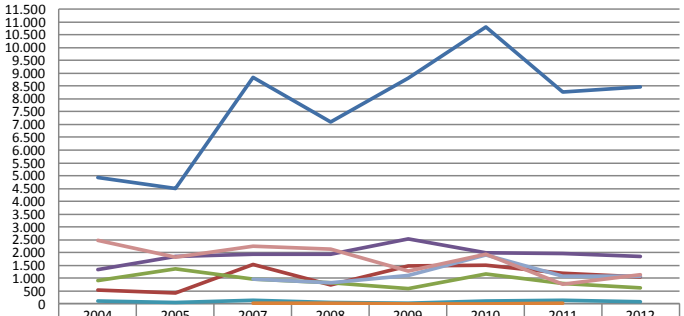


GRÁFICO 19. *Evolución Urgencias Hospitalarias (estimaciones según sustancia)*



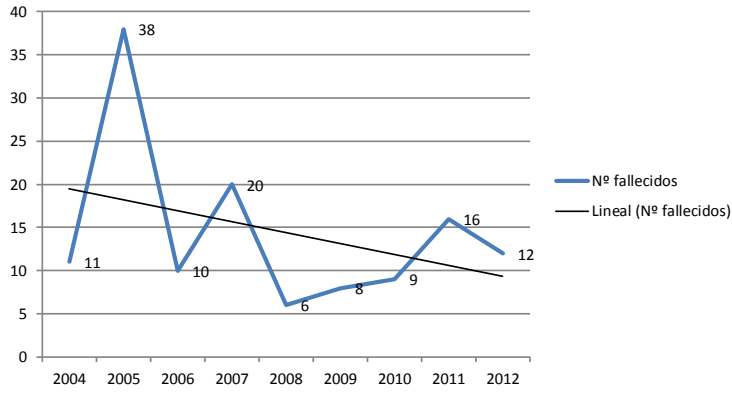
	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcohol	4.920	4.493	8845	7103	8817	10797	8256	8479
Cocaina	542	429	1548	742	1493	1524	1198	1061
Heroína	899	1375	964	821	588	1160	805	629
Benzodiacepinas	1350	1859	1928	1934	2529	1998	1973	1842
Otros Estimulantes	100	67	142	62	37	121	144	84
Alucinogenos			27	18	9	10	30	
Cannabis			964	821	1120	1907	1087	1071
Combinación drogas	2474	1834	2247	2127	1278	1947	765	1145

Por su parte, el indicador de mortalidad relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas o muertes RASUPSI (muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas) se centra en registrar los casos de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias, siendo relevante para reflejar el impac-

to social y sanitario del uso de drogas. Dicho indicador recoge información sobre muertes con intervención judicial, en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico o intencional de sustancias psicoactivas (excepto alcohol y tabaco).En el caso de la Comunitat Valenciana dicho indicador se extrae de los casos recogidos por el Instituto de Medicina Legal y suscritos a la ciudad de Valencia.

Los registros reflejados en el Gráfico 20 muestran una tendencia a la baja en los años comparados, recogiéndose la notificación total de 130 fallecimientos relacionados. Esto supone una tasa por millón de habitantes del 13,14, niveles relativamente bajos si los compramos con los registrados por el Plan Nacional sobre Drogas para otras ciudades y provincias (PND, 2009).

GRÁFICO 20. *Evolución Nº Fallecidos por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas (ciudad de Valencia)*



En líneas generales, el indicador de muertes RASUPSI muestra en toda la serie varios rasgos constantes; predominio masculino con consumo reciente de drogas, edad media de 37, 1 años, cocaína como droga común detectada mezclada con otras sustancias como metadona y benzodiacepinas y levantamiento del cadáver en el propio domicilio.

Descritos someramente los tres indicadores propios del Sistema Autonómico Valenciano de Información en Adicciones (SAVIA), dada su importancia como fuente notificadora al Sistema Estatal de Información Permanente Sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD), se añade por último y en relación a la actividad de-

sarrollada por la red complementaria de atención sanitaria y social al enfermo drogodependiente, algunas tendencias generales extraídas del análisis de los indicadores disponibles en el sistema de información valenciano SECAD (Sistema de Evaluación de la Calidad Asistencial en Drogodependencias).

• Se mantienen relativamente estables el número de desintoxicaciones con un ligero descenso (±2%) pese a que se dispone de tres Unidades de Desintoxicación Hospitalaria menos desde 2011.

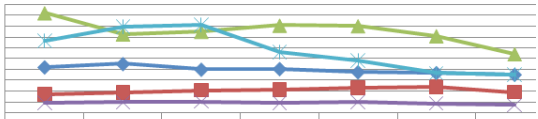
• Disminución del 20 % de la demanda en deshabituación residencial (Comunidades Terapéuticas) con una estancia media de los pacientes es de 131 días para 2012 y continuidad de la brecha entre solictudes e ingresos con un 30% de demanda por cubrir.

• Durante la fase terapéutica de reinserción, la red valenciana de Centros de Día ha aumentado el nº de recursos hasta 2011, disminuyendo el desfase entre demanda y oferta en 10 puntos porcentuales desde 2008 a 2011. A pesar de ello, en 2012 con la disminucion de 6 centros, se estima un desafse entre oferta y demanda del ±23%. Situación similar ea la que afecta a las Viviendas Tuteladas, en las que se mantiendose el número de dispositivos se registra un 26 % de la demanda sin cubrir, lo cual pone de manifiesto la necesidad de aplicar los protocolos de derivación de forma uniforme y la adaptación minuciosa de los programas a los perfiles de los usuarios, cuestión que se espera corregir con la especialización de los centros de estancia residencial en Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT) y Viviendas de Apoyo a la Inserción Social (VAIS) En ambos recursos en torno a un 69% de los pacientes llegan derivados por problemas relacionados con el alcohol (±40%) y la cocaína (±29%) .

• Se mantiene estable el número de centros acreditados para el desarrollo de actividades de atención socio-sanitaria relacionada con la reducción de daños (Centros de Baja Exigencia) con un descenso del número de atenciones realizadas (descenso del 20% de la actividad).

• Descenso del número de atenciones realizadas en los dispositivos de apoyo y valoración (UVAD) a pesar de contar con dos dispositivos más desde 2009, relacionándose el 40% de las intervenciones con cocaína.

GRÁFICO 21. *Evolución del Nº de Personas Atendidas en Recursos Complementarios*



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
UDH	847	908	804	816	756	741	709
CT	340	375	420	432	464	487	385
CD	1853	1457	1503	1620	1610	1422	1083
VVTT	184	198	208	189	200	173	145
UVAD	1338	1589	1632	1126	973	736	709

4.1.2.3. Los indicadores sobre la actividad formativa e investigadora

Por último y en relación a la actividad formativa e investigadora promocionada desde la Conselleria de Sanidad a través del Servicio de Drogodependencias destacar que, ambas constituyen un eje fundamental sobre el que asegurar la capacitación de la red de profesionales vinculados directa o indirectamente al ámbito de las adiciones y la mejora y perfeccionamiento de la propia red valenciana de atención pública y los tratamientos e intervenciones que desde ella se dispensan, asegurando un trabajo de calidad desarrollado siempre bajo parámetros estrictamente científicos.

La formación implementa a través de diversas instituciones (EVES, IVASP, OMS, FEPAD, Universidades) y entendida como, la capacitación de nuevos profesionales, el reciclaje de los equipos que ya desarrollan su labor en la prevención, atención o reinserción o la especialización en determinadas patologías o aspectos relacionados con las diferentes drogodependencias, son una constante en la política sanitaria en materia de drogas, siendo muestra de ello los más de 110 cursos ofertados, las más de 4.800 horas invertidas y los 11.335 participantes desde 2006. A ello cabe añadir la diversificación en la oferta, dirigiendo las acciones formativas tanto a profesionales sanitarios como del ámbito social, así como, la combinación de metodologías presenciales y on-line dirigidas a mejorar los niveles de participación.

Paralelo a esto, la investigación proporciona los conocimientos y la evidencia necesaria para garantizar la evolución de las prácticas desarrollas en el ámbito de los trastornos adictivos. En este sentido, el apoyo a la creación

de recursos en investigación en drogodependencias, la financiación de proyectos, y la colaboración y cooperación internacional han sido las estrategias que se han utilizado para impulsar la investigación, obteniéndose algunos resultados que se resaltan a continuación:

• Se ha impulsado una unidad específica de apoyo a la investigación, lo que ha facilitado la constitución de equipos multidisciplinares y la realización de estudios de evaluación y de carácter básico y clínico. Más de 30 estudios dentro de las líneas de estudio prioritarias definidas en el Plan Estratégico. Asimismo, se ha fomentado la divulgación de los hallazgos, mediante la realización de artículos, guías, material didáctico, etc.…no solo dirigida a la comunidad científica sino también a la población general.

• Desde la Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD) se ha consolidado la oferta de convocatorias públicas de ayuda a la investigación, con cuatro ediciones.

• Se ha potenciado la colaboración y cooperación nacional e internacional para la transferencia de conocimientos a través de encuentros internacionales de expertos de la Organización Mundial de la Salud.

4.1.3. Una Apuesta por la Estandarización de la Asistencia en Trastornos Adictivos

La Dirección General de Drogodependencias hasta 2011, ahora Servicio deGestión, tras el trabajo desarrollado para estandarizar los diferentes protocolos de asistencia según sustancias e, interesada en seguir contribuyendo a la normalización de los procesos de la red asistencial, ha elaborado en el periodo comprendido entre 2006-2011 una serie de recomendaciones documentando los procesos clínicos e incorporando la evidencia científica a lo que debe constituir la práctica diaria en la red asistencial valenciana.

Dicho trabajo se ha plasmado en la serie “Guías de Recomendaciones Clínicas “compuesta por:

1. Proceso de asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas: recomendaciones clínicas sobre trastornos adictivos y proceso terapéutico a seguir en las Unidades de Conductas Adictivas,

2. Recomendaciones de actuación Psicológica en los trastornos adictivos (alcohol y cocaína): recomedaciones dirgidas a mejorar la atención psicologica dispensada y aumento de la retencion de los pacientes en su tratamineto.

3. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con el alcohol.

4. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con opiáceos.

5. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con la cocaína.



De esta forma, con estas recomendaciones clínicas sobre los trastornos adictivos con mayor carga sanitaria y social, se da un paso más en la estandarización del modelo de atención a las drogodependencias en la Comunitat Valenciana.

Estandarizar el modelo de asistencia implica apostar por la homogeneidad de la red valenciana, por la garantía de calidad en los tratamientos prestados y por la mejora continua en la atención a la población valenciana buscando siempre la optimización de los resultados en términos de ganancia de salud y refuerzo del sistema de atención a las drogodependecias y otros trastornos adictivos

5 Metodología empleada en la elaboración del III Plan Estratégico de Dogrodependencias y otros trastornos adictivos

En consonancia con las elaboraciones realizadas por la Conselleria de Sanidad en el III Plan de Salud y el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud 2009-2011, el Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos hasta 2015 presenta, la novedad de utilizar la metodología "Balanced Scorecard" (Kaplan. R.; Norton, D. 1992) en una sucesión de diversos análisis a través de diferentes herramientas metodológicas que a continuación se detallan:

5.1. FASE 1: Metodología empleada para la valoración diagnóstica

Objetivo: Identificar los rasgos clave de la situación actual para definir las líneas estratégicas a través de una adecuada planificación.

Metodología: análisis DAFO realizado por el Grupo Coordinador del Plan Estratégico, formado por responsables de la Conselleria de Sanidad de la Comunitat Valenciana.

El diagnóstico de la situación actual se sintetiza en forma de constataciones (juicios de valor sobre la situación con un nivel de evidencia conocido) identificadas por el Grupo Coordinador, a través de su conocimiento de la realidad actual y del documento de evaluación del Plan Estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana 2006-2010 emitido por el Observatorio Valenciano de Drogodependencias.

Tras la realización de la matriz DAFO se realizo un análisis CAME (Afrontar, Mantener y Explotar) para la definición de las líneas estratégicas prioritarias

La identificación de las constataciones incluidas en la matriz DAFO se obtuvieron a través de la realización de un Taller de Reflexión utilizando la herramienta metodológica Técnica del grupo nominal (TGN) o Metaplan®, método de soporte para generar ideas y obtener consensos.

Resultado: Construcción de una doble matriz DAFO-CAME ordenadas en cuatro áreas (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas), según su valoración positiva o negativa y su ámbito interno o externo, con un análisis posterior para establecer las líneas estratégicas.

5.2. FASE 2: Metodología empleada para la definición de la misión, visión y mapa estratégico

Objetivo: Transformar las líneas estratégicas obtenidas en la fase anterior en objetivos operativos, de forma que se potencie la consecución de resultados a través del alineamiento de las perspectivas estratégicas de la organización

Metodología: Balanced Scorecard (Kaplan. R.; Norton, D. 1992) es una herramienta que permite explicitar la estrategia en objetivos, configurando un mapa estratégico gobernado por la relaciones CAUSA-EFECTO entre todos los objetivos estratégicos. Aborda la estrategia de la Conselleria de Sanitat en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos desde cuatro perspectivas ordenadas:

• La perspectiva de RESULTADOS finales a conseguir por la Conselleria de Sanidad en el periodo de vigencia del III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

• Los servicios a proveer para conseguir esos resultados para los AGENTES DE INTERÉS, definidos como cualquier individuo o grupo con algún interés en que el Plan Estratégico sea exitoso en el alcance de sus resultados y mantenimiento de su viabilidad.

• Los PROCESOS INTERNOS que permitan a la Conselleria de Sanidad conseguir los resultados para dar los servicios previstos en el Plan Estratégico.

• La perspectiva de DESARROLLO FUTURO en la que se abordan las actuaciones futuras que la Conselleria de Sanidad debe emprender para acercarse a la visión establecida en el Plan Estratégico.

Además la metodología propuesta permite la traducción operativa y ordenada de las acciones a realizar para cumplir las metas propuestas en el plan estratégico, a través de la priorización de planes de acción (agrupación de las actividades a realizar en proyectos, y selección de los más relevante de acuerdo con una secuencia de implantación óptima basándose en las sinergias, las interdependencias generadas y los requerimientos de recursos de la organización). En este sentido se seleccionan aquellos planes de acción que tengan un mayor impacto sobre el número más amplio de objetivos posibles.

Resultado: Definición de un mapa estratégico que permita alinear la Misión y Visión de la Conselleria de Sanidad con las líneas estratégicas establecidas y los objetivos generales y específicos definidos para cada una de las cuatro perspectivas propuestas: resultados, agentes de interés, procesos internos y desarrollo futuro.

5.3. FASE 3: Metodología empleada para la creación de un sistema de indicadores

Objetivo: definir un adecuado sistema de seguimiento para la implantación del III Plan Estratégico de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos que permita:

- Medir el grado de consecución de los Objetivos Estratégicos propuestos
- Anticipar desviaciones en la ejecución de la estrategia definida en el Plan Estratégico.
- Identificar y corregir las causas de las desviaciones
- Alinear a la organización con la estrategia corporativa

Metodología: elaboración de una base de indicadores en función de los siguientes criterios:

- Relevantes: relación causal entre el indicador y el objetivo estratégico a medir.
- Comprensibles: indicadores entendibles por toda la organización.
- Eficientes: indicadores que permitan sacar conclusiones de los datos.
- Actualizados: indicadores cuya información o contenido sea capturado cuando se genera. No debe involucrar procesos manuales adicionales.

• Incentivadores: indicadores que incentiven el desempeño y ayuden a comprender e identificar los estándares de desempeño (performance).

• Claros: indicadores que permitan identificar la necesidad de ajustar iniciativas, actividades y procesos concretos para mejorar los resultados deseados.

Resultado: Diseño de una matriz de indicadores para evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos en el III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

6 III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunitat Valenciana

6.1. Valoración diagnostica

6.1.1. Fortalezas, Debilidades, Amenazas y Oportunidades en el Ámbito de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos

Aplicada la metodología propia para la construcción de un matriz DAFO, se han identificado las siguientes constataciones para cada una de las áreas contempladas:

Fortalezas: factores internos controlables (recursos humanos, económicos, áreas de negocio, mercados, productos) que permiten obtener un beneficio a la organización

1. Todos los temas relacionados con drogodependencias se gestionan en una misma red: los servicios y programas que se dedican a la atención y prevención de la drogodependencia y otros trastornos adictivos son gestionados por la Conselleria de Sanidad dentro de una red integrada, facilitando así el trabajo coordinado de toda la red.

2. La asistencia está integrada en la Atención Primaria: la respuesta asistencial que se ofrece a los pacientes con problemas de drogodependencia u otros trastornos adictivos desde los recursos centrales (UCA) se realiza dentro del sistema público de salud e integrada con el nivel de atención primaria.

3. Las ONG tienen una gran flexibilidad: la prestación de una serie de servicios mediante organizaciones autónomas que trabajan con la Conselleria de Sanidad dota a la provisión de una gran capacidad de adaptación a las necesidades y demandas de la organización.

4. Los resultados asistenciales se sitúan a la altura del resto de países occidentales: los ratios de actividad asistencial de la Dirección General y los resultados conocidos de los diferentes programas son similares a los registrados en otros países de nuestro entorno que se consideran referencia en la atención a las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

5. Los equipos son multidisciplinares: los equipos asistenciales que tratan los trastornos adictivos están formados por diferentes perfiles profesionales, que se complementan entre sí: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales etc.

6. Amplia cobertura poblacional asistencial: los servicios asistenciales que tratan los trastornos adictivos se ocupan de todas las personas que los necesiten en toda la Comunitat Valenciana.

7. Definición de programas, objetivos e indicadores: la Conselleria de Sanidad tiene un importante nivel de definición de los diferentes procesos y abordajes necesarios para ofrecer asistencia a trastornos adictivos de manera eficiente.

Debilidades: obstáculos y limitaciones internas que la realidad estudiada tiene cuando se compara con otras realidades del mismo entorno

1. La detección de necesidades no se realiza de manera sistemática: existe una cierta limitación de instrumentos que permitan identificar de manera periódica y estructurada las necesidades que la sociedad tiene respecto a los trastornos adictivos y la drogodependencia.

2. Escasa evaluación en los procesos y programas: el organismo encargado de la drogodependencia y los trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana no cuenta con las herramientas y metodologías que le permitan evaluar sistemáticamente la totalidad de sus procesos y programas.

3. Los sistemas de información no están todos integrados entre sí: existe una carencia de sistemas de información que permitan gestionar y evaluar la atención actual a la drogodependencia y otros trastornos de manera conjunta e integrada.

4. No se aplican de manera sistemática productos con evidencia contrastada en la prevención: existen medidas desarrolladas en la prevención de las que no se conocen de manera contrastada sus beneficios, ya sea porque

no cuentan con mecanismos de evaluación o porque no existe la evidencia necesaria en la bibliografía.

5. La distribución de los recursos en el mapa sanitario es mejorable: existe aún algún desequilibrio territorial en la dotación de determinados recursos de los diferentes servicios dedicados a la atención a las drogodependencias y trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana.

6. La coordinación e interacción con otros sectores de la sociedad e instituciones públicas presenta carencias: el trabajo conjunto con otros sectores y otras administraciones en temas relacionados con la atención a las drogodependencias y otros trastornos adictivos es siempre un área con dificultades y por tanto su situación es mejorable.

Amenazas: factores externos que podrían afectar la realidad estudiada, tanto en su desarrollo operativo como a largo plazo

1. La sociedad actual le da poca importancia al problema de la drogodependencia: los problemas relacionados con la drogodependencia no son percibidos en toda su magnitud por parte de la sociedad, existiendo un alto grado de permisividad respecto a ciertos consumos así como desinformación de todas sus consecuencias.

2. Los recursos son limitados: como en cualquier otra actividad, el volumen de recursos destinado a la prevención y el tratamiento de los trastornos adictivos es limitado. La previsible perspectiva de presión sobre la financiación en los próximos años agudizará con toda probabilidad la necesidad de sostenibilidad del sistema. Además, queda constatado que los recursos disponibles de muchos municipios para la atención a las drogodependencias son limitados, teniendo que atender también otras áreas de actuación.

3. La población/cultura se diversifica: la sociedad actual se ha hecho más compleja durante los últimos años, conviviendo personas de diferente procedencia y cultura. Este hecho provoca la aparición de nuevos hábitos de consumo y nuevos trastornos adictivos desconocidos hasta ahora en la Comunitat Valenciana.

4. Están apareciendo nuevas adicciones ante las cuales aún no se sabe cómo actuar: la complejidad y rápida evolución de la sociedad actual hace que aparezcan nuevas conductas adictivas con relativa rapidez, dificultando así la definición de respuestas adecuadas a corto plazo.

5. No existen unos protocolos específicos de intervención en el campo de la prevención: los recursos y servicios dedicados a la prevención no cuentan con mecanismos de actuación y evaluación normalizados que aborden su idoneidad y eficacia.

Oportunidades: factores externos que pueden ser beneficiosos para la realidad estudiada y para la consecución de sus objetivos a medio y largo plazo

1. Las nuevas tecnologías permitirán mejorar la prevención y la respuesta asistencial: las nuevas tecnologías aumentan las posibilidades de actuación en el campo de la prevención y asistencia a las conductas adictivas, mejorando la eficiencia y eficacia de los servicios y recursos dedicados a ello.

2. Se incorpora la perspectiva de género a la hora de establecer programas más personalizados: la tendencia de nuestra sociedad a incorporar la perspectiva de género, así como las políticas de equidad hacia otros colectivos, favorece la personalización de la atención dirigida a colectivos específicos que precisan de esfuerzos especiales para garantizar su igualdad de oportunidades en el acceso a un servicio personalizado.

3. Existe la posibilidad de intervenir en nuevos ámbitos de actuación (laboral, etc.): el campo de actuación a la hora de trabajar la prevención y el tratamiento de problemas adictivos puede ampliarse a nuevos ámbitos, que aportarían sinergias y nuevos enfoques.

4. Nuevas técnicas de investigación: la aparición de nuevas técnicas de investigación en el campo de la prevención y tratamiento de la drogodependencia y otros trastornos adictivos permitirá mejorar el conocimiento en este tema y afinar así las posibles respuestas.

6.1.2. Definición de Líneas Estratégicas

El cruce de las constataciones identificadas en la fase diagnóstica (análisis DAFO), a través del análisis CAME, permite la formulación de diez líneas estratégicas que constituyen la base de desarrollo del presente Plan Estratégico.

FIGURA 3. *Principales Resultados Extraidos del Análisis Diagnóstico DAFO*

	AMENAZAS	**OPORTUNIDADES**
	1. La sociedad actual le da poca importancia al problema de la drogo-dependencia 2. Los recursos son limitados 3. La población/cultura se diversifica 4. Están apareciendo nuevas adicciones ante las cuales aún no se sabe cómo actuar: 5. No existen unos protocolos específicos de intervención en el campo de la prevención	1. Las nuevas tecnologías permitirán mejorar la prevención y la respuesta asistencial: 2. Se incorpora la perspectiva de género a la hora de establecer programas más personalizados 3. Existe la posibilidad de intervenir en nuevos ámbitos de actuación (laboral, etc.) 4. Nuevas técnicas de investigación
FORTALEZAS 1. Todos los temas relacionados con drogodependencias se gestionan en una misma red 2. La asistencia está integrada en la Atención Primaria 3. Las ONG tienen una gran flexibilidad 4. Los resultados asistenciales se sitúan a la altura del resto de países occidentales 5. Los equipos son multidisciplinares	**1. Desarrollar nuevos programas de abordaje para las nuevas adicciones** **2. Mejorar los resultados en prevención y asistencia** **3. Reforzar la política de sensibilización y comunicación**	**4. Desarrollar las Tic en el ámbito asistencial** **5. Utilizar las nuevas tecnologías en la comunicación y prevención** **6. Adecuar las intervenciones a las diferencias de los usuarios**
DEBILIDADES 1. La detección de necesidades no se realiza de manera sistemática: 2. Escasa evaluación en los procesos y programas 3. Los sistemas de información no están todos integrados entre sí: 4. No se aplican de manera sistemática productos con evidencia contrastada en la prevención 5. La distribución de los recursos en el mapa sanitario es mejorable: 6. La coordinación e interacción con otros sectores de la sociedad e instituciones públicas presenta carencias	**7. Mejorar la gestión de los recursos, procesos y programas** **8. Reforzar la coordinación intersectorial**	**9. Utilizar las técnicas de investigación para evaluar necesidades y programas** **10. Evaluar el cumplimiento de los objetivos de prevención por la red**

El detalle de las líneas estratégicas establecidas en la matriz DAFO-CAME es:

1. Desarrollar nuevos programas de abordaje para las nuevas adicciones	• Anticiparse y responder de manera eficiente a las nuevas addicciones que están apareciendo en nuestra sociedad
2. Mejorar los resultados en prevención y asistencia	• Incrementar la cobertura y los parámetros evaluables
3. Reforzar la política de sensibilización y comunicación	• Comunicar con eficacia los éxitos conseguidos e incidir en los problemas que las drogodependencias tienen para la sociedad
4. Desarrollar las Tic en el ámbito asistencial	• Mejorar la respuesta asistencial a través de las nuevas tecnologías
5. Utilizar las nuevas tecnologías en la comunicación y prevención	• Ayudarse de las nuevas tecnologías para comunicar y sensibilizar a la población
6. Adecuar las intervenciones a las diferencias de los usuarios	• Adaptar los servicios a las características particulares de los diferentes colectivos de la sociedad
7. Mejorar la gestión de los recursos, procesos y programas	• Establecer sistemas de gestión adecuados y eficientes para responder a las necesidades
8. Reforzar la coordinación intersectorial	• Mejorar la coordinación con las diferentes instituciones implicadas en la prevención y asistencia a las drogodependencias
9. Utilizar las técnicas de investigación para evaluar necesidades y programas	• Utilizar las nuevas tecnologías para conocer, de manera sistemática, el impacto de las acciones desarrolladas
10. Evaluar el cumplimiento de los objetivos de prevención por la red	• Generalizar la evaluación de las actuaciones y modular las intervenciones en función de los resultados de la evaluación

6.2. Misión y Visión del III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos

6.2.1. Misión y Principios Rectores del Plan Estratégico

El III Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos asume tanto, los principios rectores del anterior Plan Estratégico como la misión que deber regir cualquier actuación en el campo de las drogodependencias y otros trastornos adictivos:

MISIÓN

"Necesidad de disminuir la vulnerabilidad frente a todas las drogodependencias y otros trastornos adictivos y paliar sus consecuencias".

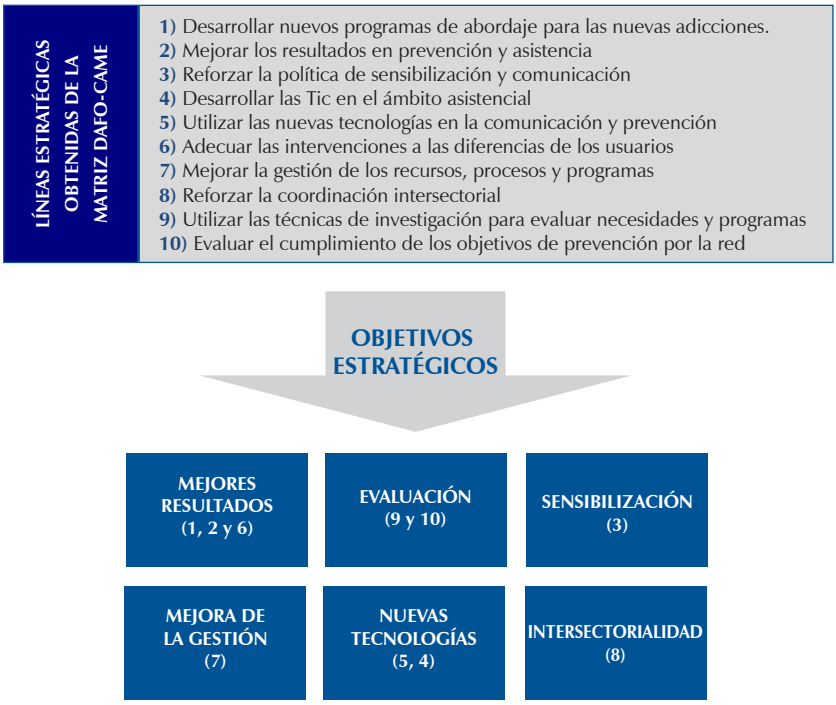
PRINCIPIOS RECTORES

- Consideración a todos los efectos de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes, con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social de la persona.
- Responsabilidad pública, coordinación intersectorial y política de actuación.
- Promoción de los hábitos saludables, rechazo del consumo de drogas y solidaridad con los afectados.
- Priorización de las estrategias preventivas.
- Consideración de la prevención, asistencia e integración de los enfermos como un proceso unitario y continuado.
- Establecimiento de criterios de eficacia y eficiencia, y evaluación continua de los resultados de las actuaciones y programas.

6.2.2. Visión del Plan Estratégico

En cuanto a la visión hacia la que la Conselleria de Sanidad pretende dirigir su III Plan Estratégico y los resultados que se desean obtener para el año 2015, se valorar las diez líneas estratégicas obtenidas del diagrama DAFO-CAME reagrupándolas en seis ejes estratégicos sobre los que se asienta la Visión:

FIGURA 4. *Relación entre Líneas y Objetivos Estratégicos*



VISIÓN

"La Generalitat Valenciana en materia de trastornos adictivos será reconocida por estar entre los primeras comunidades autónomas en la mejora sistemática de los resultados de la atención asistencial de las adicciones y el máximo beneficio de las iniciativas de prevención; a través de la evaluación de las intervenciones y mediante el incremento de la sensibilización de los actores sociales clave.

La Conselleria de Sanidad como institución se encargará de velar por la integración de las nuevas tecnologías y sistemas de información y por mejorar la colaboración intersectorial entre administraciones públicas y otros organismos, con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad a las drogodependencias y otros trastornos adictivos".

6.3. Descripción de objetivos y mapa estratégico

Definidas las líneas estratégicas mediante el diagnóstico de la situación actual y a través de la reflexión sobre medidas a adoptar para solventar los problemas actuales o para mejorar los servicios que se prestan, se definen los objetivos generales y específicos de manera transversal para todas las perspectivas contempladas (resultados, agentes de interés, procesos internos y desarrollo futuro) conformando un mapa estratégico caracterizado por las relaciones causa-efecto entre todos los objetivos y dirigido a la consecución de la "Misión" y la "Visión" establecida.

6.3.1. Objetivos Estratégicos para la Perspectiva de Resultados

El III Plan Estratégico sobre Drogodependencias identifica en la perspectiva de resultados tres objetivos generales (A, B, C) y cinco objetivos específicos

A. Mejorar los resultados de la atención asistencial

1. Incrementar la adhesión a tratamiento de los pacientes facilitando el contacto con los recursos asistenciales, el diagnostico de patologías y el posterior tratamiento.

2. Facilitar la detección precoz de de consumo de sustancias y conductas adictivas para facilitar el diagnóstico temprano e inicio de posibles tratamientos.

B. Aumentar la calidad de vida de los pacientes tratados en los recursos asistenciales

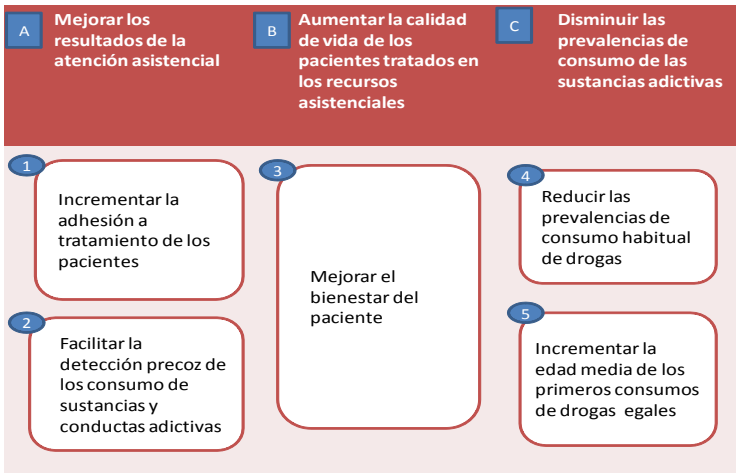
3. Mejorar el bienestar del paciente aumentando sus niveles de salud y reinserción social y laboral y minimizando el impacto en sus familiares y personas de apoyo.

C. Disminuir las prevalencias de consumo de las sustancias adictivas

4. Reducir las prevalencias de consumo habitual de drogas legales e ilegales tanto en población general como en población adolescente-juvenil (14-18 años).

5. Incrementar la edad media de los primeros consumos de alcohol y tabaco en colectivos de adolescentes y jóvenes (14-18 años) y aumentar la percepción de riesgo sobre otras sustancias.

***Figura 5**. Resumen de Objetivos Estratégicos (Perspectiva Resultados)*



6.3.2. Objetivos Estratégicos para la Perspectiva de Agentes de Interés

El III Plan Estratégico se ha diseñado pensando en cuatro tipos de agentes de interés, concretándolos en "Pacientes", "Familiares", "Instituciones" y los "Ciudadanos".

• **Pacientes**: personas con algún tipo de trastorno adictivo o en situación de riesgo o vulnerabilidad de padecerlo, que son atendidos dentro de la red de recursos que dispone la Conselleria de Sanidad.

• **Familiares**: personas pertenecientes o cercanas al núcleo familiar del enfermo drogodependiente o individuos en situación de riesgo, que ofrecen su apoyo para la prevención del consumo de drogas o tratamiento y recuperación del paciente.

• **Instituciones**: colectivo de instituciones consideradas actores principales dentro de la prevención, atención y/o reinserción de los usuarios de los recursos de la Conselleria de Sanidad en materia de trastornos adictivos. Dichas instituciones quedan enmarcadas a efectos del presente Plan en tres grandes grupos; Administraciones Públicas, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y medios de comunicación social.

• **Ciudadanos**: habitantes de la Comunitat Valenciana con un interés general en que los trastornos adictivos sean prevenidos y tratados de la mejor

manera posible, así como, colectivos vulnerables frente al consumo de drogas y los trastornos adictivos por determinadas características sociodemográficas (edad, género…)

Dentro de esta perspectiva se encuentran definidas las propuestas de valor que la Conselleria de Sanidad en materia de drogodependencias aporta a cada uno de los agentes de interés de manera particularizada. De esta manera, existen cuatro propuestas de valor claramente diferenciadas de acuerdo con las necesidades de cada colectivo, y que quedan englobadas en:

AGENTES DE INTERÉS	NECESIDADES	PROPUESTAS DE VALOR
PACIENTES	Las expectativas de los pacientes atendidos en las Unidades de Conductas Adictivas son: • Búsqueda de información sobre posibles tratamientos • Encontrar apoyo e instrumentos que les permitan afrontar su decisión de tratar su patología adictiva • Encontrar tratamiento personalizado de su patología adictiva, compatibilizado en su caso, con otras patologías concurrentes. • Apoyo en su procesos de reinserción social	Adaptar la cartera de servicios a las necesidades individuales de los pacientes, incrementando su participación, así como la información que se les facilita, a objeto de lograra una mayor adhesión a tratamiento y su reinserción social y laboral
FAMILIARES	Las necesidades que muestran los familiares como personas más cercanas al paciente durante su tratamiento son: • Búsqueda de información sobre el abordaje terapéutico de la enfermedad. • Búsqueda de estrategias que favorezcan la adhesión del paciente al tratamiento • Necesidad de ser parte activa de la detección de posibles recaídas, afrontando de esta manera tareas de prevención. • Apoyo emocional durante el tiempo de tratamiento	Tratar a las familias como usuarios activos de los servicios, definiendo estrategias activas y abordando tareas de prevención y atención preventivo-asistencial.
INSTITUCIONES	Las estrategias de abordaje de los trastornos adictivos son de carácter trasversal, afectando a múltiples sectores osciles e instituciones. Ello es especialmente cierto en los abordajes preventivos y de reinserción. Es por ello que una parte substancial de las intervenciones debe realizarse en colaboración con amplios sectores sociales. En este abordaje intersectorial, otras instituciones pueden buscar el soporte técnico de los servicios de drogodependencias a fin de facilitar el desempeño de su labor.	Colaboración transversal con todas las instituciones implicadas, para definir y establecer acuerdos de actuación conjunta que optimicen la intervención intersectorial para la prevención, tratamiento y reinserción de los pacientes con conductas adictivas.

CIUDADANOS	En pleno siglo XXI la población de la Comunitat Valenciana busca estar cada vez más informada sobre temas que afectan o pueden afectar su salud. La demanda de información tratada y comprensible es cada vez mayor, tanto en lo que se refiere a la prevención como a los prejuicios que conllevan las adiciones y los tratamientos existentes para abordarlos.	Capacitar a la sociedad para manejar los riesgos asociados a los comportamientos y sustancias adictivas.

Una vez aclarados los conceptos referidos a cada colectivo, los objetivos generales y específicos marcados para cada uno de ellos dentro del presente mapa son los siguientes:

Agente de interés: PACIENTES

D. Mejorar la calidad de los programas de tratamiento asistencial

6. Adaptar la cartera de servicios a las necesidades de grupos vulnerables a través de la elaboración de planes terapéuticos personalizados y mejora en la estrategia de seguimiento de los mismos.

7. Disminuir las demoras de atención en todos los servicios :

   – Reducir el tiempo de respuesta en el primer contacto para realizar el diagnóstico y comenzar un tratamiento,

   – Reducir el tiempo de derivación de los pacientes desde las Unidades de Conductas Adictivas a otros recursos complementarios.

Agente de interés: FAMILIARES

E. Facilitar la labor de los progenitores y la familia como agentes clave en la prevención del consumo de drogas y prevención de recaídas

8. Dotar a las familias, desde la Unidades de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas, de herramientas prácticas para la prevención del consumo de drogas a través del diseño e implantación de programas y actividades sensibilizadoras, informativas, formativas…dirigidas a los progenitores y al fomento de espacios de encuentro y aprendizaje conjunto entre padres e hijos en materia de educación para la salud.

9. Ofertar desde las Unidades de Conductas Adictivas una asistencia psicológica a las familias de forma más protocolizada y sistemática que facilite una atención normalizada.

Agente de interés: INSTITUCIONES

F. Desarrollar actuaciones conjuntas entre instituciones y agentes clave implicados en el ámbito de las drogodependencias

10. Elaborar protocolos de actuación entre las principales instituciones implicadas en la prevención y atención a los trastornos adictivos (Intersectorialidad)

11. Establecer alianzas estratégicas con los medios de comunicación para que adquieran un papel activo como generadores de opinión en materia de drogodependencias.

12. Implantar planes de drogodependencias en el ámbito laboral a través del fomento de acuerdos de actuación conjunta con representantes laborales

Agente de interés: CIUDADANOS

G. Aumentar la sensibilización de la población valenciana frente a los riesgos y problemáticas derivadas del consumo de drogas

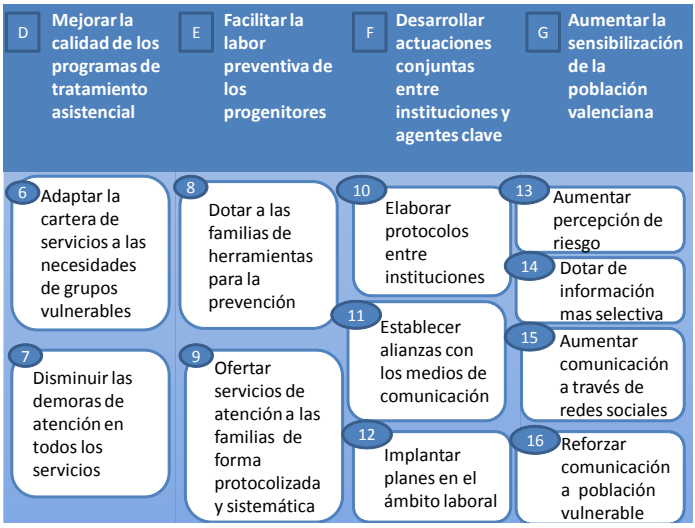
13. Aumentar la percepción del riesgo asociado a cualquier tipo o patrón de consumo de drogas.

14. Dotar de información más selectiva a la población, segmentando y especificando con mayor detalle los mensajes emitidos sobre los perjuicios que genera el consumo de sustancias adictivas.

15. Aumentar la comunicación preventiva a través de la utilización de canales tecnológicos que se vayan identificando en cada momento.

16. Reforzar la intensidad de comunicación a las poblaciones vulnerables identificadas por variables clave como factores demográficos, factores de riesgo psicosociales, factores de riesgo biológicos y genéticos, factores de riesgo ambientales, etc.

FIGURA 6. *Resumen de Objetivos Estratégicos (Perspectiva Agentes de Interés)*



6.3.3. Objetivos Estratégicos para la Perspectiva de Procesos Internos

Dentro de esta perspectiva se han identificado los procesos internos que permitan satisfacer los cuatro tipos de agentes de interés (Pacientes, Familiares, Instituciones y Ciudadanos) a los que va dirigido este Plan Estratégico.

Los objetivos sobre procesos internos que se desarrollan en este Mapa Estratégico no son los únicos que intervienen en la prevención, atención y reinserción de los pacientes con patologías adictivas de la sanidad valenciana, pero sí son los procesos internos claves que permiten a la Conselleria de Sanidad maximizar el valor para sus agentes de interés.

H. Evaluar los resultados

17. Evaluar los procesos y resultados de los Programas e Intervenciones de actuación asistencial o preventiva dispuestos
18. Evaluar la Performance Clínica o desempeño de los profesionales.
19. Evaluar el cumplimiento de servicios prestados a través de la administración municipal, ONG y cualquier otra institución colaboradora.

I. Favorecer la eficiencia y calidad de los servicios ofertados.

20. Optimizar los recursos consumidos por episodio de tratamiento sin prejuicio de la calidad asistencial.

21. Mejorar la adecuación de la derivación de pacientes a las Unidades de Conductas Adictivas y desde dichos servicios al resto de recursos complementarios con los que cuenta la Conselleria de Sanidad.

22. Seguir las recomendaciones de actuación clínica basadas en la evidencia elaboradas desde la Conselleria de Sanidad.

J. Aumentar la Cartera de Servicios tanto asistenciales como de prevención

23. Implantar programas o acciones de mejora dirigidas a aumentar la adhesión al tratamiento.

24. Aumentar la actividad en los programas de reducción de riesgos y daños mejorando la cobertura de los mismos.

25. Aumentar la cobertura de los programas de prevención a segmentos poblacionales que no han sido alcanzados o grupos definidos como vulnerables.

K. Potenciar la inserción laboral de los pacientes durante las fases finales de su tratamiento.

26. Incrementar la formación para la reinserción laboral a través de programas y talleres de formación.

L. Innovar en las intervenciones asistenciales y preventivas a través del uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

27. Implantar sistemas de atención virtual adaptados a las características específicas y cultura de la población valenciana.

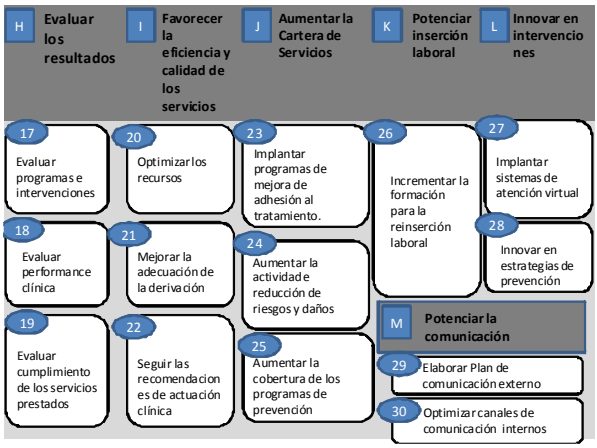
28. Innovar en estrategias de prevención a través uso de nuevas metodologías didácticas y formas de intervención, considerando la mejora en la evaluación de los resultados.

M. Potenciar la comunicación interna a la propia organización y comunicación externa hacia los agentes de interés.

29. Elaborar un Plan de Comunicación externo que facilite la difusión de mensajes alineados con los objetivos marcados en la misión y visión del Plan Estratégico.

30. Generar canales de comunicación internos entre los trabajadores de la Agencia Valenciana de Salud a través de boletines de información (newsletter) y creación de intranet.

FIGURA 7. *Resumen de Objetivos Estratégicos (Perspectiva Procesos Internos)*



6.3.4. Objetivos Estratégicos para la Perspectiva de Desarrollo Futuro

Para poder alcanzar todos los objetivos estratégicos definidos hasta el momento, la Conselleria de Sanitat debe potenciar en el futuro una serie de procesos o acciones que acerquen a la organización a la visión establecida en el Plan Estratégico:

N. Completar los sistemas de información para la obtención sistemática de datos y el cálculo de indicadores epidemiológicos, de gestión de los servicios, de evaluación de resultados y detección de poblaciones vulnerables.

31. Desarrollar sistemas de información sensibles a la detección de conductas ocultas o poblaciones de difícil acceso tanto a nivel preventivo como asistencial.

32. Desarrollar sistemas de información en prevención que faciliten la contabilización, clasificación y análisis de las acciones desarrolladas y sus resultados.

33. Automatizar la obtención de los indicadores clave del Sistema Autonómico Valenciano de Información de Adicciones: indicador de admisión a tratamiento, el indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con drogas y el indicador de mortalidad (muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas).

34. Implantar la monitorización on-line de los indicadores de gestión a través de cuadros de mandos integrales.

O. Potenciar la investigación en materia de trastornos adictivos para hacer frente a problemas actuales o para adelantarse a situaciones futuras

35. Avanzar en los estudios de caracterización de la situación actual de los consumos de drogas en diferentes colectivos.

36. Aumentar la investigación sobre las características y efectividad de las intervenciones asistenciales.

P. Normalizar los procesos y servicios de drogodependencias.

37. Diversificar la cartera de servicios en las UCAs y centros complementarios.

38. Mejorar en la especialización y sectorialización de los centros y servicios.

39. Protocolizar los procesos de atención en toda la red asistencial de acuerdo con la evidencia de la práctica profesional.

Q. Mejorar la gestión de los recursos humanos.

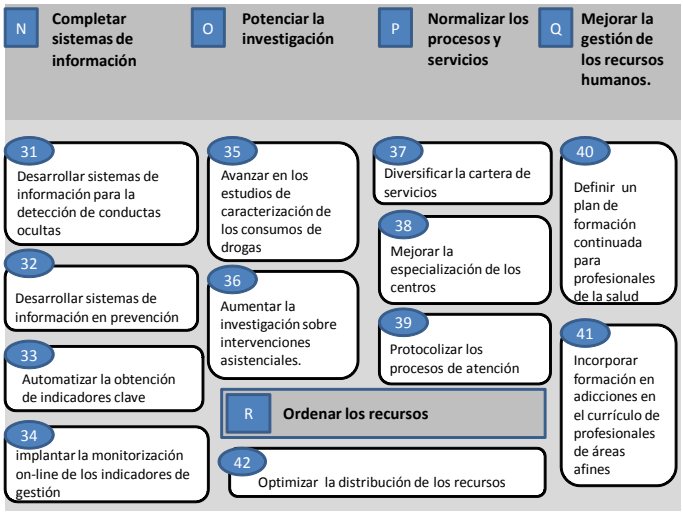
40. Definir y establecer un plan de formación continuada en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos para los profesionales del ámbito de la salud.

41. Incorporar formación en adicciones en el currículo de profesionales de áreas afines al campo de los trastornos adictivos.

R. Ordenar los recursos.

42. Optimizar la distribución de los recursos en el territorio a través de la mejora de los recursos humanos en función de la oferta y demanda.

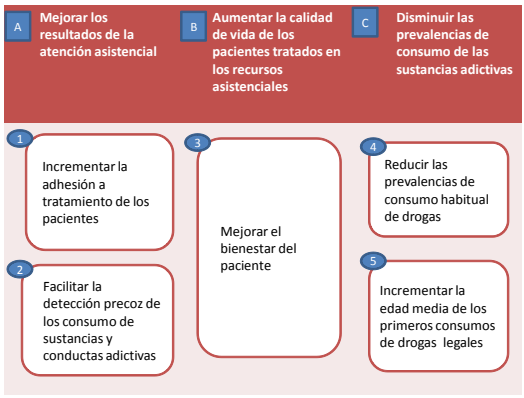
FIGURA 8. *Resumen de Objetivos Estratégicos (Perspectiva Desarrollo Futuro)*

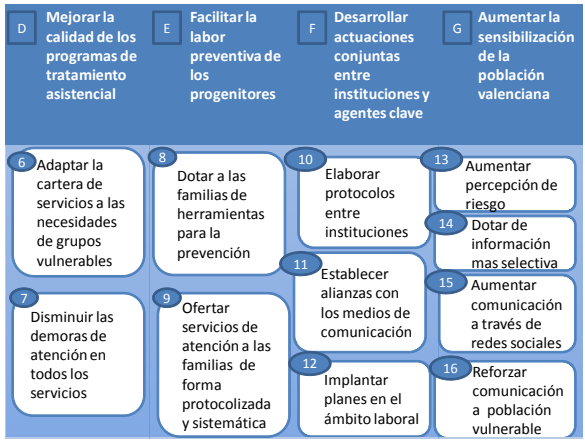


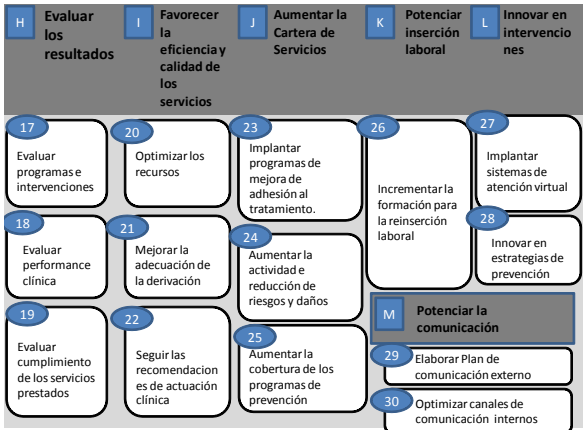
6.3.5. EL Mapa Estratégico

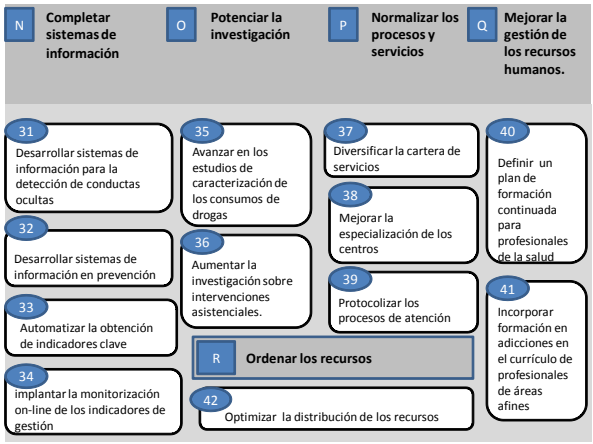
Con todos los objetivos generales y específicos identificados y expuestos por el Grupo Coordinador queda conformado el Mapa estratégico del III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunitat Valenciana, cuyo resultado final se muestra a continuación a modo de esquema en la Figura 9.

FIGURA 9. *Resumen de Objetivos Estratégicos (Todas las Perspectivas)*




D
Mejorar la calidad de los programas de tratamiento asistencial
E
Facilitar la labor preventiva de los progenitores
F
Desarrollar actuaciones conjuntas entre instituciones y agentes clave
G
Aumentar la sensibilización de la población valenciana
6
Adaptar la cartera de servicios a las necesidades de grupos vulnerables
7
Disminuir las demoras de atención en todos los servicios
8
Dotar a las familias de herramientas para la prevención
9
Ofertar servicios de atención a las familias de forma protocolizada y sistemática
10
Elaborar protocolos entre instituciones
11
Establecer alianzas con los medios de comunicación
12
Implantar planes en el ámbito laboral
13
Aumentar percepción de riesgo
14
Dotar de información mas selectiva
15
Aumentar comunicación a través de redes sociales
16
Reforzar comunicación a población vulnerable


H
Evaluar los resultados
I
Favorecer la eficiencia y calidad de los servicios
J
Aumentar la Cartera de Servicios
K
Potenciar inserción laboral
L
Innovar en intervencio nes
17
Evaluar programas e intervenciones
18
Evaluar performance clínica
19
Evaluar cumplimiento de los servicios prestados
20
Optimizar los recursos
21
Mejorar la adecuación de la derivación
22
Seguir las recomendacion es de actuación clínica
23
Implantar programas de mejora de adhesión al tratamiento.
24
Aumentar la actividad e reducción de riesgos y daños
25
Aumentar la cobertura de los programas de prevención
26
Incrementar la formación para la reinserción laboral
27
Implantar sistemas de atención virtual
28
Innovar en estrategias de prevención
M
Potenciar la comunicación
29
Elaborar Plan de comunicación externo
30
Optimizar canales de comunicación internos


N
Completar sistemas de información
O
Potenciar la investigación
P
Normalizar los procesos y servicios
Q
Mejorar la gestión de los recursos humanos.
31
Desarrollar sistemas de información para la detección de conductas ocultas
32
Desarrollar sistemas de información en prevención
33
Automatizar la obtención de indicadores clave
34
implantar la monitorización on-line de los indicadores de gestión
35
Avanzar en los estudios de caracterización de los consumos de drogas
36
Aumentar la investigación sobre intervenciones asistenciales.
37
Diversificar la cartera de servicios
38
Mejorar la especialización de los centros
39
Protocolizar los procesos de atención
40
Definir un plan de formación continuada para profesionales de la salud
41
Incorporar formación en adicciones en el currículo de profesionales de áreas afines
R
Ordenar los recursos
42
Optimizar la distribución de los recursos

6.4. Sistema de indicadores de control

Para el correcto seguimiento y evaluación del cumplimiento de los 42 objetivos estratégicos planteados en el presente Plan Estratégico, se han definido los siguientes indicadores de control.

TABLA 11. Relación entre Objetivos Específicos e Indicadores de Control

OBJETIVO		INDICADOR	
Código	Descriptivo	Nombre Largo	Definición
A-1	Incrementar la atención o a tratamiento	Porcentaje de pacientes que han contactado con algún recurso del Servicio de Drogodependencias y con los que posteriormente se ha realizado una primera visita	*Nº Pacientes que han realizado la primera visita *100 /Nº Pacientes que han realizado el contacto*
		Porcentaje de pacientes con primera visita que han recibido un diagnóstico posteriormente	*Nº Pacientes que han recibido diagnóstico - Nº Pacientes con abandono anterior a completar la actividad de diagnóstico) *100/ Nº Pacientes que han realizado primera visita*
		Porcentaje de pacientes diagnosticados que han recibido algún tratamiento posterior	*Nº pacientes que han completado el tratamiento - Nº pacientes con abandono antes de completar el proceso de tratamiento) *100/ Pacientes que han recibido diagnóstico*
A-2	Facilitar la detección precoz del consumo de sustancias y/o conductas adictivas	Nº de intervenciones breves en alcohol y tabaco realizadas	*Nº de usuarios adscritos a un departamento de salud con el código de intervenciones breves alcohol + código intervenciones breves tabaco *1.000 /Nº habitantes de población SIP adscrita al departamento*
		Nº de profesionales formados en detección precoz o intervención breve en alcohol y/o tabaco	*Nº de profesionales formados en detección precoz*
B-3	Mejorar el bienestar de los pacientes tratados en los recursos asistenciales	Mejora de resultados obtenidos, en comparativa con años precedentes, en las encuestas de calidad de vida utilizadas como referencia	Σ *Resultado test Whole Breefing y otros tests relevantes*

C-4	Reducir las prevalencias del consumo de sustancias adictivas	Proporción de personas que consumen drogas de manera habitual respecto a la población total de la Comunitat Valenciana	*Nº de personas con consumos habituales en el último mes (ver prevalencias de último mes / Nº total de población empadronada en la Comunitat Valenciana*
		Proporción de adolescente –jóvenes (14-18 años) que consumen drogas de manera habitual respecto a la población total de la Comunitat Valenciana	*Nº de población escolar con consumos habituales en el último mes (ver prevalencias de último mes / Nº total de población empadronada en la Comunitat Valenciana*
C5	Incrementar edad media de los primeros consumos de drogas	Disminuir la edad media de inicio al consumo de alcohol en la Comunitat Valenciana	Σ Edad de las personas al iniciar el consumo de alcohol / Nº total de personas consumidoras de alcohol
D-6	Adaptar la cartera de servicios a las necesidades de grupos vulnerables	Proporción que suponen los planes terapéuticos realizados con poblaciones vulnerables sobre el total tratamientos que realizan los recursos del Servicio de Drogodependencias	*Nº planes terapéuticos realizados con grupos vulnerables / Nº total de tratamientos realizados*
D-7	Disminuir los tiempos de espera en todos los servicios de atención	Tiempo medio de espera para la atención en los diferentes programas y recursos	*Sumatorio de la diferencia en días entre fecha de atención y fecha de solicitud en todos los recursos de atención / Nº total de pacientes atendidos*
		Proporción de paciente que en la fecha de estudio s encuentran en lista de espera del recurso desde hace 30 días naturales o más	*Nº de pacientes en con más de 30 días de diferencia entre la petición de la cita y la primera atención / Nº total de pacientes atendidos*
		Proporción de pacientes derivados desde la UCA a otros recursos complementarios	*Nº de pacientes derivados desde la UCA/ Nº total de pacientes atendidos*
E-8	Dotar a las familias de herramientas para la prevención	Proporción de personas que participan en programas de prevención familiar del Servicio de Drogodependencias	*Nº personas participantes en acciones de prevención familiar * 100.000 / Nº total de padres y madres empadronados en la Comunitat Valenciana*
E-9	Ofertar servicios de atención psicológica a las familias de forma más sistemática y protocolizada	Proporción de consultas realizadas por familiares en Unidades de Prevención Comunitaria o Unidades de Conductas Adictivas sobre el total de padres y madres adscritos a estos recursos	*Nº de consultas de familiares que acuden a las UPCCA o UCA *100 / Nº total de padres y madres adscritos en cada UPPCA o UCA.*
F-10	Elaborar protocolos de actuación entre instituciones	Ponderación del número de acuerdos, clasificados según su importancia y el nivel de satisfacción con los resultados	*Nº de acuerdos, ponderados por importancia del acuerdo y nivel de satisfacción con los resultados*

F-11	Establecer alianzas con los medios de comunicación	Ponderación del número de contactos mantenidos con medios de comunicación, clasificados según el peso de cada contacto	*Nº contactos mantenidos con medios de comunicación, ponderado por peso del tipo de contacto*
		Proporción de noticias en drogodependencias publicadas en los medios de comunicación sobre el total de noticias preparadas por el departamento de prensa	*Nº de noticias publicadas en medios de comunicación / Nº noticias de drogodependencias preparadas por el departamento de prensa*
F-12	Implantar planes de drogodependencias en el ámbito laboral	Nº de empresas valencianas con planes de drogodependencias implantados	*Nº de empresas valencianas con planes de drogodependencias implantados*
G-13	Aumentar la percepción de riesgo frente a las sustancias adictivas	Mejorar los resultados obtenidos en años anteriores en las diferentes preguntas incluidas en encuestas de referencia sobre grado de peligrosidad atribuido al consumo de drogas	Grado de peligrosidad atribuido al consumo de drogas especificado en las encuestas de referencia
G-14	Dotar de información más selectiva a la población	Proporción de mensajes específicos de carácter preventivo dirigidos a la población general sobre el número total de mensajes emitidos por el Servicio de Drogodependencias	*Nº de impactos específicos de carácter preventivo dirigidos a la población general emitidos/ Nº total de mensajes realizados*
G-15	Aumentar la comunicación a través de los canales que ofrecen las nuevas tecnologías	Número de mensajes realizados a través de nuevos canales de comunicación que se vayan identificando	*Nº de impactos realizados a través de los nuevos canales de comunicación identificados*
G-16	Reforzar la intensidad de la comunicación preventiva a las poblaciones vulnerables y de riesgo	Proporción de mensajes realizados a la población clasificada de riesgo o vulnerable sobre el total de mensajes emitidos	*Nº impactos dirigidos a población vulnerable / Nº total de mensajes realizados*
H-17	Evaluar los programas e intervenciones asistenciales y preventivos	Nº de programas e intervenciones realizados por el Servicio de Drogodependencias evaluados	*Nº programas e intervenciones evaluados*
H-18	Evaluar el desempeño clínico	Proporción de episodios en que se cumplen los estándares clínicos	*Nº de estándares de protocolos de tratamiento aplicados / Nº total de estándares de protocolos de tratamiento diseñados*
H-19	Evaluar el cumplimiento de servicios prestados a través de la administración municipal, ONG y cualquier otra institución colaboradora	Nº de servicios contratados o subvencionados con otras administraciones o entidades que son evaluados cada año	*Nº de servicios conveniados evaluados / Nº de servicios conveniados existentes*

I-20	Optimizar el consumo de los recursos por episodio de tratamiento	Proporción de recursos del Servicio de Drogodependencias utilizados por episodio de tratamiento sobre el total de tratamientos realizados	*Nº de recursos utilizados en cada episodio de tratamiento / Nº total de episodios de tratamiento realizados*
I-21	Mejorar la adecuación de la derivación	Proporción de pacientes derivados a las UCAs desde atención primario o especializada	*Nº de pacientes con primera visita en UCA derivados por atención primaria o especializada / Población SIP adscrita a departamento*
		Proporción de pacientes derivados desde la UCAs a los centros y servicios propios de la red de drogodependencias	*Nº de Pacientes derivados desde las UCAs a centros y servicios propios / Nº de nuevos pacientes atendidos en las UCAs*
		Proporción de pacientes que cumplen con los criterios de derivación establecidos sobre el total de pacientes derivados a los centros del Servicio de Drogodependencias	*Nº de pacientes que cumplen los criterios de derivación establecidos *100 / Nº total de pacientes derivados*
		Proporción de desestimaciones de derivación a recursos complementarios del Servicio de Drogodependencias sobre el número total de personas atendidas	*Nº de personas cuya petición de derivación a recursos complementarios es desestimada / Nº total de personas derivadas*
I-22	Seguir las recomendaciones basadas en la evidencia	Proporción de procesos en los que el cumplimiento de las recomendaciones es superior a un estándar sobre el total de procesos susceptibles de aplicar guías clínicas	*Nº de procesos con cumplimiento de estándares superior al recomendado / Nº total de procesos susceptibles de aplicación de guías clínicas*
J-23	Implantar programas de mejora de adhesión a tratamiento	Nº de acciones realizadas por los recursos del Servicio de Drogodependencias dirigidas a la mejora de adhesión a tratamiento de los pacientes tratados	*Número de acciones dirigidas a la mejora de adhesión al tratamiento realizadas*
		Nº de programas de tratamiento de observación directa realizados respecto al número total de episodios de tratamiento realizados	*Nº de programas de tratamiento de observación directa realizados / Nº total de episodios de tratamiento realizados*
J-24	Aumentar la actividad de programas de reducción de riesgos y daños	Nº de intervenciones en materia de reducción de riesgos y daños realizadas	Nº de intervenciones en materia de reducción de riesgos y daños realizadas

J-25	Aumentar la cobertura de los programas de prevención	Proporción de municipios mayores de 20.000 habitantes de la Comunitat Valenciana que cuentan con UPCCA respecto al total de municipios de más 20.000 habitantes de la Comunitat Valenciana	*Nº de municipios con UPCCA / Nº total de municipios de más de 20.000 habitantes de la Comunitat Valenciana*
K-26	Incrementar la formación para la reinserción laboral	Proporción de pacientes formados para la reinserción laboral sobre el total de pacientes derivados a recursos complementarios	*Nº de pacientes en programas de formación para la reinserción laboral/ nº total de pacientes derivados a recursos complementarios*
L-27	Implantar sistemas de atención virtual	Proporción de pacientes atendidos a través de medios de comunicación virtual sobre el total de pacientes atendidos	*Nº de pacientes atendidos a través de medios virtuales / Nº total de pacientes atendidos*
L-28	Innovar en estrategias de prevención	Nº de intervenciones innovadoras desarrolladas por el Servicio de Drogodependencias	Nº de intervenciones innovadoras desarrolladas
M-29	Elaborar Plan de comunicación externa	Elaboración de un Plan de comunicación	*Plan de Comunicación elaborado si/no*
M-30	Optimizar los canales de comunicación internos	Nº de newsletters enviadas por el Servicio de Drogodependencias a sus trabajadores	*Nº newsletters enviadas*
		Creación de una intranet común a todos los trabajadores del Servicio de Drogodependencias	*Intranet común para todo el equipo si/no*
N-31	Desarrollar sistemas de información sensibles a la detección de conductas ocultas	Nº de alertas generadas a través del Sistema de Detección Temprana	*Nº de alarmas detectadas a través del Sistema de Detección Temprana*
N-32	Desarrollar sistemas de información en prevención	Nº de sistema de información diseñados e implantados par la producción de datos	*Nº de sistemas de información creados si/no*
N-33	Automatizar la obtención de indicadores	Proporción de indicadores automatizados al final del periodo	*Nº de indicadores afectados por el plan de automatización con producción automatizada al final del período *100 / Nº de indicadores afectados por el plan de automatización*
N-34	Monitorizar online los indicadores de gestión	Proporción de indicadores de gestión disponibles en una herramienta DWH/BI al final del periodo	*Nº de indicadores de gestión disponibles en herramienta de BI o DWH / Nº total de indicadores de gestión*
O-35	Avanzar en los estudios de caracterización de la situación actual de los consumos de drogas en diferentes colectivos	Nº de estudios de investigación realizados por el Servicio de Drogodependencias en materia de trastornos adictivos	Nº de estudios en materia de trastornos adictivos

O-36	Aumentar la investigación sobre las características y efectividad de las intervenciones asistenciales	Nº de estudios de investigación realizados por el Servicio de Drogodependencias sobre temas de intervención asistencial	*Nº estudios de investigación sobre temas de intervención asistencial realizados*
P-37	Diversificar la cartera de servicios en las UCAs y centros complementarios	Varianza de disponibilidad de cartera de servicios	*Varianza de (Parámetro clave de cada servicio innovador* Peso otorgado a ese servicio por importancia / población)*
P-38	Mejorar en la especialización y sectorialización de los centros y servicios	Proporción de cumplimiento de la especialización de los recursos y programas respecto al total de servicios ofrecidos por el Servicio de Drogodependencias	*Nº servicios especializados *100 / Nº total de servicios*
P-39	Protocolizar los procesos de atención	Nº de protocolos de atención nuevos realizados por el Servicio de Drogodependencias	*Nº protocolos de atención nuevos*
Q-40	Definir y establecer un plan de formación continuada	Elaboración por parte del Servicio de Drogodependencias de un plan de formación para presentar a la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud	*Plan de Formación para presentar EVES elaborado si/ no*
Q-41	Incorporara la formación en adicciones en el currículo de profesionales de áreas afines al campo de los trastornos adictivos	Nº de profesionales con titulaciones afines al campo de los trastornos adictivos formados	*Nº de profesiones de ciencias afines con formación en adicciones incorporada al currículum*
R-42	Mejorar la distribución de recursos	Varianza de las tasas e atención en UCA a la tipologías de problema de mayor interés	*Varianza de Nº pacientes diferentes atendidos en UCAs / Nº de habitantes*

6.5. Planes de acción prioritarios del plan estratégico

La formalización de los Planes de Acción es el proceso que se utiliza para identificar iniciativas y organizarlas en torno a una secuencia de implantación óptima, basándose en las sinergias, las interdependencias generadas y los requerimientos de recursos de la organización.

Del total de iniciativas que se pueden plantear, una parte de ellas son priorizadas atendiendo a los objetivos estratégicos de la organización, buscando favorecer el alineamiento estratégico de las mismas. Los criterios para priorizar los Planes de Acción planteados en este Plan Estratégico han sido

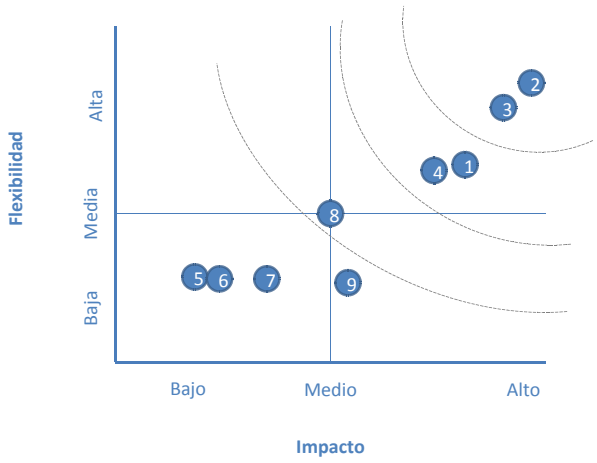
la factibilidad de su ejecución y el impacto que tendrán en la organización.

De esta manera, en el Taller de Iniciativas realizado con el Grupo de Seguimiento del Plan Estratégico se plantearon los siguientes nueve Planes de Acción:

1. Plan de Sistemas de Información
2. Plan de Evaluación
3. Plan de Servicios y Recursos
4. Programación de la prevención
5. Formación de profesionales
6. Investigación
7. Coordinación institucional y participación
8. Plan de Comunicación
9. Plan de integración social y reducción de daños

Los nueve posibles Planes de Acción planteados se priorizaron en una matriz en base a dos variables, su factibilidad y su impacto.

FIGURA 10. *Priorización de los Planes de Acción mediante la metodología Metaplan*



Los cinco Planes de Acción priorizados se desarrollan a través de fichas explicativas, en las que se detallan las fases de trabajo, el calendario concreto de cada fase, los recursos necesarios y las personas responsables.

1. Plan de Sistemas de Información

La mejora de los Sistemas de Información es, sin duda alguna, una de las líneas de acción con más interrelación en un plan estratégico que está muy centrado en la evaluación. Este Plan de Acción implica:

- Identificar en el entorno y en los planes de sistemas de la AVS las oportunidades y soluciones que más puedan contribuir al desarrollo de nuestros objetivos.
- La elaboración de un análisis detallado de las necesidades y los requerimientos de sistemas de información de la DG de Ordenación y Asistencia Sanitaria, para desarrollar su labor de manera eficiente. Este análisis ya se realizó con anterioridad por lo que el abordaje actual se centra en actualizarlo a las nuevas necesidades y abordajes.
- Identificar y priorizar los diferentes abordajes.
- Gestionar la disponibilidad de recursos para acometerlas
- Seguir el desarrollo y validar las soluciones de los desarrollos que se ejecuten.

2. Plan de Sistemas de Evaluación

La evaluación de las diferentes intervenciones es una constante en el actual plan estratégico. Por ello, se requiere una línea de trabajo, para establecer mecanismos de evaluación de los diferentes servicios, programas y actividades de la DG de Asistencia Sanitaria:

- En primer lugar, la definición de un marco conceptual que defina los abordajes y estrategias de evaluación a aplicar.
- En función de este marco, gestionar los recursos disponibles y realizar las alianzas estratégicas con instituciones que aporten metodología para abordar con éxito esta tarea.
- Establecer la explotación de los sistemas de información.
- Analizar los resultados y difundir el conocimiento generado.

3. Plan de Servicios y Recursos

Desarrollar una Cartera de Servicios desde la DG de Asistencia Sanitaria, que responda de manera eficaz a las necesidades de la población relacionadas con los problemas de drogodependencias y otras conductas adictivas, implica:

• Un primer esfuerzo conceptual para definir aquellos servicios y recursos que no están definidos o requieren un abordaje suplementario de definición.

• Establecer al mayor detalle posible las especificaciones y requerimientos técnicos de cada uno de los servicios y recursos.

• Decidir con periodicidad para cada servicio el mix óptimo entre contratación externa al tercer sector o realización del servicio con recursos propios.

• Realizar la planificación global de los ratios de provisión del servicio y su distribución territorial o por colectivos de ciudadanos en riesgo.

4. Programación de la prevención

Establecer una estrategia de comunicación centrada en la prevención del consumo de drogas y de otras conductas adictivas implica:

• Definir las necesidades de comunicación de la sociedad.

• Identificar y segmentar los públicos diana para las intervenciones de prevención.

• Definir los mensajes específicos que se quieren hacer llegar para cada público diana identificado.

• Armonizar los mensajes a transmitir con otras instituciones y organizaciones con las que se comparten las intervenciones preventivas.

• Establecer los canales por los que se quiere transmitir los mensajes elegidos a los públicos diana seleccionados.

• Establecer la operativa de comunicación (quién, cuando, como, donde…)

• Establecer también y comunicar los contenidos formativos para colectivos de profesionales encargados de realizar la prevención (padres, medios de comunicación, educadores…)

• Ejecutar y realizar el seguimiento de la eficacia de las intervenciones.

5. Plan de Comunicación

Establecer una estrategia global de comunicación para la DG de Asistencia Sanitaria en dos variantes, interna y externa. Dado que la comunicación externa se encuentra ya abordad de forma centralizada en la Conselleria de Sanidad, nos centramos aquí en la comunicación interna:

• Decidir los mensajes principales que se quieren hacer llegar a los profesionales de la red y de la Agencia Valenciana de Salud en general.

- Identificar los canales por los que se quieren hacer llegar los mensajes.
- Realizar un especial esfuerzo en la generación y creación de canales de comunicación (intranet, newsletters…).
- Establecer un calendario de comunicación para los mensajes identificados.
- Realizar y seguir el plan de comunicación.

6.6. Recursos y presupuesto del plan estratégico

Los recursos puestos a disposición del III Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos se distribuyen en dos conceptos independientes:

1. Un conjunto de recursos adscritos específicamente a la prevención, diagnóstico, tratamiento y reinserción de las personas con trastornos adictivos. Este componente está compuesto básicamente por el presupuesto destinado a la estructura de programas y servicios sociosanitarios y los costes de tratamiento sanitario específico directamente destinado a las personas con trastornos adictivos y su prevención.

2. Pero además, en esta estrategia confluye la participación directa en las actividades preventivas, de detección y de rehabilitación y reinserción, de un amplio dispositivo de unidades y servicios que sin dedicarse exclusivamente a este tema, son parte activa y fundamental de la red de prevención y atención. En ello participan todas las administraciones y la mayoría de sectores de la actividad pública, así como un sin fín de instituciones y organizaciones privadas. Dada la tipología de intervención en este tema, no sería realista cuantificar la aportación de estos recursos en términos cuantitativos. Es por ello que en la figura, se representan las aportaciones de la intersectorialidad en términos cualitativos.

La dotación económica, en costes directamente imputables al Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos hasta se ha estructurado por planes de acción, lo que permitirá ajustes anuales de acuerdo con las prioridades que en cada momento presenten mayor urgencia en su ejecución.

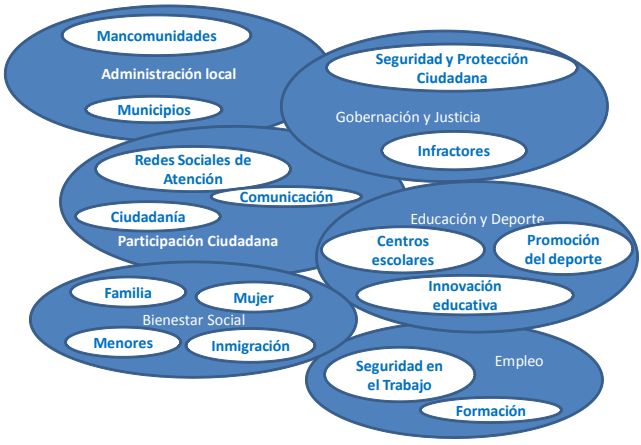
El presupuesto global del III Plan es de 50.609.303 euros, distribuidos en los siguientes Planes de Actuación.

FIGURA 11. *Presupuesto asignado a III Plan Estratégico de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos*



A este presupuesto, además, habría que añadir, las aportaciones de, aquellas administraciones del Consell de la Generalitat Valenciana, las cuales mediante su participación transversal ejercen una función fundamental en la prevención, detección, tratamiento y reinserción de las personas con trastornos adictivos (Figura12).

FIGURA 12. *Red de áreas del sector público implicadas en la prevención, asistencia y reinserción en drogodependencias*



Esta sinergia, se explicita en la figura anterior identificando algunas áreas y actividades directamente implicadas en la estrategia sobre trastornos adictivos. No obstante es evidente que las acciones de estas áreas y unidades se complementan tanto con la de otras unidades no reflejadas aquí, como con la participación de instituciones, organizaciones y ciudadanos que constituyen nuestros aliados estratégicos prioritarios.

En conjunto, la dedicación y el esfuerzo de un amplio conjunto de instituciones y personas de la comunidad valenciana, constituye un amplísimo presupuesto de recursos, algunos de ellos cuantificables pero también muchos intangibles. Este amplísimo presupuesto complementa y potencia exponencialmente los recursos específicos puestos a disposición de este proyecto desde la Consellería de Sanidad que se cuantifican en este documento.

6 NORMATIVA

• NORMATIVA AUTONÓMICA EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

– Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

– Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunitat Valenciana.

– Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, del Gobierno Valenciano, por el que se constituyen los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, modificado parcialmente por el Decreto 136/2001, de 26 de julio, y por el decreto 186/2005, de 2 de diciembre.

– Decreto 98/1998, de 14 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el reglamento orgánico y funcional de las estructuras político-administrativas en materia de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, modificado por el decreto 109/2001, de 12 de junio, del Gobierno Valenciano.

– Decreto 78/1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se establecen los criterios básicos para la acreditación de los programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos, y se constituye el comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana.

– Decreto 110/2001, de 12 de junio, del gobierno Valenciano, por el que se crea el Observatorio valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

– Decreto 57/2006, de 21 de abril, del Consell, por el que se desarrolla, en el ámbito de la comunidad valenciana, la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

– Orden de 7 de julio de 1997, de la Conselleria de Sanidad, por la que se crean las Unidades de conductas Adictivas, en determinadas Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana.

• NORMATIVA AUTONÓMICA DE INTERÉS

– Ley 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia de la Comunitat Valenciana.

– Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

– Ley 4/2005, de 17 de junio, de la generalitat, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana.

– Ley 1/2003, de 28 de enero, de la generalitat, de derechos e información al paciente de la comunidad valenciana.

– Ley 2/2011, de 22 de marzo, de la Generalitat, del Deporte y la Actividad física en la Comunitat Valenciana.

– Decreto 57/2006, de 21 de abril, del Consell, por el que se desarrolla, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

– Decreto 4/2014, de 3 de enero, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad.

– Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010 2013.

– Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud.

• NORMATIVA ESTATAL EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

– Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.

– Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

– Ley 34/1988, de 11 de noviembre, general de Publicidad

– Ley 19/2007, de 11 de Julio, contra la violencia, el racismo, la xenofobia y la intolerancia en el deporte.

– Ley 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.

– Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional.

– Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre, por el que se regulan las recetas oficiales y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano y veterinario.

– Estrategia Nacional de Acción sobre Drogas 2009– 2016

• NORMATIVA INTERNACIONAL EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

– Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020

– Organización Mundial de la Salud (2003). Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ANEXO I. CUADRO RELACIONAL

Objetivos generales, objetivos específicos e indicadores

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO		INDICADOR	
	Código	Descriptivo	Nombre Largo	Definición
PERSPECTIVA: RESULTADOS				
Mejorar los resultados de la atención asistencial	A-1	Incrementar la adhesión a tratamiento de los pacientes	Porcentaje de pacientes que han contactado con algún recurso del Servicio de Drogodependencias y con los que posteriormente se ha realizado una primera visita	*Nº Pacientes que han realizado la primera visita *100 /Nº Pacientes que han realizado el contacto*
			Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado primera visita que han recibido un diagnóstico posteriormente	*Nº Pacientes que han recibido diagnóstico - Nº Pacientes con abandono anterior a completar la actividad de diagnóstico) *100/ Nº Pacientes que han realizado primera visita.*
			Porcentaje de pacientes diagnosticados que han recibido algún tratamiento posterior	*Nº pacientes que han completado el tratamiento - Nº pacientes con abandono antes de completar el proceso de tratamiento) *100/ Pacientes que han recibido diagnóstico.*
	A-2	Facilitar la detección precoz del consumo de sustancias y/o conductas adictivas	Nº de intervenciones breves en alcohol y tabaco realizadas	*Nº de usuarios adscritos a un departamento de salud con el código de intervenciones breves alcohol + código intervenciones breves tabaco *1.000 / Nº habitantes de población SIP adscrita al departamento.*
			Nº de profesionales formados en detección precoz o intervención breve en alcohol y/o tabaco	Nº de profesionales formados en detección precoz o intervención breve en alcohol y/o tabaco
Mejorar la calidad de vida de los pacientes tratados en los recursos asistenciales.	B-3	Mejorar el bienestar del paciente	Mejora de resultados obtenidos, en comparativa con años precedentes, en las encuestas de calidad de vida utilizadas como referencia.	*S Resultado test Whole Breefing y otros tests relevantes.*
Disminuir las prevalencias de consumo de las sustancias adictivas	C-4	Disminuir las prevalencias del consumo de sustancias adictivas	Proporción de personas que consumen drogas de manera habitual respecto a la población total de la Comunitat Valenciana	*Nº de personas con consumos habituales en el último mes / Nº total de población empadronada en la Comunitat Valenciana.*
			Proporción de adolescente –jóvenes (14-18 años) que consumen drogas de manera habitual respecto a la población total de la Comunitat Valenciana	*Nº de población escolar con consumos habituales en el último mes (ver prevalencias de último mes / Nº total de población empadronada en la Comunitat Valenciana*
	C-5	Disminuir la edad media de inicio al consumo de drogas	Mejora de resultados obtenidos en años anteriores en las encuestas de referencia en la edad media de inicio al consumo de alcohol en la Comunitat Valenciana	Sumatorio Edad de las personas al iniciar el consumo de alcohol / Nº total de personas consumidoras de alcohol

PERSPECTIVA: AGENTES DE INTERÉS				
Mejorar la calidad de los programas de tratamiento asistencial	D-6	Adaptar la cartera de servicios a las necesidades de grupos vulnerables	Proporción que suponen los planes terapéuticos realizados con poblaciones vulnerables sobre el total tratamientos que realizan los recursos del Servicio de Drogodependencias	*Nº planes terapéuticos realizados con grupos vulnerables / Nº total de tratamientos realizados*
	D-7	Disminuir los tiempos de espera en todos los servicios de atención	Tiempo medio de espera para la atención en los diferentes programas y recursos	*Sumatorio de la diferencia en días entre fecha de atención y fecha de solicitud en todos los recursos de atención / Nº total de pacientes atendidos*
			Proporción de paciente que en la fecha de estudio se encuentran en lista de espera del recurso desde hace 30 días naturales o más	*Nº de pacientes en con más de 30 días de diferencia entre la petición de la cita y la primera atención / Nº total de pacientes atendidos.*
			Proporción de pacientes derivados desde la UCA a otros recursos complementarios	*Nº de pacientes derivados desde la UCA/ Nº total de pacientes atendidos*
Facilitar la labor de los progenitores y la familia como agentes clave en la prevención del consumo de drogas y prevención de recaídas	E-8	Dotar a las familias de herramientas para la prevención	Proporción de personas que participan en programas de prevención familiar del Servicio de Drogodependencias	*Nº personas participantes en acciones de prevención familiar * 100.000 / Nº total de padres y madres empadronados en la Comunitat Valenciana.*
	E-9	Ofertar servicios de atención psicológica a las familias de forma más sistemática y protocolizada	Proporción de consultas realizadas por familiares en Unidades de Prevención Comunitaria o Unidades de Conductas Adictivas sobre el total de padres y madres adscritos a estos recursos	*Nº de consultas de familiares que acuden a las UPCCA o UCA*100 / Nº total de padres y madres adscritos en cada UPPCA o UCA.*
Desarrollar actuaciones conjuntas entre instituciones y agentes clave implicados en el ámbito de las drogodependencias	F-10	Elaborar protocolos de actuación entre instituciones	Ponderación del número de acuerdos, clasificados según su importancia y el nivel de satisfacción con los resultados	*Nº de acuerdos, ponderados por importancia del acuerdo y nivel de satisfacción con los resultados*
	F-11	Establecer alianzas con los medios de comunicación	Ponderación del número de contactos mantenidos con medios de comunicación, clasificados según el peso de cada contacto	*Nº contactos mantenidos con medios de comunicación, ponderado por peso del tipo de contacto*
			Proporción de noticias en drogodependencias publicadas en los medios de comunicación sobre el total de noticias preparadas por el departamento de prensa	*Nº de noticias publicadas en medios de comunicación / Nº noticias de drogodependencias preparadas por el departamento de prensa.*
	F-12	Implantar planes de drogodependencias en el ámbito laboral	Nº de empresas valencianas con planes de drogodependencias implantados	Nº de empresas valencianas con planes de drogodependencias implantados

Aumentar la sensibilización de la población valenciana frente a los riesgos y problemáticas derivadas del consumo de drogas	G-13	Aumentar la percepción de riesgo frente a las sustancias adictivas	Mejorar los resultados obtenidos en años anteriores en las diferentes preguntas incluidas en encuestas de referencia sobre grado de peligrosidad atribuido al consumo de drogas	Grado de peligrosidad atribuido al consumo de drogas especificado en las encuestas de referencia
	G-14	Dotar de información más selectiva a la población	Proporción de mensajes específicos de carácter preventivo dirigidos a la población general sobre el número total de mensajes emitidos por el Servicio de Drogodependencias	*Nº de impactos específicos de carácter preventivo dirigidos a la población general emitidos/ Nº total de mensajes realizados*
	G-15	Aumentar la comunicación a través de los canales que ofrecen las nuevas tecnologías	Número de mensajes realizados a través de nuevos canales de comunicación que se vayan identificando	*Nº de impactos realizados a través de los nuevos canales de comunicación identificados.*
	G-16	Reforzar la intensidad de la comunicación preventiva a las poblaciones vulnerables y de riesgo	Proporción de mensajes realizados a la población clasificada de riesgo o vulnerable sobre el total de mensajes emitidos	*Nº impactos dirigidos a población vulnerable / Nº total de mensajes realizados*
PERSPECTIVA: PROCESOS INTERNOS				
Evaluar Resultados	H-17	Evaluar los programas e intervenciones asistenciales y preventivos	Nº de programas e intervenciones realizados por el Servicio de Drogodependencias evaluados	*Nº programas e intervenciones evaluados*
	H-18	Evaluar el desempeño clínico	Proporción de episodios en que se cumplen los estándares clínicos	*Nº de estándares de protocolos de tratamiento aplicados / Nº total de estándares de protocolos de tratamiento diseñados*
	H-19	Evaluar el cumplimiento de servicios prestados a través de la administración municipal, ONG y cualquier otra institución colaboradora	Nº de servicios contratados o subvencionados con otras administraciones o entidades que son evaluados cada año	*Nº de servicios conveniados evaluados / Nº de servicios conveniados existentes*

Favorecer la eficiencia y calidad de los servicios ofertados.	I-2º	Optimizar el consumo de los recursos por episodio de tratamiento	Proporción de recursos del Servicio de Drogodependencias utilizados por episodio de tratamiento sobre el total de tratamientos realizados	*Nº de recursos utilizados en cada episodio de tratamiento / Nº total de episodios de tratamiento realizados*
	I-21	Mejorar la adecuación de la derivación	Proporción de pacientes derivados a las UCAs desde atención primario o especializada	*Nº de pacientes con primera visita en UCA derivados por atención primaria o especializada / Población SIP adscrita al departamento*
			Proporción de pacientes derivados desde la UCAs a los centros y servicios propios de la red de drogodependencias.	*Nº de Pacientes derivados desde las UCAs a centros y servicios propios / Nº de nuevos pacientes atendidos en las UCAs*
			Proporción de pacientes que cumplen con los criterios de derivación establecidos sobre el total de pacientes derivados a los centros del Servicio de Drogodependencias	*Nº de pacientes que cumplen los criterios de derivación establecidos *100 / Nº total de pacientes derivados*
			Proporción de desestimaciones de derivación a recursos complementarios del Servicio de Drogodependencias sobre el número total de personas atendidas	*Nº de personas cuya petición de derivación a recursos complementarios es desestimada / Nº total de personas derivadas.*
	I-22	Seguir las recomendaciones basadas en la evidencia	Proporción de procesos en los que el cumplimiento de las recomendaciones es superior a un estándar sobre el total de procesos susceptibles de aplicar guías clínicas	*Nº de procesos con cumplimiento de estándares superior al recomendado / Nº total de procesos susceptibles de aplicación de guías clínicas*
Aumentar la Cartera de Servicios tanto asistenciales como de prevención.	J-23	Implantar programas o acciones de mejora de adhesión a tratamiento	Nº de acciones realizadas por los recursos del Servicio de Drogodependencias dirigidas a la mejora de adhesión a tratamiento de los pacientes tratados	*Número de acciones dirigidas a la mejora de adhesión al tratamiento realizadas*
			Nº de programas de tratamiento de observación directa realizados respecto al número total de episodios de tratamiento realizados	*Nº de programas de tratamiento de observación directa realizados / Nº total de episodios de tratamiento realizados.*
	J-24	Aumentar la actividad de programas de reducción de riesgos y daños	Nº de intervenciones en materia de reducción de riesgos y daños realizadas	Nº de intervenciones en materia de reducción de riesgos y daños realizadas
	J-25	Aumentar la cobertura de los programas de prevención	Proporción de municipios mayores de 20.000 habitantes de la Comunitat Valenciana que cuentan con UPCCA respecto al total de municipios de más 20.000 habitantes de la Comunitat Valenciana	*Nº de municipios con UPCCA / Nº total de municipios de más de 20.000 habitantes de la Comunitat Valenciana*

Potenciar la inserción laboral de los pacientes durante las fases finales de su tratamiento.	K-26	Incrementar la formación para la reinserción laboral	Proporción de pacientes formados para la reinserción laboral sobre el total de pacientes derivados a recursos complementarios	*Nº de pacientes en programas de formación para la reinserción laboral/ nº total de pacientes derivados a recursos complementarios*
Innovar en las intervenciones asistenciales y preventivas a través del uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.	L-27	Implantar sistemas de atención virtual	Proporción de pacientes atendidos a través de medios de comunicación virtual sobre el total de pacientes atendidos	*Nº de pacientes atendidos a través de medios virtuales / Nº total de pacientes atendidos*
	L-28	Innovar en estrategias de prevención	Nº de intervenciones innovadoras desarrolladas por el Servicio de Drogodependencias	Nº de intervenciones innovadoras desarrolladas
Potenciar la comunicación interna a la propia organización y comunicación externa hacia los agentes de interés.	M-29	Elaborar Plan de comunicación externa	Elaboración de un Plan de comunicación	*Plan de Comunicación elaborado si/no.*
	M-30	Generar canales de comunicación internos	Nº de boletines informativos (newsletters) enviadas por el Servicio de Drogodependencias a sus trabajadores	*Nº newsletters enviadas*
			Creación de una intranet común a todos los trabajadores del Servicio de Drogodependencias.	*Intranet común para todo el equipo si/no*
PERSPECTIVA: DESARROLLO FUTURO				
Completar los sistemas de información para la obtención sistemática de datos y el cálculo de indicadores epidemiológicos, de gestión de los servicios, de evaluación de resultados y detección de poblaciones vulnerables	N-31	Desarrollar sistemas de información sensibles a la detección de conductas ocultas	Nº de alertas generadas a través del Sistema de Detección Temprana	*Nº de alarmas detectadas a través de SDT*
	N-32	Desarrollar sistemas de información en prevención	Nº de sistema de información diseñados e implantados par la producción de datos	*Nº de sistemas de información creados si/no*
	N-33	Automatizar la obtención de indicadores	Proporción de indicadores automatizados al final del periodo	*Nº de indicadores afectados por el plan de automatización con producción automatizada al final del período *100 / Nº de indicadores afectados por el plan de automatización*
	N-34	Monitorizar online los indicadores de gestión	Proporción de indicadores de gestión disponibles en una herramienta DWH/BI al final del periodo	*Nº de indicadores de gestión disponibles en herramienta de BI o DWH / nº total de indicadores de gestión*

Potenciar la investigación en materia de trastornos adictivos	O-35	Avanzar en los estudios de caracterización de la situación actual del consumo de drogas en diferentes colectivos	Nº de estudios de investigación realizados por el Servicio de Drogodependencias en materia de trastornos adictivos	Nº de estudios en materia de trastornos adictivos
	O-36	Aumentar la investigación sobre las características y efectividad de las intervenciones asistenciales	Nº de estudios de investigación realizados por el Servicio de Drogodependencias sobre temas de intervención asistencial	*Nº estudios de investigación sobre temas de intervención asistencial realizados*
Normalizar los procesos y servicios de drogodependencias.	P-37	Diversificar la cartera de servicios en las UCAs y centros complementarios	Varianza de disponibilidad de cartera de servicios	*Varianza de (Parámetro clave de cada servicio innovador* Peso otorgado a ese servicio por importancia / población).*
	P-38	Mejorar en la especialización y sectorialización de los centros y servicios	Proporción de cumplimiento de la especialización de los recursos y programas respecto al total de servicios ofrecidos por el Servicio de Drogodependencias	*Nº servicios especializados *100 / Nº total de servicios*
	P-39	Protocolizar los procesos de atención	Nº de protocolos de atención nuevos realizados por el Servicio de Drogodependencias	*Nº protocolos de atención nuevos*
Mejorar la gestión de los recursos humanos.	Q-40	Definir y establecer un plan de formación continuada	Elaboración por parte del Servicio de Drogodependencias de un plan de formación para presentar a la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud	*Plan de Formación para presentar EVES elaborado si/no*
	Q-41	Incorporara la formación en adicciones en el currículo de profesionales de áreas afines al ámbito de las drogodependencias	Grado de incorporación	*Nº de profesiones de ciencias de la salud con formación en adicciones incorporada al currículum*
Ordenar los recursos.	R-42	Optimizar la distribución de recursos	Varianza de las tasas e atención en UCA a la tipologías de problema de mayor interés	*Varianza de Nº pacientes diferentes atendidos en UCAs / Nº de habitantes*