



PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016

TÍTULO

Plan Sobre Drogas del Principado de Asturias

AUTORÍA

*- Unidad de Coordinación del Plan de Drogas
- Dirección General de Salud Pública y Participación*

EDITA

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

D.L. AS-3232-2010

CUBIERTA Y DISEÑO DE EDICIÓN

González Tejo



PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016

INDICE

Prólogo	9
Antecedentes	13
Análisis de la situación	21
El Observatorio sobre Drogas para Asturias y los Sistemas de Información.....	21
Consumos en Asturias.....	22
Impacto. Las consecuencias del consumo en Asturias en términos de salud.....	31
La Oferta. Tráfico y cuestiones judiciales.....	36
Situación actual de las actuaciones del Plan sobre Drogas	41
El Plan sobre Drogas para Asturias.....	41
Prevención.....	42
Disminución del riesgo.....	47
Asistencia.....	47
Reducción de daños.....	50
Programas específicos.....	51
Incorporación social.....	53
Conexión con otros programas.....	53
Plan sobre drogas para Asturias 2010-2016	55
Primera parte.....	57
Marco del Plan sobre Drogas del Principado de Asturias.....	59
Objetivos del Plan sobre Drogas del Principado de Asturias.....	61
Estrategias de Actuación.....	63
Segunda parte.....	65
Ámbitos de actuación.....	67
<i>Coordinación y Participación</i>	67
<i>Prevención</i>	69
<i>Disminución del riesgo y reducción del daño</i>	72
<i>Tratamiento integral: Asistencia, incorporación social</i>	73
<i>Conocimiento científico e investigación</i>	75
<i>Formación</i>	77
<i>Evaluación</i>	79
Memoria presupuestaria.....	80
Tercera parte.....	81
Programas específicos.....	83
ANEXO	
Situación de partida según los indicadores generales del Plan 2001-2003.....	87
Indicadores de resultados: Plan 2010-2016.....	92
Indicadores de seguimiento: Plan 2010-2016.....	96



PRÓLOGO

PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016

PRÓLOGO

En el campo de la lucha contra las drogadicciones vivimos una etapa de profunda reflexión y análisis, no sólo sobre la respuesta que debe darse a los problemas que se derivan del consumo de sustancias, sino también, y lo que es más importante, sobre cómo ha de implicarse en ella la totalidad de la sociedad, y cómo ha de distribuirse la responsabilidad entre todos los agentes sociales.

Es un hecho ya incontestable el profundo cambio que ha sufrido en los últimos años el consumo de drogas y su extensión a todos los sectores de la sociedad y en todos los ámbitos.

Algunos de estos cambios ya se apuntaban claramente en el análisis de la situación que se realizaba en el Plan sobre Drogas 2001-2003 y no han hecho otra cosa que consolidarse en esta década.

En este sentido la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 señala como elementos a considerar de cara al futuro, aplicables a la realidad de Asturias, los siguientes:

1. Consolidación de los cambios en el perfil de las personas que consumen: se generaliza el policonsumo, aumenta la precocidad en el inicio y se estrecha la relación entre consumo y ocio.
2. Continúan apareciendo nuevas sustancias.
3. Aumentan los trastornos mentales asociados y con ello la demanda de atención a la patología dual.
4. Envejecen los consumidores problemáticos.
5. Se precisa cada vez más impulsar la investigación y transferirla a la práctica.
6. Se necesita diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo.
7. Debe hacerse efectiva la perspectiva de género en los objetivos a conseguir.

Así pues, la persona consumidora y su imagen social han cambiado: el perfil de consumidor(a) de heroína inyectable (ADVP), con una imagen de claro deterioro físico y en situación de exclusión social deja de ser mayoritario, dando paso a nuevos perfiles de consumo, en los que predominan la adicción a la cocaína y el policonsumo, y siempre con la presencia del alcohol, con una imagen más "normalizada", con frecuencia en situación de integración social y laboral, con una mayor dificultad para aceptar su problema y donde la patología mental se hace cada vez más frecuente.

Esta nueva situación, unida a la experiencia acumulada en las 3 últimas décadas sobre las actuaciones realizadas, obliga a replantearse las estrategias desarrolladas hasta la fecha, partiendo de la base de que muchas de las acciones realizadas han dado importantes frutos a lo largo de todos estos años.

Es preciso adaptar los dispositivos preventivos, asistenciales, rehabilitadores y de inserción, así como los sistemas de recogida de información y análisis a las nuevas situaciones, aplicando el conocimiento que a lo largo de este tiempo se ha venido acumulando.

En este sentido, la extensión y consolidación de las reglas de la evidencia científica a la hora de evaluar lo que existe y desarrollar nuevas actuaciones se configura como uno de los pilares esenciales de las actuaciones futuras.

Nuestro principal objetivo debe seguir siendo la prevención, sin olvidar la importancia del trabajo desarrollado hasta este momento en las áreas de asistencia, de inserción y de reducción del daño. Además debemos prestar atención a los fenómenos de la precocidad en el inicio y la experimentación.

Así pues, debemos articular una respuesta basada en las necesidades y evidencias, que tenga como objetivo prioritario prevenir el consumo de drogas antes de que pueda convertirse en un problema y, cuando ya lo es, intervenir ofertando una asistencia de calidad y procesos de incorporación social normalizados.

Pasados ocho años desde que se elaboró el Plan sobre Drogas para Asturias Creando Futuro 2001-2003 y tras su evaluación externa, es necesario elaborar un nuevo Plan que dé impulso y avance en el logro de los objetivos operativos en materia de drogas, al tiempo que se adapte a la realidad cambiante y los nuevos retos.

Se ha trabajado durante un largo periodo de tiempo recogiendo análisis y propuestas de personas vinculadas a las diferentes redes asistenciales, recursos, programas y también con personas expertas en las múltiples facetas que abarca esta materia. A partir de ahí, la Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas elabora el presente Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016, que ha sido discutido en varios grupos de trabajo, incorporando múltiples sugerencias y alcanzando un amplio grado de consenso.

Este Plan está en clara sintonía con todos aquellos planes-marco existentes a nivel europeo, nacional y autonómico y especialmente con la nueva Estrategia Nacional 2009-2016.

El Plan, cuyo horizonte de ejecución es el período 2010-2016, se articula en torno a dos concepciones estratégicas distintas y complementarias entre sí. En la primera se desarrollan, a partir de cinco grandes líneas maestras de actuación, un conjunto de acciones en su mayoría de carácter transversal que pretenden dar respuesta a los problemas y necesidades detectadas en nuestra Comunidad Autónoma.

En la segunda concepción se exponen aquellos programas monográficos referidos a problemas concretos (Tabaco, Alcohol, Cocaína) que por distintas razones consideramos prioritarios, frente a las cuales se desarrollarán intervenciones que abarcan todas las líneas de actuación.

Confiamos en que, con el apoyo y el trabajo de las administraciones públicas implicadas y las diversas entidades colaboradoras públicas y privadas, consigamos la finalidad última de este Plan, centrado en prevenir el consumo de drogas, disminuirlo progresivamente e incorporar a las y los drogodependientes a la sociedad asturiana, así como evitar o minimizar los daños que pueden causar las drogadicciones sobre las personas, sus familias y el entorno social del que forman parte.



ANTECEDENTES

PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016

ANTECEDENTES

La magnitud e importancia alcanzada por el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente desde la década de los 80, y los efectos que dicho consumo generó y genera sobre la salud individual y colectiva, así como la repercusión de dichos efectos sobre el entorno social, crearon la aparición de todo tipo de iniciativas en los más diversos ámbitos. Es preciso en este punto señalar dos cuestiones previas. Una es que, a pesar de hablar de sustancias en plural, el elemento desencadenante y diferenciador, en el sentido de crear un nuevo fenómeno hasta entonces desconocido, fue la crisis de la Heroína. Otra es que previamente a este nuevo fenómeno ya existía un grave problema social y de salud, en buena medida dejado de lado, motivado por el Alcohol y el Tabaco.

El nuevo fenómeno se pone de manifiesto a partir de los años 70 cuando España comienza a transformarse en un país de consumo y tiene su mayor agravamiento en la década de los 80, cuando se desencadena una verdadera epidemia en torno al consumo de Heroína.

Frente a esta situación se inicia una respuesta asistencial que pasa por distintos períodos y diversas tipologías de dispositivos, caracterizados por una amplia participación social a través de organizaciones de todo tipo, que abarcan prácticamente todos los ámbitos del problema, bien sea de forma general o interviniendo en aspectos concretos y en la que la administración pública juega un papel impulsor y coordinador.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

En el ámbito estatal, la situación generada por la epidemia de Heroína motiva la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas en el año 1985, articulado en aquel momento en torno a cuatro grandes objetivos:

- Reducción de la oferta y la demanda.
- Disminución de la inseguridad ciudadana.
- Oferta de una Red Pública de servicios de atención, suficiente y transparente para la sociedad en su conjunto.
- Coordinación y cooperación de las Administraciones e Instituciones Sociales implicadas en el problema.

Mientras el Plan Nacional sobre Drogas va ganando conocimiento, competencias y campos de actuación a lo largo de la década de los 90, en el mismo período comienzan a formarse y consolidarse una serie de cambios que van originando un replanteamiento de muchas de las premisas bajo las que se trabaja en este contexto. Estos cambios pueden sintetizarse en:

1. Tendencias: La heroína se estabiliza e incluso disminuye en su forma inyectable, aparecen las “drogas de síntesis” (MDMA y similares), la cocaína se incrementa ligeramente en población juvenil y sobre todo aumenta mucho la demanda de atención sanitaria por su causa; el cannabis aumenta en población juvenil y el alcohol, tabaco y psicofármacos siguen siendo las más extendidas y no se detectan disminuciones apreciables en su consumo.
2. Nuevos patrones de consumo: aparecen en la gente joven los consumos lúdicos, ligados a los fines de semana y a la diversión, que a menudo buscan consumos excesivos esporádicos (“binge”) y embriaguez intencionada, tanto en locales cerrados como en espacios abiertos, con un aumento de la visibilidad de este consumo abusivo.

3. Cambios en la percepción social del fenómeno: sobre todo caracterizados por la disminución de la "alarma social".

Como consecuencia de ello se realiza un replanteamiento general del Plan, sin desechar todos aquellos elementos que han demostrado su funcionamiento en estos años, que se plasma en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Esta estrategia se plantea trabajar sobre las siguientes áreas:

1. Reducción de la demanda: Prevención del consumo.
2. Reducción de los daños.
3. Asistencia e integración social.
4. Reducción de la oferta.
5. Cooperación internacional.
6. Coordinación.
7. Ámbito normativo.
8. Investigación y formación.
9. Funciones y órganos.
10. Evaluación y sistemas de información.
11. Financiación.

Terminada la vigencia de esta Estrategia Nacional, en enero de 2009 el Consejo de Ministros aprueba la nueva Estrategia Nacional 2009-2016 que va acompañada de un "Plan de Acción 2009-2012" en fase de aprobación definitiva. En esta nueva Estrategia cabe destacar el planteamiento de los principios rectores que la guían:

1. La consideración de la evidencia científica.
2. La participación social.
3. La intersectorialidad y la cooperación y coordinación de los distintos agentes.
4. La integralidad: todas las sustancias y todas las intervenciones.
5. La equidad: entendida como igualdad efectiva de toda la ciudadanía al acceso a programas y servicios.
6. El enfoque de género.

EL PLAN SOBRE DROGAS PARA ASTURIAS

Desde la perspectiva de la respuesta de la Administración, a mediados de la década de los 80 se pone en marcha el Plan de Acción Regional sobre Toxicomanías (PART), que se aprueba por Resolución 19/1 de la Junta General del Principado el 1 de febrero de 1985.

Este Plan de Acción comprendía 3 grupos de medidas: preventivas, terapéuticas y de rehabilitación y reinserción social.

El plan se entiende dentro de un marco amplio de promoción de la salud y explicita la necesidad de una acción coordinada e integrada a través de la participación activa de las Administraciones Públicas, Instituciones Sociales y la ciudadanía en general.

En el año 1992 la Junta General del Principado de Asturias aprueba la revisión del Plan. Esta revisión surge por un lado de la experiencia de 6 años con el Plan de Actuación, y por otro de las nuevas necesidades generadas por el avance de la infección VIH/SIDA y la flexibilización de los programas con sustitutivos amparados por el Decreto de febrero de 1990. Dicha revisión insiste en la asunción de la prevención tanto por las Administraciones Públicas como por el conjunto de la sociedad, además de dirigir las actuaciones preventivas a la ciudadanía en su conjunto, sin contradecir las actuaciones específicas o inespecíficas con grupos determinados.

Un aspecto importante de esta revisión es el planteamiento de la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela que ya no se concibe como un conjunto de actuaciones aisladas, sino como programas escolares permanentes. También incluye la necesidad de introducir la prevención de las drogodependencias en los programas de Salud Laboral y Seguridad en el Trabajo, en colaboración con las organizaciones sociales.

Esta revisión insiste en la necesidad de coordinación e integración de las actuaciones, creando una Comisión Técnica de Coordinación que realice un seguimiento de los programas ejecutados en cada Área y una Oficina de Coordinación del Plan.

En 2001, se lleva a cabo la revisión del Plan vigente hasta ese momento.

Fruto de la reflexión de todas las entidades implicadas en la materia, se genera un documento que el 10/01/2002 el consejo de Gobierno aprueba, bajo el nombre de Plan sobre Drogas para Asturias "Creando Futuro" con una vigencia entre 2001/2003. Dicho Plan parte de las siguientes premisas:

- Inexistencia de un modelo científico único de por qué algunas personas consumen drogas de forma continuada.
- Intervención de los poderes públicos equilibrada entre los derechos individuales y la protección de los derechos colectivos.
- Intervención que apuesta por aumentar las capacidades de las personas y de la sociedad.
- La situación de consumo de drogas en Asturias ha sufrido cambios recientes, aunque es similar a la española.

El Plan sobre Drogas para Asturias enuncia cuatro grandes objetivos generales:

- Limitar el número de personas que empiezan a utilizar drogas de forma continuada en Asturias.
- Reducir el número de personas que utilizan drogas de forma habitual en nuestra Comunidad.
- Disminuir de forma significativa la frecuencia de aparición de problemas de salud asociados al consumo de drogas, poniendo especial énfasis en reducir la mortalidad.
- Mejorar las condiciones sociales de las personas con problemas de drogodependencia.

Se definen 4 grandes líneas políticas de actuación que amparan a las 19 estrategias de intervención y a las 76 iniciativas que las desarrollan.

Estas cuatro grandes líneas son:

1. Trabajar con la sociedad en articular una respuesta social organizada frente a los problemas derivados del consumo de drogas en Asturias.

2. La prevención como prioridad.
3. Una oferta de servicios de tratamiento centrada en las necesidades de las personas y de calidad.
4. Abrir vías permanentes para la incorporación social efectiva de las personas con problemas de drogodependencias.

Partiendo de estas premisas, planteamiento y objetivos, el elemento más importante del Plan, es que por primera vez se aglutinan en un documento y por ende en una línea de trabajo conjunta, las actividades de todo tipo que se desarrollan respecto a las drogas en el ámbito de nuestra Comunidad y proporciona el marco para las nuevas intervenciones que se propongan.

Desde esa fecha a la actualidad, considerando la situación general, la evolución del fenómeno en Asturias no presenta diferencias importantes sobre la evolución en España. En el año 2002 el Plan sobre Drogas para Asturias ya señalaba como hechos relevantes de la situación los siguientes:

- a. Cambios en los perfiles sociodemográficos de las personas consumidoras: mayor integración social, contexto lúdico, mayor participación de las mujeres.
- b. Preeminencia del consumo de drogas legales.
- c. Pérdida de fuerza de la heroína y auge de la cocaína.
- d. Introducción y extensión de las drogas de síntesis.
- e. Aumento del policonsumo.
- f. Cambios en la percepción social de las drogodependencias.
- g. Mercado bien abastecido.

Como se puede ver, todo ello similar a la evaluación de la situación en el ámbito estatal.

LA ADMINISTRACIÓN LOCAL Y LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGAS

En el año 1991 aparecen los primeros Planes Municipales sobre Drogas (PMDs en lo sucesivo) en las 5 entidades municipales principales de Asturias: Avilés, Gijón, Mieres, Oviedo y Mancomunidad del Valle del Nalón. Su actividad se orienta básicamente al campo de la Prevención, aunque también en algunos casos comprende actividades en programas de Reducción de Riesgos, o colaboran en algunas cuestiones asistenciales. Desde entonces han ido experimentando un crecimiento paulatino, fundamentado a partir del año 2001 en la apuesta que realiza sobre los mismos el Plan sobre Drogas para Asturias al plantear su potenciación en la iniciativa 14. Así, en el año 2009 existen en Asturias 29 PMDs, implicando a 53 Ayuntamientos que comprenden el 90% de la población de Asturias y para los que el Plan sobre Drogas destina 1 millón de euros de presupuesto. Las actividades más relevantes que realizan son:

1. Información, sensibilización y asesoramiento de la ciudadanía.
2. Actuaciones preventivas en el ámbito escolar y en poblaciones de riesgo.
3. Formación de profesionales, mediadores y agentes sociales.
4. Promoción y cooperación con el movimiento asociativo.

5. Incorporación sociolaboral a partir de los recursos del concejo.
6. Coordinación de todas las actividades que se desarrollen en el concejo en el ámbito de las drogas.

ADMINISTRACION PENITENCIARIA: CENTRO PENITENCIARIO DE VILLABONA

El Centro Penitenciario de Villabona viene desarrollando desde los años noventa diversas actuaciones en el ámbito de las drogodependencias como son el Programa de Mantenimiento con Metadona (1997), el Programa de Deshabitación con Antagonistas, el Programa de Intercambio de jeringuillas (2001) o los distintos Programas de Educación para la Salud.

No obstante su más importante eje de intervención en la materia es la consecución de los Módulos Libres de Drogas realizados a través de la Unidad Terapéutica y Educativa en los que, siguiendo un modelo innovador dentro de los Centros Penitenciarios, se establece un marco de co-gestión entre el personal del Centro y la población interna teniendo como unidad básica de actuación los grupos de terapia y apoyo. En la actualidad ya existen 2 Módulos de este tipo, se está trabajando en la apertura de un tercero y el modelo está alcanzando una proyección llamada a convertirlo en un referente nacional e internacional.

EVALUACIÓN DEL PLAN SOBRE DROGAS PARA ASTURIAS

El Plan “Creando Futuro”, aunque en principio marcaba como objetivo el año 2003, ha permanecido vigente a lo largo de la década, constituyendo el referente de las actuaciones realizadas a lo largo de la misma.

En el año 2006 se ha realizado una Evaluación del Plan sobre Drogas para Asturias dirigida por el Grupo de Investigación sobre Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo.

Los resultados de esta evaluación han puesto de manifiesto tanto avances y logros como problemas y carencias que abordar de cara al futuro.

Entre los logros del Plan debe señalarse la extensión y desarrollo a lo largo de la década de actividades y programas en prácticamente todos los ámbitos de las drogodependencias. Así en el ámbito preventivo se han desarrollado los Planes Municipales de Drogas, los programas específicos en la Enseñanza, las Escuelas de Familias y los programas de ocio alternativo. En el campo de la disminución de riesgos y la reducción de daños cabe señalar el desarrollo de programas orientados a jóvenes y los programas de accesibilidad con unidades móviles, trabajo de calle y oficinas de farmacia. En el campo de la asistencia socio-sanitaria el incremento de la oferta asistencial, los programas de objetivos intermedios para personas usuarias de metadona o el servicio de atención en los juzgados a drogodependientes, así como los recursos de acogida a personas en situación de marginación. En el campo de la inserción social la creación de los pisos de inserción. Por último la evaluación destaca la consolidación de los cauces de participación social en la respuesta a las drogodependencias.

En las propuestas de problemas y necesidades de mejora cabe señalar el escaso desarrollo de los programas de prevención comunitaria, la mejora de los programas de prevención escolar, el impulso a los Planes Municipales de Drogas para que alcancen a todo el territorio, se consoliden allí donde ya están implantados y realicen actividades sujetas a una planificación interna y una coordinación externa rigurosas. También se señala la importancia de impulsar una oferta amplia de programas de prevención familiar. En el terreno asistencial se señala la necesidad de recursos y protocolos suficientes para el tratamiento del Alcoholismo y la Cocaína, la implicación mayor de la Atención Primaria y la extensión de los tratamientos protocolizados en los centros asistenciales concertados.



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

> EL OBSERVATORIO SOBRE DROGAS PARA ASTURIAS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

El Plan sobre Drogas “Creando Futuro” 2001-2003 contemplaba en su Iniciativa 6 la creación del Observatorio de Drogas para Asturias, definiéndolo como una unidad funcional de la Sección de Información Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública cuyo objetivo es aportar información fidedigna para la toma de decisiones en los distintos niveles e informar a la sociedad de la tendencia del problema y el impacto de las actuaciones a través de la realización y coordinación de los estudios que se consideren necesarios.

Desde su primer Informe en el año 2001 el Observatorio ha realizado (en colaboración con la UCPD) los Informes Generales (conocidos como InfoDrog) de los años 2001, 2003, 2006 y 2008 en los que se integra toda la Información procedente de las fuentes disponibles en el Principado de Asturias tanto en el uso como en los distintos Programas, Oferta y Control y consecuencias (Estimación de la Mortalidad Atribuible al Consumo). En el último Informe (2008) se ha añadido un capítulo sobre experiencia de Buenas Prácticas en Tratamiento y Rehabilitación.

En este último Informe, para valorar los usos y tendencias, se ha partido de las Encuestas dirigidas por el PNSD (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España [EDADES] y Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias [ESTUDES]) en las que se ha ampliado la muestra para Asturias; a las que se ha unido la Encuesta de Salud para Asturias realizada en 2008. El Informe recoge también información de los PMDs, los programas de prevención, los programas asistenciales y de reducción de daños y riesgos, de la Delegación del Gobierno sobre oferta y control, ventas de tabaco y alcohol, etc.

Además el Observatorio ha realizado estudios monográficos sobre diversos aspectos de las Drogodependencias en Asturias, se ha constituido un Consejo Asesor del mismo para colaborar en sus tareas y se está planteando realizar junto con otras instituciones y organismos proyectos de investigación sobre la materia.

Con todo ello el Observatorio se ha consolidado como el órgano central y fuente principal de la Información sobre Drogas en Asturias y sobre todo ha conseguido integrar todos los canales de información sobre el problema de las drogas, siendo hoy por hoy la única fuente de información completa e integral en toda Asturias.

Por otra parte, se han realizado estos años avances importantes en la información que se recibe de los distintos dispositivos existentes, tanto públicos como concertados, pero todavía existen carencias, especialmente en cuanto a la estandarización y homogeneidad de la misma. En el año 2010 el Plan Nacional va a comenzar a desarrollar la experiencia de obtención directa de información de los dispositivos existente en cada CCAA a través de un programa web, lo que, además de disminuir la carga de trabajo puede redundar en el futuro en una mejora de la calidad y la homogeneización de la información.

Las fuentes de datos actuales, particularmente las Encuestas que analizan consumos y conductas frente a las drogas se han consolidado como una fuente primaria de información esencial para entender el fenómeno y su evolución. Sin embargo, al estar basadas esencialmente en la población general o en grandes grupos de la misma, no permiten analizar fenómenos de baja o muy baja incidencia en los tamaños y diseños muestrales que se utilizan para Asturias, pudiendo hoy por hoy, extraerse conclusiones razonables sobre Tabaco, Alcohol, Hipnosedantes y Cannabis, pero no tanto sobre las demás, incluidas la Cocaína y la Heroína. Probablemente deben diseñarse herramientas más específicas para estas sustancias.

Todos los datos apuntan a una clarísima diferencia de género en todos los consumos y sus consecuencias. Es esencial incorporar la perspectiva de género en los Sistemas de Información y en los análisis, ya que lógicamente comportamientos y pautas diferentes tienen a su vez diferentes consecuencias para el diseño de las estrategias futuras.

Otra cuestión importante la constituye la información a facilitar para atender las demandas, así como la recopilación, clasificación y difusión de la documentación existente sobre el problema. Tanto en uno como en otro sentido se han registrado avances, como la edición del Boletín "Creando Futuro" y las nuevas experiencias sobre comunicación "on line" tanto con los Planes Municipales de Drogas (PMDs) como con las ONG a través del Foro Asturiano de ONGs.

> CONSUMOS EN ASTURIAS.

ALCOHOL

Prevalencia

La droga más consumida en Asturias es el Alcohol, que muestra en la ESA 2008 una prevalencia en población adulta del 40% (consumo en los últimos treinta días).

Sexo

Otro factor importante es la acusada diferencia de género en todos los parámetros, hasta el punto de que dificulta hablar de tasas en población general pues no revelan la situación real de cada sexo.

Tabla 1: Distribución de consumo de alcohol por sexo y tipología de consumo en mayores de 16 años. ASTURIAS 2008

TIPOS DE CONSUMO	HOMBRE	MUJER
Consumo últimos 30 días	52 %	30%
Consumo días laborables	60%	38%
Consumo fin de semana	85,4%	76,4%
Consumo elevado*	11%	1,7%
Abstemia/o	34%	62,7%

*Consumo elevado= alto + excesivo + gran riesgo= más de 4 UBE/día H - 3 UBE/día M
Fte.: ESA 2008,

En población adulta los hombres consumen más alcohol en todos los parámetros, dándose la mayor diferencia en consumo elevado (>4 UBE/día hombres, >3 UBE/día mujeres) que afecta al 11% de los hombres y apenas al 2% de las mujeres. Las mujeres presentan una diferencia más acusada entre el consumo diario y el de fin de semana, en el que se duplica la tasa de bebedoras. En los hombres también aumenta el consumo de fin de semana pero no tanto.

Jóvenes

En estudiantes de 14 a 18 años la situación se invierte, en algunos parámetros, si bien es cierto que las diferencias son sensiblemente inferiores a las que se registran en la población mayor de 16 años. Las mujeres jóvenes tienen más prevalencia general (consumo últimos 30 días), mayor consumo el fin de semana y mayor

frecuencia de borracheras en los últimos 30 días. Los hombres jóvenes tienen mayor consumo los días laborales y son más bebedores a diario.

Tabla 2: Distribución de consumo de ALCOHOL por sexo y tipología de consumo en estudiantes de 14 a 18 años. Asturias 2008

	HOMBRE	MUJER
Consumo ÚLTIMOS 30 días	66,3%	71,5%
Consumo días laborales	32,7%	21,4%
Consumo fin de semana	68,3%	72%
Frecuencia borrachera en últimos 30 días	31,3%	33%
Consumo a diario	9,9%	3%

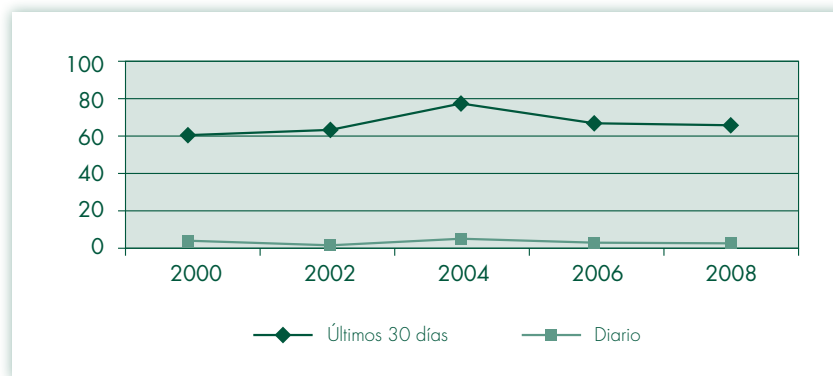
Fie.: ESTUDES 2008,

Tendencia

En población adulta en Asturias y de acuerdo con los datos de la Encuesta de Salud de Asturias (ESA), no disminuye la proporción de personas consumidoras, que ha pasado del 10% en 2002 al 13% en 2008 en el caso del consumo a diario, al contrario de la tendencia apuntada en la Estrategia Nacional para España.

En personas jóvenes, al contrario que la población adulta, se produce un descenso de todos los indicadores de consumo para ambos sexos en el año 2006 frente a la tendencia creciente que venía mostrándose desde el año 2000 al 2004.

Figura 1: Evolución del consumo de Alcohol "últimos 30 días y "a diario" en estudiantes de 14 a 18 años. Asturias. ESTUDES 2000 a 2008



Edad de Inicio

La edad media de inicio al consumo es a los 13,8 años, es similar para ambos sexos y está estabilizada desde el año 2000. Un año más tarde (14,8) comienza el consumo semanal con iguales características.

TABACO

Prevalencia

El Tabaco ocupa el segundo lugar en el consumo de sustancias - aunque el primero en consecuencias para la salud – con un 28% de personas que fuman diariamente.

Sexo

También en este caso existen diferencias por sexo, aunque no tan acusadas como en el caso del alcohol.

Tabla 3: Distribución porcentual de consumo de TABACO por sexo y tipología de consumo en mayores de 16 años. Asturias 2008

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Fumo diariamente	31,7	24,2	27,8
Fumo, pero no diariamente	3,1	2,2	2,6
No fumo actualmente, pero he fumado antes	25,8	7,7	16,3
No he fumado nunca	39,3	65,9	53,3

Fte.: ESA 2008,

En la población adulta fuman más los hombres que las mujeres. Donde mayor diferencia existe es en las personas que no han fumado nunca donde la tasa de mujeres (66%) es muy superior a la de hombres (<40%).

Jóvenes

Al igual que en algunos parámetros del Alcohol, en la población juvenil la situación se invierte pasando a fumar más las mujeres que los varones en los consumos esporádicos, aunque en el consumo diario no hay diferencias significativas.

Tabla 4: Distribución porcentual de consumo de TABACO por sexo y tipología de consumo en estudiantes de 14 a 18 años. Asturias 2008

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Alguna vez	41,9	45,6	43,7
Últimos 12 meses	35,1	40,5	37,7
Últimos 30 días	28,5	33,4	30,9
Diario	13,4	13,1	13,3

Fte.: ESTUDES 2008,

Tendencia

Tanto en población adulta como joven hay un descenso de las prevalencias de consumo de tabaco a lo largo de la década, en el caso de la población joven más acusado en mujeres y a partir de 2004.

Figura 2: Evolución del consumo de Tabaco DIARIO por sexo en estudiantes de 14 a 18 años. Asturias 2000-2008



Fig.: ESTUDES 2000 a 2008

Edad de inicio

La edad de inicio media son los 13,1, similar para ambos sexos y estable en la última década y lo mismo puede decirse para la edad media de consumo diario situada en los 14,2 años.

HIPNOSEDANTES

Prevalencia

El tercer lugar en el consumo de sustancias psicoactivas lo ocupa el grupo de sustancias de uso y consumo farmacéutico mediante receta (teóricamente obligatoria para poder ser adquiridas) con casi un 14% de población adulta consumidora habitual.

Sexo

Hay una gran diferencia por sexo, con un consumo que casi duplica en las mujeres (17,8%) a los hombres (9,35%) en población adulta. También aumenta el consumo con la edad, de forma que de la combinación de ambos factores, casi el 30% de las mujeres mayores de 64 años consumen de forma habitual.

Tabla 5: Distribución porcentual de consumo de HIPNOSEDANTES "en los últimos 15 días" por sexo y procedencia del fármaco en mayores de 16 años. Asturias 2008

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
TOTAL	9,3	17,8	13,8
Recetadas médico/a	8,7	17,1	13,2
Prescritas farmacéutico/a	0,3	0,3	0,3
Autoprescritas	0,3	0,6	0,4

Fig.: ESA 2008,

Jóvenes

Casi 1 de cada 6 jóvenes declara haber tomado tranquilizantes “alguna vez en la vida”, sin que se aprecien diferencias significativas por sexo. En esta cuestión hay un cambio importante en los datos de 2008 (ESTUDES2008) pues en las encuestas anteriores había una mayor prevalencia en mujeres jóvenes en los 3 parámetros.

Tabla 6: Prevalencia de consumo de HIPNOSEDANTES por sexo en estudiantes de 14 a 18 años. Asturias 2008

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Alguna vez	16,0	16,2	16,1
Últimos 12 meses	11,9	9,6	10,8
Últimos 30 días	5,7	5,1	5,4

Fte.: ESTUDES 2008,

Tendencia

Como puede verse en la Tabla, la tendencia en la población joven es claramente hacia un aumento del consumo en los tres parámetros estudiados.

Tabla 7: Evolución de consumo de HIPNOSEDANTES en estudiantes de 14 a 18 años. Asturias 2004-2008

	2004	2006	2008
Alguna vez	8	11,9	16,1
Últimos 12 meses	5,3	6,7	10,8
Últimos 30 días	3,5	3	5,4

Fte.: ESTUDES 2008,

Edad de inicio

La edad media en que se comienzan a consumir hipnosedantes en general son los 14,1 años, siendo más temprana en las chicas, 13,8 años, por 14,5 en los chicos. En las personas consumidoras sin receta médica, la media de edad declarada es algo mayor y nuevamente las primeras declaran una edad de inicio inferior, 14,2 años frente a 15,1 en los hombres.

CANNABIS

Prevalencia

Aunque es la droga de comercio ilegal más consumida en Asturias, sus cifras son inferiores a las del conjunto de España (Estrategia Nacional 2009-2016). Así la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses según la encuesta EDADES 2007 (con muestra ampliada para Asturias) es del 6% de la población adulta frente al 9,2% del conjunto de España. Igualmente el consumo diario es del 1% frente al 1,6%.

Sexo

Como en todos los demás casos la diferencia de género persiste, superando en algunos indicadores en más del doble el consumo de hombres al de mujeres.

Tabla 8: Distribución porcentual de consumo de CANNABIS por sexo y tipología de consumo en población de 15 a 64 años. ASTURIAS 2007

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Alguna vez	23,6	16,0	19,6
Últimos 12 meses	7,7	4,3	6
Últimos 30 días	6,5	2,6	4,6
Diario	1,4	0,5	1

Fte.: EDADES 2007,

Jóvenes

Para los estudiantes de 14 a 18 años los comportamientos generales son los mismos aunque los niveles de consumo son muy superiores salvo en el consumo diario.

Tabla 9: Distribución porcentual de consumo de CANNABIS por sexo y tipología de consumo en estudiantes de 14 a 18 años. ASTURIAS 2008.

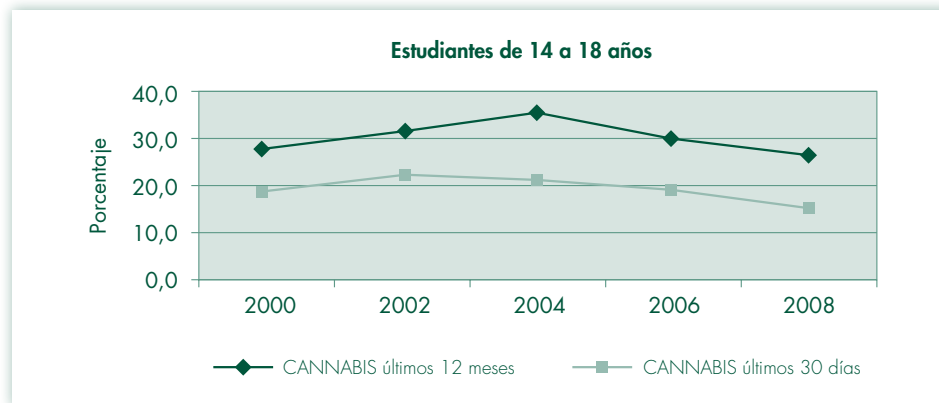
	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Alguna vez	32,5	26,3	28,9
Últimos 12 meses	29,5	22,4	25,6
Últimos 30 días	17,6	14	15,2
Diario	1,3	1,4	1,4

Fte.: ESTUDES 2008,

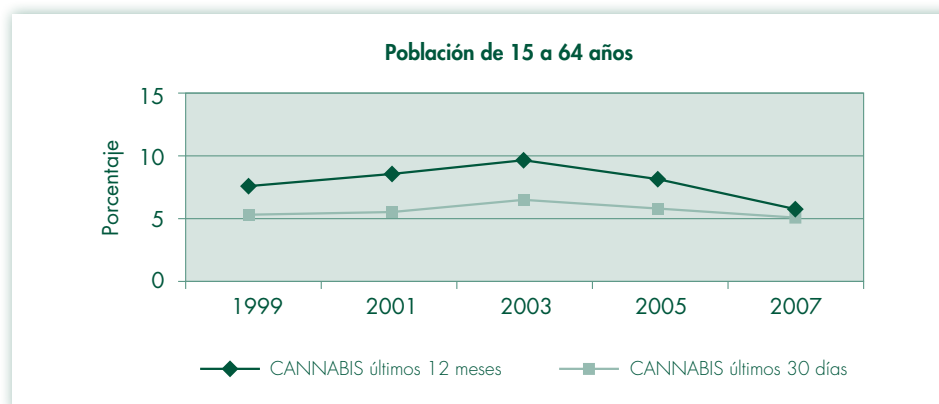
Tendencia

Al igual que en España la tendencia se hace descendente desde 2003-2004, tanto para población adulta como joven situándose en niveles inferiores al inicio de la década

Figura 3: Evolución del consumo de Cannabis. Arriba estudiantes de 14 a 18 años. Asturias 2000-2008. Debajo población de 15 a 64 años. Asturias 1999-2007



Fte.: ESTUDES 2000 a 2008



Fte: EDADES 1999 a 2007

Edad de inicio

La edad media de inicio es la más temprana de las drogas ilegales situándose próxima a los 14 años (14,4 años), siendo un poco antes en los chicos que en las chicas. No se aprecian variaciones significativas respecto a otros años.

COCAÍNA

Prevalencia

Después del cannabis es la droga más consumida aunque el nivel de consumo detectado es muy inferior. De hecho prácticamente no se detecta consumo diario en las encuestas que manejamos, por lo que no se incluye el dato en las Tablas correspondientes. Para población adulta los datos de Asturias son inferiores a los de España.

Sexo

La diferencia de género en este caso es abrumadora, de forma que en algunos parámetros se puede hablar de consumo casi exclusivamente masculino.

Tabla 10: Distribución porcentual de consumo de COCAÍNA por sexo y tipología de consumo en población de 15 a 64 años. Asturias 2007

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Alguna vez	8,4	1,7	5,0
Últimos 12 meses	2,6	0,5	1,6
Últimos 30 días	2,2	0,2	1,1

Fte.: EDADES 2007

Jóvenes

Los datos de consumo en jóvenes son superiores, y especialmente en el caso de las mujeres. En conjunto son similares a los de España.

Tabla 11: Distribución porcentual de consumo de COCAÍNA por sexo y tipología de consumo en estudiantes de 14 a 18 años. ASTURIAS 2008.

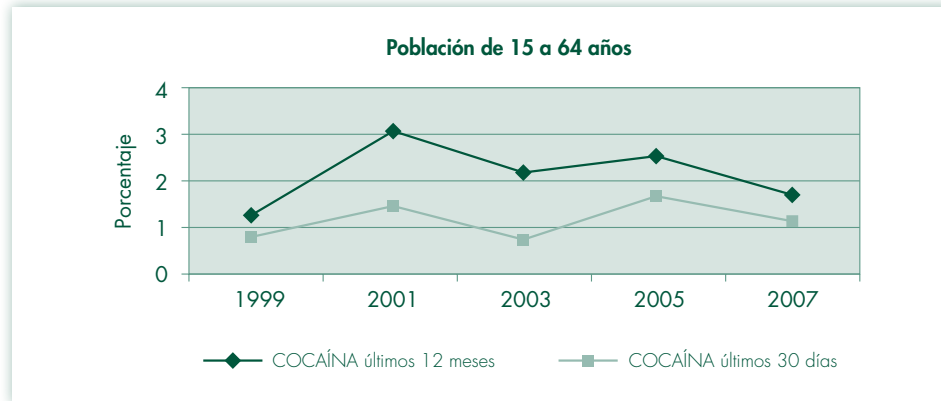
	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Alguna vez	9,8	4,4	7,2
Últimos 12 meses	5,8	2,8	4,4
Últimos 30 días	1,5	1,4	1,5

Fte.: ESTUDES 2008,

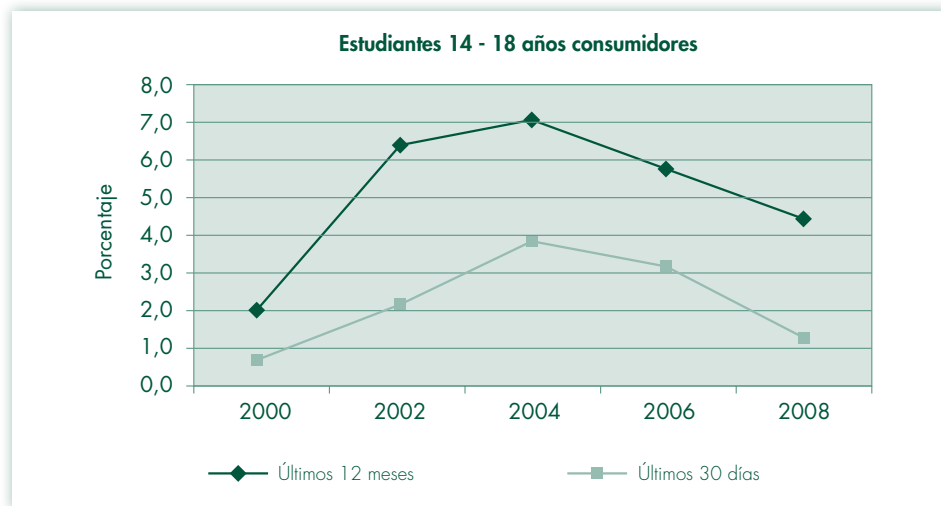
Tendencia

La evolución del consumo de Cocaína es similar a la del Cannabis en la población juvenil, con un aumento al inicio de la década y un descenso sostenido desde los años 2003-2004. En la población adulta sigue una evolución más compleja aunque también parece tender al descenso en la segunda mitad de la década.

Figura 4: Evolución del consumo de COCAÍNA. A la derecha en estudiantes de 14 a 18 años. Asturias 2000-2008. Arriba población de 15 a 64 años. Asturias 1999-2007



Fte.: EDADES 1999 a 2007



Fte.: ESTUDES 2000 a 2008

Edad de inicio

La edad media de inicio para Cocaína es un poco más tardía que en el caso anterior y se sitúa en los 15,5 años, sin diferencias por sexo y similar a la del resto del territorio nacional (15,4).

RESTO DE SUBSTANCIAS

Problemas en la estimación de los datos

Como señalamos en apartados anteriores, los datos de prevalencia que se obtienen de las encuestas utilizadas son tan bajos que no permiten extraer conclusiones claras en términos evolutivos, especialmente en población adulta. Por otra parte, el modelo de encuesta poblacional tiende a infravalorar estos consumos ya que en la selección de la muestra a partir de los circuitos censales no es fácil captar estas poblaciones consumidoras. Probablemente en el futuro deban diseñarse estudios específicos tanto sobre sustancias como sobre poblaciones diana.

Jóvenes y Tendencia

Con las cautelas señaladas podemos establecer algunos parámetros en población joven (estudiantes de 14 a 18 años). Como datos más relevantes hay una tendencia a la estabilización en torno al 1,0% (últimos 30 días) para el éxtasis (MDMA); una disminución desde 2002 del consumo de anfetaminas que se sitúa en 2006 en los niveles más bajos de toda la serie con el 1,0% (últimos 30 días); una estabilización igualmente para los alucinógenos en el 1,7% (mismo indicador) y una disminución respecto a 2004 del consumo de sustancias volátiles aunque mantiene niveles altos en la serie debido a que en 2004 se había recogido un aumento importante.

Edad de inicio

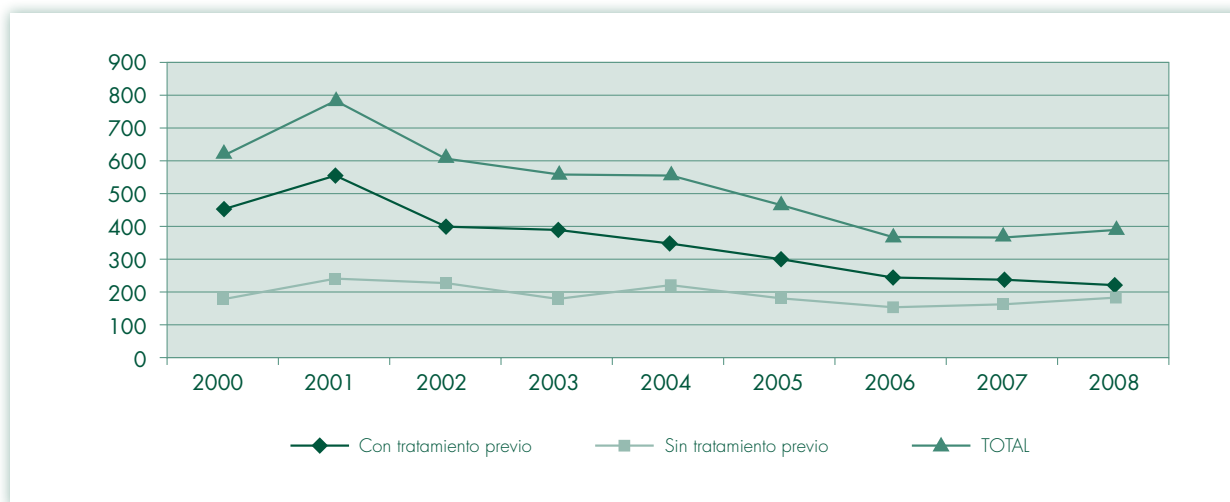
Para las sustancias a las que nos referimos en este apartado (éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, volátiles) la edad de inicio se sitúa en torno a los 15 años. En el caso de la Heroína no se detectan consumos en estas edades (14 a 18 años).

> IMPACTO: LAS CONSECUENCIAS DE LOS CONSUMOS EN ASTURIAS

Admisiones a Tratamiento por sustancias distintas del Alcohol

Las Admisiones a Tratamiento en los dispositivos que cumplen los criterios de notificación del Observatorio Español sobre Drogas han disminuido de forma constante desde el año 2001 pasando de 786 en ese año a 394 en el año 2008 (50%). La disminución se sustenta más en las personas con tratamiento previo, que se han reducido en más del 60% pasando de 552 (2001) a 216 (2008); que en los casos de nuevas admisiones que se mantienen más constantes.

Figura 5: Evolución de los casos Admitidos a Tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Asturias 2000-2008.



Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. SINTE

Esta evolución tiene implicaciones importantes, ya que significa que si en el año 2000 solamente el 27,5% de las personas admitidas a tratamiento eran nuevos casos, en el año 2008 son nuevos más del 45%.

En 2008 las 394 Admisiones suponen una tasa global de 39 casos por 100.000 habitantes y sitúan Asturias entre las CCAA con las tasas más bajas, con La Rioja y Navarra.

La situación, sin embargo, es diferente en función de las sustancias que motivan el tratamiento, según los datos de los que disponemos desde 2003.

Así, las Admisiones por Heroína disminuyen de forma constante en los últimos años y para ambos sexos (Tabla 10):

Tabla 10: Admisiones a tratamiento por Heroína según sexo (2003 a 2008).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
H	272	221	202	187	188	146
M	46	33	29	30	23	22

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. SINTE

Las motivadas por Cocaína tienen un comportamiento más estable y que en todo caso no implica una disminución sostenida. En las Mujeres se mantiene más o menos constante y en los Hombres aumenta hasta el año 2005, desciende en 2006 y 2007 y vuelve a aumentar en 2008 (Tabla 11):

Tabla 11: Admisiones a tratamiento por Cocaína según sexo (2003 a 2008).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
H	148	147	152	140	109	123
M	30	20	26	19	19	19

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. SINTE

En ambos casos hay una importante diferencia de género siendo el número de Mujeres admitidas a tratamiento entre 6 y 7 veces inferior al de Hombres.

Para el resto de las sustancias los números son tan bajos que no permiten determinar tendencias.

Por último cabe señalar que el perfil de las personas en tratamiento cambia radicalmente según se trate de casos nuevos o personas tratadas anteriormente. Así mientras que los nuevos casos se deben mayoritariamente a la Cocaína y en ellos el porcentaje de Cannabis es relevante, en el caso de reincidencias la heroína es muy mayoritaria. Todo ello expresa la situación apuntada en apartados anteriores respecto a la emergencia de la Cocaína como principal sustancia causante de problemas y a la persistencia de una población de heroinómanos procedentes de etapas anteriores.

Admisiones a Tratamiento por Alcohol

En el año 2008 fueron admitidas a tratamiento por problemas con el Alcohol 492 personas, frente a las 602 de 2003. Algo menos de la mitad (46%) eran Nuevas Admisiones y las restantes (54%) tenían tratamientos previos.

Tabla 12: Admisiones a tratamiento por Alcohol según sexo (2003 a 2008).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
H	518	584	464	534	374	402
M	84	105	81	107	78	90
TOTAL	602	689	545	641	452	492
% mujeres	14,0%	15,24%	15%	16,7%	17,3%	18,3%

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. SINTE

Aunque la diferencia por sexo es muy apreciable y los hombres constituyen siempre más del 80% de las admisiones a tratamiento, debe observarse que la disminución general de admisiones se debe casi exclusivamente a los hombres, mientras que la cifra en mujeres es más constante, de forma que las mujeres van representando un porcentaje cada vez mayor de las admisiones a tratamiento, pasando del 14% en 2003 a más del 18% en 2008.

Urgencias Hospitalarias

Se recogieron 268 episodios de urgencias en Asturias en 2008, lo que supone una tasa de 25 episodios por 100.000 habitantes. No se aprecia ninguna tendencia relevante en los datos de la década (Tabla 13)

Tabla 13: Episodios de Urgencias Hospitalarias según sexo. Asturias 2003 a 2008.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
H	227	156	283	292	212	226
M	31	33	38	34	39	42
TOTAL	258	189	321	326	251	268

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. SINTE

Respecto a las sustancias psicoactivas mencionadas en la Urgencia, se compara los datos de Asturias con los obtenidos en España, ambos del 2007 ya que son los últimos disponibles. Los datos son algo diferentes a los de España, especialmente en el caso de la Heroína.

Tabla 14: Episodios de Urgencias Hospitalarias: SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DETECTADAS. Comparación Asturias - España 2007

	Cocaína	Alcohol	Heroína	Otros Opiáceos	Hipnosedantes	Cannabis
ASTURIAS	49,7%	43,1%	7,6%	32,6%	30,1%	20,5%
ESPAÑA	46,6%	29,9%	28,9%	27,4%	24,6%	27,9%

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. Observatorio Español sobre Drogas.

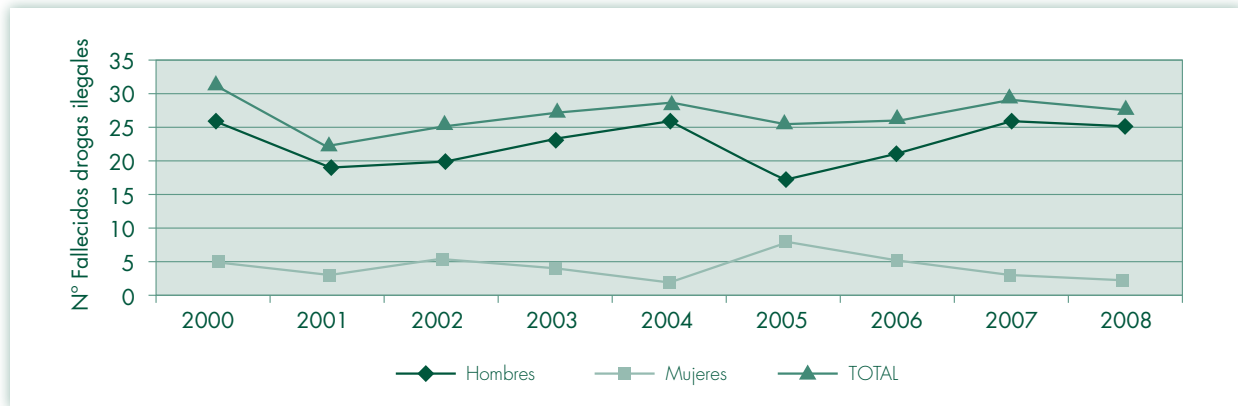
También es distinta la Tasa de Urgencias ya que frente a una tasa de 16,1 episodios por 100.000 habitantes para España en 2006, en Asturias fue prácticamente el doble (31 por 100.000).

Mortalidad Atribuible a Drogas

Mortalidad por Drogas de comercio ilegal

En el año 2008 fallecieron por reacción aguda a sustancias psicoactivas 25 hombres y 2 mujeres, lo que supone una Tasa Bruta Total de 2,4 fallecimientos por 100.000 personas (5,0 por 100.000 hombres y 0,4 por 100.000 mujeres). Estas cifras son más o menos estables en la década 2000 e inferiores a las de la década de los 90.

Figura 6: Evolución de la mortalidad por drogas ilegales en Asturias 2000-2008.

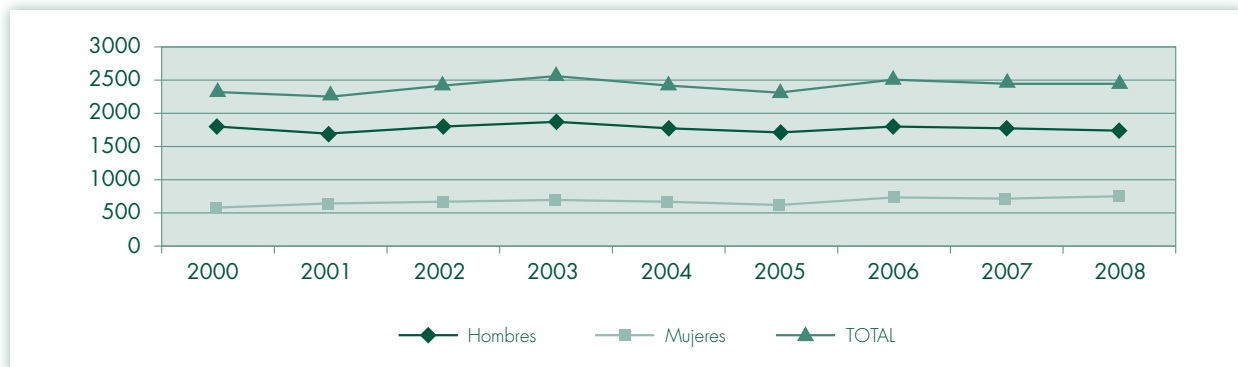


Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. SINTE

Mortalidad atribuible a Tabaco

En 2008 se produjeron en Asturias en torno a 2.453 fallecimientos atribuibles al Tabaco de los que 1.736 serían en hombres y 717 en mujeres, lo que representa el 27,2% de todos los fallecimientos de hombres y el 11,5% de mujeres.

Figura 7: Evolución mortalidad atribuible a Tabaco (estimación). Asturias 2000-2008.



Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. Registro de mortalidad CSySS.

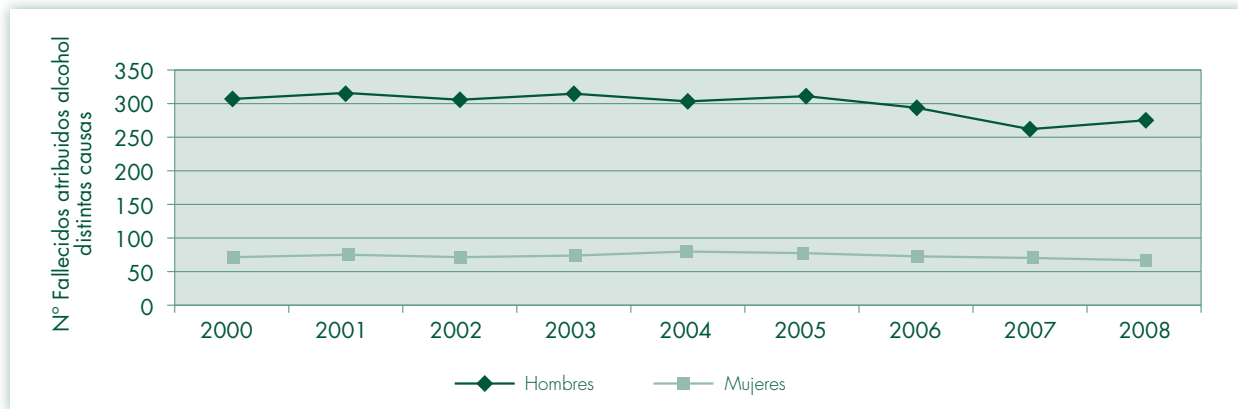
La evolución es estable a lo largo de la década en los Hombres (1736 casos en 2008 frente a 1767 en 2000) mientras que en las Mujeres muestra una evolución ligeramente ascendente (717 en 2008 frente a 555 en 2000).

Otra diferencia importante es que en hombres la primera causa de muerte atribuida son los Tumores mientras que en mujeres son las enfermedades Cardio-vasculares.

Mortalidad atribuible a Alcohol

En cuanto al Alcohol para el año 2008 se calculan 277 muertes atribuidas en hombres y 66 en mujeres.

Figura 8: Evolución de la mortalidad atribuible a Alcohol (estimación). Asturias 2000-2008.



Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias

Nuevamente en este caso las tendencias son diferentes según el sexo, siendo muy estable en Mujeres a lo largo de toda la década (siempre entre 70 y 80 casos), mientras que en los Hombres es constante por encima de 300 hasta 2005 para empezar a iniciar un descenso en 2006 y 2007, manteniéndose en 2008.

> LA OFERTA: TRÁFICO Y CUESTIONES JUDICIALES

Hablar de forma diferenciada de los Indicadores de Oferta sobre Drogas en el ámbito de una Comunidad Autónoma es siempre un tanto especulativo, ya que no suele ser posible diferenciarla de un contexto estatal al que está lógicamente abierta, salvo que reúna características muy peculiares de receptación o tráfico ilegal, lo cual no es, hasta donde sabemos, el caso de Asturias, Comunidad a la que corresponden en el año 2006 el 0,03% de los decomisos de Cocaína en España, lo que la sitúa entre las 4 CCAA más bajas.

Con estas premisas lo que más sentido tiene es exponer indicadores de tendencias y clasificaciones internas que ayuden a perfilar la situación.

Los decomisos en conjunto muestran una tendencia creciente pasando de 1.700 en 2003 a 3.600 en 2006 y 7.811 en 2008.

Las principales sustancias intervenidas son el Hachís y la Cocaína. La Heroína tiene una evolución en "dientes de sierra" con incrementos en el decomiso cada 2-3 años pero que en ningún caso constituyen cifras importantes.

En cuanto al orden social las detenciones también se incrementan desde 2003 (197) hasta 2007 (415) volviendo a disminuir en 2008, aunque los procedimientos judiciales se mantienen estables, siendo prácticamente los mismos en 2003 y 2008, en torno a 165.

Esta diferencia puede deberse en parte a cambios tácticos en el procedimiento de la lucha jurídico-policia contra la droga (en los últimos años realizan agrupaciones de detención de redes de tráfico completas, lo que se conoce en los medios como “macrojuicios”).

Por último los informes de la DGT respecto a los indicadores de alcoholemias positivas en conductores, nos muestran que el número de infracciones por alcoholemia positiva se mantiene elevado (2008 es el tercer año mayor de la década) y los accidentes en los que se encuentra alcoholemia positiva constituyen un porcentaje cada vez mayor del total de accidentes, llegando en 2008 hasta el 34%.

Tabla 15: Diligencias y denuncias en Asturias por alcoholemias superiores al límite legal. Años 2000-2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ACCIDENTES TOTALES	1579	1653	1687	1607	1481	1497	1652	1451	1300
ACCIDENTES con Alcoholemia positiva	391	407	438	579	423	367	445	384	443
% Accidentes con Alcoholemia positiva respecto al total	24,76	24,62	25,96	36,03	28,56	24,52	26,94	26,46	34,08
INFRACCIONES (por Alcoholemia positiva)	-	-	2.526	3.001	3.182	3.454	3.828	3.201	3.356
Negativa a prueba de alcoholemia	57	53	41	49	88	58	63	63	83

Fuente: DGT. Jefatura Provincial de Tráfico de Asturias

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ACTUACIONES
DEL PLAN SOBRE DROGAS

PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016

SITUACION ACTUAL DE LAS ACTUACIONES DEL PLAN SOBRE DROGAS.

PLAN SOBRE DROGAS PARA ASTURIAS (PSD).

Un aspecto esencial del Plan sobre Drogas para Asturias es el elevado número de organizaciones y organismos que operan en todos los órdenes de las drogodependencias y que son muy diversos tanto en el entorno social como dentro de las propias Administraciones Públicas. Esto constituye en términos sociales uno de los logros más importantes del Plan, como es el de conseguir la participación y la integración social en sus más diversas facetas y el compromiso de todos los poderes públicos; y precisa ser apoyado y consolidado en los próximos años, profundizando en la coordinación de todos y cada uno de los agentes que actúan en este terreno.

Repasando someramente la situación actual de las acciones contra las drogodependencias nos encontramos con lo siguiente:

- 1.- Prevención: En Prevención actúa la Administración Local a través de los Planes Municipales de Drogas, la Administración Autonómica desde diferentes ámbitos como la Consejería de Educación y Ciencia (programas educativos), la Consejería de Cultura (Instituto de la Juventud) o la Consejería de Bienestar Social, las Organizaciones prestadoras de programas y recursos, los sindicatos, las asociaciones empresariales, la Delegación del Gobierno, las ONGs que trabajan en distintos ámbitos, etc. Y como órgano central, la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas (Consejería de Salud y S. Sanitarios) que diseña las estrategias, establece los programas, gestiona las subvenciones y coordina las distintas actividades.
- 2.- Asistencia: Implica al SESPA a través de los Servicios de Salud Mental, a las Corporaciones Locales a través de los PMDs, a las Asociaciones, Fundaciones y ONG que mantienen Convenios de colaboración con la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, a la Consejería de Presidencia y Justicia, al Consejo General del Poder Judicial y Fiscalía Antidrogas, a Instituciones Penitenciarias y a la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas.
- 3.- Disminución del Riesgo y Reducción del daño: hay implicadas distintas ONGs en diversos programas, Corporaciones Locales y la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas (UCPD).
- 4.- Incorporación Social: implica a las Consejerías de Bienestar Social y Vivienda, Salud y Servicios Sanitarios, Corporaciones Locales, Instituciones Penitenciarias y ONG.
- 5.- Evaluación, Investigación, Políticas Transversales: Grupo de Estudio de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo, otros grupos de investigación nacionales e internacionales, Instituto Asturiano de la Mujer, Organizaciones científicas, sindicatos y asociaciones empresariales.

En este sentido, y de la misma forma que históricamente se va confirmando el acierto de la creación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas como elemento de vertebración estatal de todas las políticas y actuaciones en la materia, se hace necesario consolidar esa misma estructura en nuestro ámbito de trabajo, que es el Principado de Asturias.

La existencia histórica de la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas, con una importante participación en el desarrollo de todas las actuaciones del Plan Sobre Drogas en las últimas décadas y como organismo que vehicula, analiza, evalúa y coordina las actuaciones en materia de drogas, que constituye el órgano de

referencia en Asturias para el Plan Nacional y que a través del mismo subvenciona la mayoría de dichas actuaciones, la configuran como el órgano que debe establecer el liderazgo y servir de marco de referencia para todo el que trabaja los diferentes aspectos de las drogodependencias.

La Unidad de Coordinación ha venido reforzándose desde los años 90 y cuenta con recursos importantes cuya estructura debe seguir potenciando para poder dar respuesta con la suficiente autoridad y medios a las necesidades del nuevo Plan.

PREVENCIÓN

Ámbito Comunitario

Planes Municipales sobre Drogas (PMDs)

Los PMDs han venido creciendo a lo largo de toda la década pasando de 14 PMDs a 29 (más del doble) y de 30 a 53 municipios que abarcan en 2009 a más del 90% de la población de Asturias.

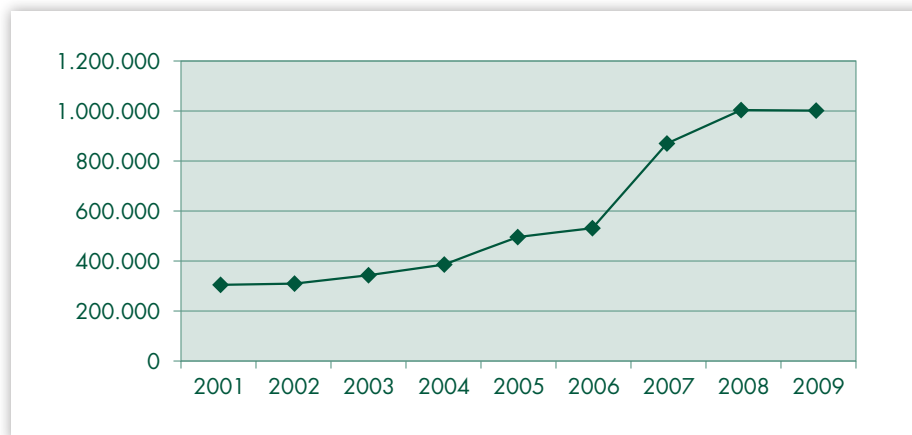
Tabla 16: N° de Planes Municipales de Drogas (PMDs) y N° municipios que abarcan. 2001-09

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
N° DE PMDs	14	20	20	21	20	24	26	27	29
N° MUNICIPIOS QUE ABARCAN	30	36	36	37	36	40	44	47	53

Fuente: BOPA. Resoluciones de aprobación de ayudas a los PMDs.

Paralelamente la Comunidad Autónoma ha incrementado el presupuesto para la financiación de los PMDs a lo largo de toda la década, pasando de 306.516 € en el año 2001 a 1.000.000 € en el año 2009.

Figura 9: Evolución del presupuesto destinado a subvencionar PMDs



Fuente: BOPA. Resoluciones de convocatoria de ayudas a los PMDs.

Los PMDs se financian básicamente, aunque no de forma única, mediante estas convocatorias -que vehicula la UCPD - y a su vez trabajan muchos de estos programas en colaboración y/o por medio de distintas ONGs, Asociaciones (Juveniles, de Madres y Padres) y Fundaciones Sociales. Aunque la mayoría de los programas que realizan son de carácter preventivo - y por ello se incluyen en este apartado - también realizan otras actuaciones contempladas por el Plan sobre Drogas como asistencia, disminución del riesgo e inserción.

Otras actuaciones importantes de prevención comunitaria son aquellas que se realizan promoviendo la utilización del ocio y el tiempo libre como espacios de realización de actividades alternativas a los consumos. En este sentido se desarrollan los programas "Abierto hasta el Amanecer" en Gijón, "La Noche es Tuya y "Doce 17" en Oviedo y el programa "Enredar" que desarrolla el Instituto Asturiano de la Juventud en municipios de 5.000 a 20.000 habitantes.

Junto con el importante desarrollo de los PMDs hay algunas cuestiones pendientes de cara a su consolidación en diversos municipios, especialmente en el terreno de la estabilidad de las personas y recursos responsables de los mismos. También es necesario consolidar en el tiempo aquellas actividades que realmente consigan una participación comunitaria estimable y tengan constatada de alguna manera su efectividad.

En resumen, a lo largo de la década se ha producido un crecimiento de los PMDs que ha multiplicado el número de personas sobre las que tienen cobertura, llegando hasta el 90% de la población asturiana y que ha ido seguido de un desarrollo presupuestario por parte de la Comunidad Autónoma a lo largo de toda la década. Este crecimiento debe consolidarse potenciando la estabilidad de los PMDs con más dificultades presupuestarias y de recursos y orientando sus actividades hacia programas cuyos resultados estén contrastados o cuando menos evaluados en términos de proceso.

Prevención Familiar

Existe un convenio entre la Administración Autonómica y una Plataforma de Madres y Padres de Alumnos/as "FAPA Miguel Virgós" para el desarrollo de actividades en el ámbito de la Prevención Familiar fundamentalmente orientadas al desarrollo de Escuelas de Madres y Padres. La actividad básica consiste en la realización de charlas en los centros escolares y educativos a través de las AMPAs de los distintos centros. La asistencia a estas actividades es irregular y no se recogen datos que permitan hacer una evaluación de las mismas.

Los PMDs en algunos casos impulsan estas actividades.

Prevención en poblaciones especiales

La Estrategia Nacional y la Europea, así como abundante literatura científica, exponen la necesidad estratégica de trabajar específicamente sobre poblaciones, colectivos y situaciones de riesgo, en el marco de la Prevención.

En el caso de los colectivos o poblaciones de riesgo, desde el Plan Autonómico se está trabajando en dos programas dirigidos a colectivos específicos. Estas intervenciones son el programa de trabajo de Cruz Roja de Avilés con menores en edad escolar obligatoria que están en la calle y el Programa de Intervención Sociocomunitaria en Drogodependencias con menores en conflicto social y penal.

En ambos casos realizan tanto intervenciones preventivas como de disminución de daños.

En el plano Municipal algunos PMDs, junto con asociaciones y ONGs trabajan también con colectivos específicos.

Ámbito Educativo

En el medio educativo es donde se concentran los mayores esfuerzos en el terreno de la prevención, tanto desde el Plan Autonómico como desde los PMDs, de cuyos programas en este terreno hemos hablado en el apartado correspondiente.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, a través de la UCPD trabaja en este entorno, que comprende básicamente la Educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria en tres direcciones, contando en todas ellas con la colaboración y la estrecha coordinación de la Consejería de Educación:

1. Convocatoria Conjunta (Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y la de Educación) de Proyectos Pedagógicos de Educación y Promoción de la Salud:

En el curso 2007-2008 se han desarrollado acciones de prevención en drogodependencias en 102 Centros Educativos. Estas cifras se mantienen estables en los últimos años.

La mayoría de los proyectos realizan sus actuaciones a través de los Programas “¡Órdago!” y “La Aventura de la Vida”

2. Programas escolares impulsados por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (UCPD).

A. Órdago (Educación Secundaria Obligatoria): programa específico de prevención de consumo de drogas. A lo largo de la década viene sufriendo un cierto descenso de participación de centros que debe ser revisado.

Tabla 17: Evolución del programa “Órdago”.

CURSO	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	07-08
CENTROS	130	115	56	55	52	51	40	40
ALUMNADO	15.287	17.475	7.237	8.498	9.940	9.273	6.281	6.565
PROFESORADO	733	724	342	388	454	418	322	359

Fuente: UCPD

B. La aventura de la vida (Educación Primaria, 8-11 años), es un programa más amplio de Educación para la Salud con un especial énfasis en la prevención del consumo de drogas. Al contrario que en el caso anterior, desde su comienzo en 2003 ha mantenido una clara tendencia ascendente

Tabla 18: Evolución del programa “La Aventura de la Vida”.

CURSO	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	07-08
CENTROS	—	—	41	70	58	47	56	62
ALUMNADO	—	—	1247	2031	3484	3815	4769	4996
PROFESORADO	—	—	87	116	205	201	322	359

Fuente: UCPD

C. El secreto de la buena vida (Educación Primaria, 2º ciclo, 10-12 años). Concurso desarrollado conjuntamente por el Plan Nacional sobre Drogas y el Centro de Investigación y Documentación (CIDE) del Ministerio de Educación. Se desarrolla en los tres últimos cursos académicos pasando de 41 centros en 06/07 a 51 en 08/09.

Tabla 19: Evolución del programa “El Secreto de la Buena Vida”

CURSO	06/07	07/08	08/09
CENTROS	41	46	51
ALUMNADO	2462	2594	2750
PROFESORADO	320	320	200

Fuente: UCPD

3. Programas escolares de prevención impulsados por los Ayuntamientos a través de los Planes Municipales sobre Drogas, ya comentados en el apartado referente a los PMDs y que incluyen el apoyo a diversas actuaciones en centros escolares que son de su ámbito territorial. Las principales actividades de este tipo y su implantación se exponen en la Tabla 20.

Tabla 20. Evolución de la participación en diversos programas

Programas	CURSO	2005/06	2006/07	2007/08
El cine en la enseñanza	CENTROS	51	52	89
	ALUMNADO	3949	8432	6249
	PROFESORADO	230	217	327
Entre todos	CENTROS	1	1	1
	ALUMNADO	431	262	300
	PROFESORADO	19	10	11
En la huerta con mis amigos	CENTROS	14	9	27
	ALUMNADO	800	400	1243
	PROFESORADO	42	24	79
¿De qué van las drogas? ¿De qué van los jóvenes?	CENTROS	9	17	6
	ALUMNADO	1246	2019	898
	PROFESORADO	45	96	31

Fuente: UCPD.

Así pues, en conjunto en el ámbito educativo tenemos una implantación importante de programas preventivos, que están moviendo a algo más 350 docentes y de 6.500 alumnas/os, con algunos años de funcionamiento y una estabilidad alta aunque diferente según el programa.

En este momento se ha concluido una Evaluación a través de un Convenio con el Grupo de Análisis de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo. De los resultados de la misma deberán tomarse resoluciones en torno a la mejor manera de continuar con un pilar esencial de la prevención como es el Medio Educativo.

Ámbito Laboral

En el momento actual no existe ninguna actuación programada desde el ámbito de la Administración. En el campo específico de las empresas y/o sindicatos, algunos Servicios de Prevención desarrollan intervenciones puntuales. En la mayoría de los casos se opta por medidas de control médico-clínicas y no se conocen programas preventivos específicos.

Ámbito Penitenciario

Según el Informe realizado en el año 2000 por Instituciones Penitenciarias cerca de la mitad de la población reclusa (46,2%) consumía heroína y/o cocaína en el mes anterior al ingreso y el 22% lo hacían por vía intravenosa (ADVP). Estos datos nos dan una dimensión del problema de la drogadicción en el ámbito penitenciario en cuanto a número y prácticas de riesgo y de los problemas de salud derivados de dichas prácticas (VIH, VHC, etc.). No tenemos datos específicos de Asturias, que en principio no tienen porque ser diferentes de los generales.

El Centro Penitenciario de Villabona está llevando a cabo programas asistenciales (dispensación de metadona), de reducción de riesgos (intercambio de jeringuillas) y de Educación para la Salud, así como programas de intervención sobre colectivos específicos como las personas integradas en el Centro de Inserción Social (CIS). En estos programas colaboran de diversas maneras un número importante de ONGs. También existen conexiones con distintos dispositivos externos como Centros de Día o Pisos de Inserción.

Pero sobre todo está el desarrollo del Programa de Módulos Libres de Drogas coordinado por la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) del Centro Penitenciario y que va más allá de la propia intervención sobre drogodependencias, planteándose un verdadero modelo alternativo de prisión basado en la co-gestión del Módulo por los propios internos e internas junto con el personal de prisiones.

En el momento actual ya existen 2 Módulos Libres de Drogas registrando un crecimiento de la población reclusa acogida que va de 270 entradas en 2001 a 917 en 2007.

Tabla 21: Distintas actividades de intervención en drogodependencias en el CP Villabona

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Desintoxicaciones por año.	220	220	240	266	275	219	256	228	
Intercambio de jeringuillas (Kits entregados).	347	1.456	1.815	2.526	1.934	2.477	644	621	
Dispensación Metadona. (presentes a 31 diciembre)	306	309	308	274	273	278	228	256	
Intervención psico-social. (presentes a 31 diciembre)	-	33	48	35	37	45	122	69	
Actividades en Módulo Terapéutico (deshabitación)	Presentes 31-Diciembre.	178	183	190	185	283	294	404	483
	Derivaciones Centro de día.	4	-	16	17	7	17	19	
	Derivaciones C. Terapéutica.	47	44	32	24	45	55	54	87
Actividades de educación para la salud.	552	284	587	731	-	84	1.513	2.263	

Fuente: Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

DISMINUCIÓN DE RIESGOS

A mitad de camino entre intervención preventiva y la disminución de riesgos (ya que tiene cosas de ambos) tienen lugar las intervenciones en el ocio y tiempo libre de la juventud. Dichas intervenciones se promueven a nivel municipal (mediante los PMDs) y a nivel regional a través del programa Zona Clave, programa que se subvenciona desde la UCPD y que se lleva a cabo en Avilés, Gijón y Oviedo colaborando los respectivos Planes Municipales. Este programa sufrió en los últimos años una campaña política tras la cual se produjo un replanteamiento de su metodología de cara a garantizar la continuidad de sus acciones.

Además se colabora con otras instituciones públicas y privadas que trabajan con juventud, para que se considere la prevención del consumo de drogas dentro de su espacio educativo y planes de actuación.

ASISTENCIA

Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

1) Atención Primaria y Especializada

En el momento actual los Servicios Sanitarios fuera del ámbito de la Salud Mental (Atención Primaria y Especializada) realizan pocas actividades programadas en el terreno que nos ocupa. En el año 2009 se ha puesto en marcha un programa de actuación frente al Tabaquismo y se ha elaborado un Protocolo de actuación en el sistema asistencial (PCAI) para el Alcohol. Sin embargo, la tendencia general es la derivación de pacientes con patología adictiva hacia los Servicios de Salud Mental.

2) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria mantienen su actividad circunscrita a la desintoxicación aguda y al tratamiento de las secuelas y complicaciones físicas. Se han adaptado a las nuevas necesidades originadas por los nuevos consumos y el cambio en el perfil de los y las pacientes, abordando otras sustancias, el alcoholismo y las codependencias.

En la actualidad existen dos; ubicadas en el HUCA (Oviedo) y en el Hospital de Jove (Gijón).

3) Salud Mental

La asistencia especializada a las personas con problemas de adicciones, se viene realizando desde los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (SESPA) junto con las entidades acreditadas.

Como se ha señalado en apartados anteriores, las Admisiones a Tratamiento en estos recursos han disminuido a lo largo de la década reduciéndose prácticamente a la mitad entre 2001 y 2007, aunque casi toda la disminución se debe a las personas adictas a Heroína, mientras que los tratamientos por Cocaína aumentan hasta en 2004, iniciando un descenso hasta 2008.

La atención en materia de evaluación, desintoxicación, deshabitación e inicio a la inserción social, se desarrolla actualmente en los Centros de Salud Mental, situándose los tratamientos con metadona en las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (UTT), puntos de dispensación, centros descentralizados de dispensación (METABUS) y oficinas de farmacia.

En general su planteamiento se lleva a cabo desde los principios de normalidad, globalidad e integración.

Su actividad ha sido evaluada en el marco de la Evaluación de los Servicios de Salud Mental que se ha realizado en colaboración con la Oficina de la OMS en Ginebra y de las conclusiones de dicha evaluación se extraerán objetivos para el nuevo Plan de Salud Mental.

Tabla 22: Atención a toxicomanías en los dispositivos de la Red de Salud Mental (SESPA). 2007-2008

CENTROS DE SALUD MENTAL	2007	2008
Usuarios atendidos	4.439	5.169
Primeras Consultas	752	899
% Primeras/ Total Usuarios	17%	17,4%
RECURSOS ESPECÍFICOS	2007	2008
Usuarios Totales	2.614	2.602
Usuarios Atendidos en UTT	1.800	1.773
Usuarios Atendidos en CD	262	273
Usuarios Atendidos en Autobús	552	556
UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA	2007	2008
Ingresos Totales	240	261
Primeros Ingresos	123	129
% Primeros Ingresos / Ingresos Totales	51,25%	49,43%

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. SINTE

ENTIDADES CONCERTADAS

1) Comunidades Terapéuticas

Los Centros Terapéuticos en régimen de internamiento acreditados y concertados, que constituyen recursos consolidados en el itinerario terapéutico de pacientes consumidores de sustancias, han asumido el tratamiento de los nuevos perfiles de patologías adictivas. Actualmente existen 3 CCTT que tratan todo tipo de drogadicciones y 2 especializadas en Alcoholismo.

Cuestión aparte la constituyen los Centros integrados en la Fundación CESPAP. HOMBRE que se organizan a través de diversos itinerarios diferenciados que incluyen la Comunidad Terapéutica en régimen cerrado pero también otros programas abiertos de diversa naturaleza.

Su nivel de ocupación es elevado, salvo algunas situaciones muy puntuales.

Tabla 23: Características de las personas atendidas en las Comunidades Terapéuticas concertadas. Asturias 2003-2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
INGRESOS TOTALES	486	534	589	510	492	580
HOMBRES	394	438	477	367	295	406
MUJERES	92	96	112	143	197	174
% mujeres	19%	18%	19%	28%	40%	30%
MEDIA DE EDAD	34,1	34,8	35,6	36,85	37,85	38,0
EDAD INICIO CONSUMO	18	18,8	19,1	18	18,33	18,4
DROGA PRINCIPAL DE ABUSO	Heroína	Heroína	Heroína Cocaína	Policonsumo	Policonsumo	Policonsumo
ANTECEDENTES PENALES	37%	30%	43%	47%	64%	68%
PATOLOGIA PSIQUIATRICA	47%	51%	53%	55%	54%	70%

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias. SINTE

Respecto a las características de las personas atendidas cabe destacar el aumento del porcentaje de mujeres, el aumento constante de la media de edad, el cambio en los patrones de consumo, el importante aumento de la población con antecedentes penales y el porcentaje de personas con patología psiquiátrica, especialmente en 2008.

Otra cuestión importante es la evaluación de las CT tanto de estructura (Plantillas, composición y adecuación) como de proceso (protocolos de actuación) y resultados. En la actualidad existen las evaluaciones realizadas por los propios Centros y alguna organización cuenta con evaluaciones externas.

2) Tratamientos ambulatorios y Centros de Día.

Una de las consecuencias de los nuevos patrones de adicciones a sustancias, que ya se han comentado, es la existencia cada vez mayor de personas con problemas adictivos que requieren y/o demandan tratamientos que conlleven las mínimas alteraciones de su entorno vital y socio-laboral posibles con el fin de no alterar una integración social que en la mayoría de estos casos se mantiene en mayor o menor medida.

Por ello los tratamientos "ambulatorios" o en regímenes abiertos están llamados en los próximos años a extenderse y abarcar cada vez a un mayor número de pacientes.

Además del propio SESPA, otras organizaciones desarrollan programas asistenciales en régimen ambulatorio, que abarcan tanto la desintoxicación, como el tratamiento de distintas adicciones en este régimen: Tratamiento de Adicción a la Cocaína, Policonsumidores, Alcohol o tratamientos específicos a menores.

Como dispositivos en régimen abierto se sitúan también los Centros de Día a los que las personas a tratamiento acuden durante la jornada volviendo luego a sus domicilios u otros lugares de residencia. En Asturias existen 3 de estos dispositivos específicamente vinculados a la atención a las Drogodependencias y uno de ellos dedicado exclusivamente a personas alcohólicas.

REDUCCIÓN DE DAÑOS.

La frontera teórica entre los programas asistenciales y los de reducción de daños se sitúa en que los primeros tienen como objetivo último (teórico) la desaparición de la drogodependencia, mientras que este no sería el objetivo final de los programas de reducción de daños, que no se plantean este abandono sino los consumos dentro de los mejores parámetros posibles para la salud de la persona.

En la práctica esta situación es más confusa ya que están involucrados los propios modelos conceptuales tanto de curación como de daño reducido.

Programas de acercamiento:

El objetivo de estos programas es acercar los recursos, especialmente los tratamientos con sustitutivos de opiáceos.

METABUS

Destinado a pacientes con alta problemática socio sanitaria bajo el criterio de baja exigencia. En Asturias hay 3 dispositivos de este tipo que operan en 4 Áreas Sanitarias. En una de ellas el recurso cumple las funciones de UTT. En general los y las pacientes a tratamiento con metadona han ido creciendo desde 2003 a 2007. Esta situación no está contrastada con la evolución del número de personas tratadas en otros dispositivos, por lo que su significado es difícil de establecer.

Oficinas de Farmacia

Como resultado de un Concierto entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias, se ha puesto en marcha un programa asistencial de tratamiento con Metadona en Oficinas de Farmacia, dirigido a pacientes que son remitidos desde el SESPA a las farmacias acreditadas para el programa, consiguiendo así normalizar la situación de las personas en programas de mantenimiento con Metadona. El resultado hasta la fecha es claramente positivo y en fase ascendente, incorporándose nuevas oficinas de farmacia de forma sostenida.

El Programa se inició en el mes de agosto de 2007 con un primer paciente en el área III. Desde esa fecha, ha evolucionado hasta 114 pacientes atendidos en 41 oficinas de farmacia, según datos provisionales de 2009.

Tabla 24: Evolución del número de usuarios de metadona en los diferentes recursos

	2004	2005	2006	2007	2008
Usuarios Totales*	2800	2794	2771	2.742	2.744
Usuarios/as Atendidos en UTT	1618	1571	1442	1.800	1.773
Usuarios/as Atendidos en CD	1046	1100	1046	262	273
Usuarios/as Metasedín	225	321	352	397	417
Usuarios/as Atendidos en Autobús	181	188	186	552	556
Usuarios/as Farmacias	-	-	-	29	84
Nº de Farmacias	-	-	-	9	29

* Esta cifra es inferior a la suma de usuarios en los distintos recursos ya que una misma persona puede pasar por más de uno de ellos en el mismo año.

Programas de mínima exigencia: Centros de Encuentro y Acogida (CEA); “Calor y Café”

En estos centros se busca aminorar las consecuencias negativas para aquellas personas drogodependientes que están en situación de extrema marginalidad sin que su finalidad sea el tratamiento específico de la drogodependencia. En Asturias existen cuatro, en algún caso con deficiencias estructurales, aunque realizan tareas bien procedimentadas y sobre colectivos con una desatención total.

Distribución de “sanikits” e intercambio de jeringuillas .

El marco general de trabajo de este Programa, consiste en la creación de espacios de acogida y escucha donde se proporcione seguridad y tranquilidad, garantizando el anonimato y la confidencialidad para las personas drogodependientes. En este escenario y con estas premisas, se proporciona información específica sobre recursos y se entrega un material que garantice la efectividad del Programa general de Reducción de Riesgos. El material común distribuido en los puntos de atención que participan en el Programa es el Sanikit, preservativos y folletos informativos. Los puntos de distribución están repartidos entre distintas ONGs (Comité Ciudadano AntiSIDA, “Nacai”, Cruz Roja, Fundación “Siloé”), el Centro Penitenciario de Villabona y el “Metabús” del Caudal como centros de distribución gratuita y las Oficinas de Farmacia del Principado donde se venden a precio subvencionado. En el año 2008 se distribuyeron un total de 73.385 Kits, de los cuales más del 80% se hizo a través de las oficinas de farmacia.

Tabla 25: Evolución de la distribución de “Sanikits”. Asturias 2001-2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL	195.650	134.000	152.000	116.000	107.500	75.500	108.530	113.649
O. FARMACIA	166.150	119.000	127.000	91.000	87.500	45.500	53.530	51.899
ONGs y otros	29.500	15.000	25.000	25.000	20.000	30.000	55.000	61.750

Fuente: Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

Programa de NACAI, Comité Ciudadano Antisida y Siloé

Las tres organizaciones citadas trabajan, de distintas maneras, con colectivos relacionados con la infección por VIH, entre los que componen un número importante las personas adictas por vía parenteral (ADVP), por lo que de forma tangencial trabajan en buena medida con personas drogodependientes.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS Y/O MONOGRÁFICOS

Servicio Interdisciplinario de Atención a Drogodependientes (SIAD) en los juzgados de lo penal.

La Asociación SIAD, que solamente desarrolla su actividad en Madrid y Asturias, tiene como misión intervenir en todas las facetas judiciales y algunas sociales de las personas detenidas drogodependientes, en colaboración con el Poder Judicial. Desde el año 2003 desarrolla su actividad en Asturias, con un aumento importante de su actividad y un reconocimiento prácticamente total por parte de las instancias judiciales.

Tabla 26: Características de las personas atendidas en el SIAD. Asturias. 2004-2008

		2004	2005	2006	2007	2008
PERSONAS ATENDIDAS		214	461	433	412	396
HOMBRES		203	438	398	371	360
MUJERES		11	23	35	41	36
EDAD MEDIA		34	33	33	33	35
DROGA PRINCIPAL	Alcohol	70%	72%,	89%	89%	88%
	Cannabis	48%	70%	71%	71%	67%
	Benzodiac.			76%	76%	73%
	Cocaína	44%	50%	57%	57%	60%
SIN TTO. ANTERIOR		64%	66%	64%	55%	48%
SIN TTO. ACTUAL		58%	66%	63%	68%	63%
LIBERTAD		89%	86%	91%	85%	89%

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias.

Programa Reciella

El Programa "Reciella" se enmarca en la intervención sociocomunitaria en consumo de drogas para menores en conflicto social y/o penal, en colaboración con las Consejerías de Bienestar Social y de Presidencia (Dirección General de Justicia) y vehiculado por Proyecto Hombre. Este programa se subdivide a su vez en otros cuatro; Menores, Jóvenes, Familias y de Orientación y Medidas Judiciales. Los datos correspondientes a los años 2006 y 2008 son los siguientes:

Tabla 27: Indicadores de actividad del programa "Reciella" 2006-2008

	MENORES		JÓVENES		SOyMJ(1)		FAMILIAS	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008	2006	2008
INGRESOS	7	7	4	11	15	11	20	22
Altas Terapéuticas	3	1	6	3	9	8	15	7
OTRAS ALTAS (2)	3	4	3	4	5	4	4	10
Índice de Retención	79%	78%	82%	79%	82%	77%	90%	73%

(1) Programa Servicio de Orientación y Medidas Judicia

(2) Voluntarias, expulsiones, forzosas, derivaciones

Fuente: Observatorio sobre Drogas para Asturias

INCORPORACIÓN SOCIAL

La incorporación Social como proceso que se inicia desde el momento que la persona decide comenzar un tratamiento para su recuperación, forma parte integral de los programas asistenciales, de forma que todos ellos (Comunidades Terapéuticas, Centros de Día, etc.) desarrollan actividades de adquisición de habilidades sociales, personales y laborales para que la persona pueda desarrollar una vida activa en sociedad.

Pisos de Inserción

Desde la UCPD se ha llevado a cabo la creación, mediante convenios con los Ayuntamientos de Oviedo y Gijón, de los Pisos de Inserción Social, cuyo fin es dar continuidad a los procesos de normalización e incorporación dentro de la comunidad tras la finalización de las fases “terapéuticas” de los tratamientos.

De reciente creación, tras unos primeros meses en los que la ocupación del recurso parecía compleja, especialmente en el Piso de Oviedo destinado inicialmente a mujeres, en la actualidad se encuentran al completo de las 12 plazas que tienen.

Centros de Día

Si bien conceptualmente los Centros de Día se sitúan en el itinerario terapéutico como una fase posterior a los tratamientos en régimen cerrado, también desarrollan por si mismos tratamientos ambulatorios en personas que no han transcurrido por itinerarios anteriores.

En la actualidad existen en Asturias 4 entidades que funcionan con el criterio de Centros de Día. Su característica peculiar es que todos ellos están altamente especializados, abarcando cada uno ámbitos de actuación muy definidos, y tienen ubicaciones geográficas distintas:

1. Gijón: para personas privadas o ex privadas de libertad
2. Mieres: para dependencia alcohólica
3. Oviedo : para menores en conflicto social y/o penal
4. Avilés: programa para drogodependientes con deterioro medio

En todos los casos hay un nivel de ocupación alto. También existen algunas experiencias específicas de carácter ambulatorio referidas a sustancias o situaciones concretas como el Tratamiento de Adicción a la Cocaína que desarrolla Proyecto Hombre.

CONEXIÓN CON OTROS PROGRAMAS, PLANES E INSTITUCIONES NO DIRECTAMENTE DEPENDIENTES DEL PLAN SOBRE DROGAS.

Un fenómeno multicausal como es el del consumo de sustancias es transversal y conlleva la participación de otras instituciones y consejerías, (Plan de SIDA, Programa de Inmunizaciones, Programas para Poblaciones en situación de emergencia social, Menores, Atención Primaria, Plan Asturiano de Inserción Social, Instituto Asturiano de la Mujer, Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales, etc.), de ahí la importancia de establecer mecanismos sistemáticos de coordinación con las diferentes Administraciones implicadas y propuestas conjuntas de actuación, para dar una respuesta adecuada utilizando los servicios y recursos públicos normalizados.



PLAN SOBRE DROGAS
PARA ASTURIAS 2010 - 2016

PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016

PRIMERA PARTE



**MARCO DEL PLAN SOBRE DROGAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
OBJETIVOS DEL PLAN SOBRE DROGAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN**

MARCO DEL PLAN SOBRE DROGAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

Desde hace décadas, diferentes estudios vienen demostrando de forma insistente que la adopción de estilos de vida saludables genera más ganancias en salud que otras intervenciones de índole asistencial y, aunque los beneficios de esta apuesta sean a largo o medio plazo, desde este Plan trataremos de hacer visible este modelo adoptándolo como política transversal a cada una de las acciones concretas a desarrollar. Por ello, se insistirá en la prevención y promoción de la salud dirigiendo las actividades a los factores de riesgo relacionados con valores y hábitos culturales diferenciados para varones y mujeres, aprendidos a través de la socialización y que son susceptibles de cambio. Las intervenciones en materia de adicciones adoptarán el objetivo de promoción de la salud, entendida esta como "El proceso que capacita a las personas y colectivos para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud".

Desde esta perspectiva, se puede ver que el trabajo en drogadicciones no es exclusivo del sistema sanitario, sino que forma parte del orden del día de diferentes sectores institucionales y sociales (familia, educación formal, acceso al trabajo, poder judicial, redes de apoyo sociales, asociaciones, redes asistenciales, etc.) combinando entre todos estos sectores métodos diferentes aunque complementarios, útiles todos ellos en la prevención de adicciones.

En los últimos años viene desarrollándose un debate en el campo de las drogadicciones acerca del modelo teórico en el que deben enmarcarse las actuaciones en este terreno. Básicamente se oponen dos modelos que suelen conocerse como bio-médico y bio-psico-social.

Frente al modelo biomédico tradicional, que considera únicamente la sustancia y sus efectos biológicos sobre la persona, el modelo bio-psico-social entiende la drogodependencia como una conducta o hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales de acuerdo con los cuales la drogodependencia no sería tanto una condición crónica del individuo, como el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado y por lo mismo susceptibles de desaparecer, modificarse o adoptar distintas formas a lo largo de la vida de una persona.

Desde el Plan sobre Drogas para Asturias entendemos el modelo bio-psico-social como la base teórica y el principio de las actuaciones que se expresan en este programa.

Siguiendo la misma orientación, es decir, encuadrar el trabajo en drogadicciones en marcos más amplios como la promoción de la salud y la interdisciplinariedad, consideramos necesario enmarcar los procesos tanto preventivos como de intervención asistencial en un marco de prestaciones normalizado.

La normalización, y con ella, la desaparición de rasgos diferenciales que contribuyan a generar "excepcionalidad" en las intervenciones sobre estos complejos procesos, debe configurarse como una vía central en la estrategia hacia un modelo social, socio-sanitario y terapéutico, en el que las drogadicciones no sean una cuestión externa al sistema, con frecuencia incómoda y "trasladable" a ámbitos periféricos del mismo.

En otro sentido debemos pasar a una nueva fase en la que las actividades se introduzcan y desarrollen cada vez más considerando su consistencia la cual debe objetivarse con evaluaciones que constaten sus parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad.

En esta nueva etapa estratégica la característica esencial es que las actuaciones, los dispositivos y los procedimientos deben estar suficientemente contrastados y avalados por la evidencia existente en cada momento. Evidencia conseguida a través de metodología científica y cuyos parámetros deben estar claramente definidos.

Todo ello no debe implicar una parálisis del sistema. Se lleva el suficiente número de años trabajando en este terreno como para tener distintos grados de evidencia sobre lo que se ha demostrado válido y lo que no, teniendo en cuenta, además, que no todos los programas tienen que alcanzar las mismas exigencias científicas, sino que estas deben estar en consonancia con lo que se persigue. Un nuevo tratamiento farmacológico, un programa preventivo o un recurso de mínimas exigencias no requieren el mismo grado ni similares procedimientos de evidencia científica para introducirse en el sistema, pero cada uno de ellos debe demostrar en el tiempo su efectividad en su ámbito de actuación.

En este Marco es indispensable introducir la perspectiva de género. En primer lugar porque toda la evidencia apunta hacia patrones claramente diferentes en los consumos, los perfiles dependientes y las nuevas tendencias y el acceso a los recursos, en hombres y mujeres. De hecho una gran parte de los procedimientos terapéuticos, especialmente en instituciones cerradas, diferencia por sexos los tratamientos, cuestión que por otra parte, y en este mismo marco que proponemos, debe ser revisada.

En segundo lugar porque el propio análisis científico requiere de la perspectiva de género para ser considerado como tal y en este sentido son ya concluyentes los estudios que demuestran que la falta de adopción de esta perspectiva conduce a resultados y conclusiones erróneas y con frecuencia genera inequidad en las actuaciones.

Además, nuestro marco legislativo, con frecuencia olvidado, obliga a través de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, a la introducción de la perspectiva de género desde el propio origen de los datos hasta la metodología de trabajo y el análisis de los mismos, tal y como se establece en su artículo 20.

Para finalizar, nos parece interesante y necesario referenciar que el Plan sobre Drogas 2010-2016, además de tener en cuenta la evolución de los consumos y las adicciones en los últimos años, las actuaciones emprendidas y los conceptos teóricos que las sustentan, se encuadra en un marco institucional establecido y reflejado en los siguientes documentos:

- Estrategia Europea sobre Drogas (2005-2012).
- Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016).
- Plan sobre Drogas para Asturias (2001-2003).
- Plan de Salud para Asturias (2004-2007).
- Plan Estratégico de Salud Mental para Asturias (2010-2015).
- Otros planes autonómicos de referencia (Plan de Inclusión Social, Plan de Infancia y Adolescencia, Plan de Juventud).

OBJETIVOS DEL PLAN SOBRE DROGAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

En el Plan sobre Drogas para Asturias "Creando Futuro" 2001-2003 se formulaban 4 Objetivos Generales:

1. Limitar el número de personas que empiezan a utilizar drogas de forma continuada en Asturias.
2. Reducir el número de personas que utilizan drogas de forma continuada en Asturias.
3. Disminuir la frecuencia de aparición de problemas de salud asociados al consumo de drogas, poniendo especial énfasis en reducir la mortalidad.
4. Mejorar las condiciones sociales de personas con problemas de drogodependencias.

Por su parte la Estrategia Nacional 2009-2016 formula estos mismos Objetivos, entre otros que se desarrollan a la luz de las nuevas experiencias adquiridas.

La nueva estrategia que diseñamos para 2010-2016 debe recoger necesariamente estos objetivos, puesto que se reconoce en los mismos modelos de actuación y que además la situación actual de las drogodependencias los mantienen plenamente vigentes.

En este sentido el Plan sobre Drogas para Asturias 2010-2016 define los siguientes Objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Reducir al máximo posible el consumo de sustancias psicoactivas de comercio legal e ilegal y con él los efectos sobre la salud de las personas, sobre el sistema sanitario y sobre las familias y la sociedad en su conjunto.

Objetivo Estratégico 1:

AUMENTAR LA CAPACIDAD DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO PARA DAR RESPUESTA A LOS PROBLEMAS QUE GENERA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS, DISMINUIR SU PREVALENCIA Y AUMENTAR EL NÚMERO DE PERSONAS QUE SUPERA SU DEPENDENCIA

1. Disminuir el número de personas consumidoras con problemas de salud física y mental derivados del consumo.
2. Disminuir el número de personas que consumen sustancias
3. Aumentar la eficiencia y la efectividad de las intervenciones sociosanitarias
4. Disminuir la mortalidad provocada o relacionada con el consumo de sustancias
5. Aumentar el número de personas excluidas o en riesgo de exclusión con problemas de consumo que consigue la inserción social
6. Aumentar la población penitenciaria que accede a programas socio-sanitarios de abandono del consumo e inserción social.
7. Aumentar el número de personas en programas alternativos a la privación de libertad

Objetivo Estratégico 2:

AUMENTAR Y MEJORAR LAS ACTUACIONES, PROGRAMAS Y POLÍTICAS PREVENTIVAS PARA CONSEGUIR LA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS QUE ESTABLECE RELACIONES PROBLEMÁTICAS CON LAS SUSTANCIAS, EL AUMENTO DEL CONOCIMIENTO SOCIAL DEL PROBLEMA Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ESPACIOS DE OCIO Y DE TRABAJO SIN CONSUMO DE SUSTANCIAS

1. Disminuir el número de personas que inicia el consumo de sustancias
2. Aumentar la edad de inicio del contacto, la experimentación y el consumo problemático de sustancias.
3. Disminuir los delitos, actos violentos, accidentes e infracciones en las que está implicado el consumo de sustancias
4. Aumentar los espacios de ocio y diversión sin consumo de sustancias y el número de personas usuarias de los mismos
5. Aumentar el número de empresas con programas preventivos y libres del consumo de sustancias
6. Disminuir la población penitenciaria relacionada con el consumo de sustancias
7. Aumentar el número de personas en las que se detectan problemas relacionados con las drogodependencias que mantienen una situación laboral y social estable

Objetivo Estratégico 3:

AUMENTAR EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y CONTRASTADO SOBRE LA PROBLEMÁTICA QUE GENERAN LAS DROGODEPENDENCIAS Y LOS DISTINTOS ENFOQUES Y ABORDAJES DE LAS MISMAS

1. Aumentar el número y la calidad de las investigaciones básica y aplicada en las distintas facetas de las drogodependencias
2. Aumentar el conocimiento científico de los y las profesionales que trabajan en drogodependencias.
3. Aumentar los conocimientos de todo el entorno social no profesional que trabaja y colabora en drogodependencias.
4. Aumentar el número de intervenciones, procesos, programas y políticas evaluados hasta alcanzar todo el conjunto de la intervención en drogodependencias.

Objetivo Estratégico 4:

AUMENTAR LA IMPLICACIÓN Y LA INTERVENCIÓN DEL CONJUNTO DE LA SOCIEDAD EN LAS DISTINTAS FACETAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1. Aumentar el número de actividades y programas de intervención comunitaria a partir de los Planes Municipales de Drogas
2. Aumentar el número de entidades coordinadas con el Plan sobre Drogas.

ESTRATEGIAS DE ACTUACION

En los apartados anteriores ha quedado bien determinada la situación del consumo de drogas, sus consecuencias así como los dispositivos y actuaciones preventivas sobre las mismas.

Para intervenir sobre todos ellos, con el objeto de cumplir los Objetivos Generales definidos, se hace necesario desarrollar las estrategias que, partiendo de la situación actual, se orienten a la consecución de los mismos.

En el ámbito de las drogodependencias, al igual que en otros campos de la Salud Pública en cuyo concepto se enmarca la propia Estrategia Nacional, las actividades pueden desarrollarse desde un enfoque de ámbito de trabajo (prevención, asistencia, reducción o incorporación social) o desde una perspectiva específica de carácter monográfico (tabaco, alcohol, etc.).

En cuanto al ámbito de actuación las actividades se establecen para cada uno de los elementos en que puede dividirse el Plan, de modo que se definen de forma vertical dentro de cada Ámbito y de forma transversal para las distintas drogodependencias. Así, la definición de un conjunto de actividades a desarrollar en el campo de la Prevención o en el de la Asistencia se entiende que ejercerán su efecto sobre todas o al menos sobre un amplio grupo de las drogodependencias y los problemas que generan.

Este modelo de trabajo se basa en el hecho de que muchas de las actividades que se desarrollan en estos campos tienen un carácter general que actúa por igual sobre las distintas drogodependencias. El desarrollo de programas preventivos escolares donde se busca reforzar la asertividad y la autonomía en los jóvenes o la puesta en común de los procedimientos de las Comunidades Terapéuticas son dos buenos ejemplos de ello.

Apostamos, pues, por el despliegue de actividades en cada ámbito de actuación, que incidan sobre las drogodependencias y los problemas que las acompañan en su conjunto, desarrollando la Prevención, la Disminución del Riesgo, la Asistencia o la Incorporación Social con la universalidad que precisan.

En la perspectiva del programa monográfico las actividades se establecen sobre una sustancia y un conjunto de problemáticas unificado de forma que se desarrollan verticalmente para la sustancia y de forma transversal para cada uno de los ámbitos de actuación. En este caso las actividades se refieren a una sustancia o circunstancia concreta y se desarrollan en todos y cada uno de los ámbitos de actuación del Plan para esa sustancia. Este modelo de trabajo también tiene su razón de ser cuando nos enfrentamos a problemas muy relevantes, como puede ser la dependencia del Alcohol; emergentes con fuerza, como la Cocaína; o con características muy específicas, como el Tabaco o en ámbitos de actuación concretos pero de estructura compleja como el Medio Laboral, que hacen necesario tener una visión integral y estratégica de toda la cadena de actuaciones a desarrollar.

En el Plan de Drogas de Asturias entendemos que ambas perspectivas son válidas para abordar nuestras estrategias, siendo conscientes de que deben evitarse los solapamientos y la repetición de actividades.

Por ello, para cumplir sus objetivos el Plan sobre Drogas 2010-2016 desplegará sus actividades en torno a estos dos tipos de estrategias:

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

1. Coordinación y Participación.
2. Prevención.
3. Disminución del riesgo y reducción del daño
4. Tratamiento integral
 - a) Asistencia
 - b) Incorporación social.
5. Desarrollo del conocimiento científico.
6. Formación.
7. Evaluación.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS

PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO
PROGRAMA DE ALCOHOL
PROGRAMA DE COCAÍNA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL MEDIO LABORAL

SEGUNDA PARTE



ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Coordinación y Participación

Prevención

Disminución del riesgo y reducción del daño

Tratamiento integral

Desarrollo del conocimiento científico

Formación

Evaluación

MEMORIA PRESUPUESTARIA

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN.

El Plan sobre Drogas para Asturias es, de hecho, el resultado de la suma de los esfuerzos de diferentes organismos, organizaciones e incluso en ocasiones, personas singulares, sobre uno o varios aspectos de las drogadicciones. Todo este entramado genera una de las mayores riquezas del Plan, que es la amplia participación social en torno al mismo, pero a la vez configura una multiplicidad de disciplinas, métodos de trabajo, procedimientos e incluso intereses que es imprescindible poner en común y coordinar entre sí.

En este sentido, hay tres campos diferenciados en los que debemos establecer mecanismos de coordinación:

1. Las Administraciones Públicas entre sí: distintas agencias de la Administración Autonómica, Administración General del Estado, Administración Local, Poder Judicial.
2. Las Organizaciones que trabajan directamente en el campo de las drogodependencias prestando servicios subvencionados por el Plan sobre Drogas para Asturias.
3. Las Organizaciones sociales que actúan en este campo, aunque no sean prestadoras directas de servicios (asociaciones de familiares, asociaciones profesionales,) con las que deben establecerse mecanismos de cooperación.
4. El objetivo final es conseguir que el Plan sobre Drogas para Asturias sea capaz de liderar y coordinar una política global común a todas las actuaciones e intervenciones en materia de consumo de sustancias que se realicen en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

OBJETIVOS

1. Establecer estructuras y mecanismos estables de coordinación entre las distintas Administraciones Públicas.

ACCIONES

- a. Constituir una Comisión de Coordinación en materia de drogodependencias que implique a todas las Consejerías y organismos afectados del Principado de Asturias.
- b. Potenciar la participación del Plan sobre Drogas para Asturias en la Comisión Interinstitucional del Principado de Asturias en Materia de Drogodependencias.
- c. Mantener el Convenio de Colaboración con el Poder Judicial y potenciar la participación en el mismo de organismos competentes en materia de Justicia.

2. Establecer una coordinación que defina y potencie objetivos comunes del Plan sobre Drogas con los PMDs.

ACCIONES

- a. Potenciar el papel de los PMDs como planes de prevención comunitaria.
- b. Elaborar en colaboración con los PMDs una Cartera de Servicios Básica y común a todos los Planes Municipales.
- c. Incluir en la convocatoria anual de subvenciones a los PMDs los criterios para su evaluación.
- d. Crear una Comisión de Seguimiento de los PMDs.
- e. Desarrollar trabajos conjuntos con los PMDs en materia de análisis e investigación.
- f. Conseguir la extensión al 100% de la población asturiana de los PMDs.

3. Establecer mecanismos de coordinación interna entre los distintos ámbitos del sistema sanitario y los dispositivos asistenciales en drogodependencias.

ACCIONES

- a. Elaborar circuitos terapéuticos normalizados, que establezcan la correcta coordinación entre todos los dispositivos asistenciales que participan en el tratamiento e inserción social de las personas con problemas de consumo de drogas.
- b. Establecer protocolos de derivación a los distintos dispositivos desde los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

4. Establecer mecanismos que mejoren y refuercen la coordinación entre las entidades implicadas en el trabajo de las drogadicciones.

ACCIONES

- a. Potenciar el Foro permanente de ONGs como una estructura estable que promueva, junto con la UCPD, un espacio de reflexión, participación y cooperación entre las organizaciones y la Administración

5. Establecer mecanismos de participación, cooperación y coordinación entre las organizaciones sociales y otros colectivos.

ACCIONES

- a. Desarrollar vías y canales de participación, cooperación y coordinación con el sector económico del ocio, con federaciones y asociaciones deportivas, con figuras y profesionales relevantes en este ámbito, así como con los medios de comunicación.
- b. Crear un grupo de trabajo específico con adolescentes y jóvenes que aporte experiencias sobre conductas y tendencias actuales, espacios de ocio, riesgos, etc., en colaboración con el Instituto Asturiano de la Juventud

PREVENCIÓN.

En un marco de promoción de la salud, la prevención debe ser asumida por las Administraciones Públicas pero también es tarea que compete al conjunto de la sociedad. Esta corresponsabilidad posibilita afrontar el problema desde ámbitos diversificados.

Las políticas de intervención comunitaria en prevención de consumos serán tanto más efectivas cuando se desarrollan en situaciones normalizadas, sobre la cotidianidad y que cuenten con la participación y colaboración directa de las Administraciones y de las diversas asociaciones ciudadanas.

Las intervenciones derivadas se dirigirán tanto a población general, como a grupos determinados, como pueden ser la juventud o grupos de alto riesgo, que podrían precisar actuaciones específicas.

Debe reforzarse la intervención sobre las familias a través de la potenciación de la prevención comunitaria cuyo pilar de desarrollo deben ser necesariamente los PMDs

OBJETIVOS

1. Favorecer la reducción de la promoción, publicidad y acceso a sustancias.

ACCIONES:

- a. Impulsar, de forma conjunta con las corporaciones locales, acuerdos de autorregulación y control con los sectores patronales y profesionales de la industria del ocio y con los medios de comunicación.
- b. Establecer acuerdos con las fuerzas de seguridad y las administraciones locales para mejorar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol y tabaco definiendo estos objetivos en los propios PMDs.

2. Implantar la calidad en los programas de prevención.

ACCIONES:

- a. Establecer un conjunto mínimo de criterios de calidad en las actividades preventivas.
- b. Publicar una Guía de Programas Preventivos de Eficacia Contrastada, basada en dichos criterios para conocimiento de todos los sectores sociales y organismos interesados.
- c. Evaluar las actividades preventivas que se realizan actualmente de acuerdo con la evidencia conocida.

3. Promover campañas de sensibilización e información, tanto en población general como en específica.

ACCIONES:

- a. Reforzar a través de los PMDs mensajes en la línea de la promoción de hábitos de vida saludables.
- b. Constituir un grupo de trabajo en red con los PMDs para poner en común experiencias y conocimiento en actividades preventivas.

4. Fomentar en el sistema educativo y desde una perspectiva de género la educación en valores, hábitos de vida saludables y adquisición de destrezas, competencias y habilidades suficientes que permitan afrontar de forma responsable la toma de decisiones en lo relativo a cualquier tipo de consumo de sustancias.

ACCIONES:

- a. Favorecer la incorporación de centros asturianos en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.
- b. Abordar el diferente acercamiento de chicos y chicas al consumo de sustancias, y trabajar las repercusiones que tienen para la salud de unos y otras.
- c. Facilitar el desarrollo de acciones preventivas en los distintos ámbitos de la educación formal (enseñanza postobligatoria, escuelas taller, universidad etc.).
- d. Introducir en los “puntos de información joven” materiales informativos sobre la prevención en drogodependencias.
- e. Colaborar con los centros educativos en propuestas que consideren la prevención del consumo de drogas legales en actividades extraescolares.
- f. Potenciar la coordinación horizontal en cada zona o comarca, entre los servicios de educación y salud y corporaciones locales (PMDs).

5. Desarrollar programas específicos educativos en materia de drogodependencias en Enseñanza Primaria y Secundaria.

ACCIONES

- a. Desarrollar aquellos programas preventivos que sean susceptibles de evaluación según la evidencia actualmente existente.
- b. Diseñar programas propios de prevención de drogodependencias bajo criterios de calidad previamente definidos, considerando los principios de promoción de la salud y bajo la perspectiva de género.

6. Potenciar que las familias se involucren en la tarea educativa que tiene que ver con la prevención del consumo de sustancias.

ACCIONES:

- a. Establecer acuerdos de colaboración con las Federaciones de Asociaciones de Padres y Madres del Principado de Asturias para que las Escuelas de Padres y Madres incorporen actividades de prevención al consumo de drogas.
- b. Poner en marcha actividades y programas de participación de padres y madres en la prevención a través de los PMDs.

- c. Fomentar la actividad de las organizaciones de familiares de personas con problemas de drogodependencias.
- d. Diseñar y difundir materiales informativos y de apoyo a las familias.

7. Fomentar las actitudes y hábitos saludables en la población infantil y juvenil en los espacios de tiempo libre.

ACCIONES:

- a. Implicar a las administraciones y otras entidades en el desarrollo de programas para esta población.
- b. Fomentar y apoyar la organización de actividades, jornadas y/o encuentros en el marco de la prevención de drogodependencias a través de Asociaciones Juveniles de la Comunidad Autónoma.

8.- Diseñar y poner en marcha líneas de trabajo en grupos específicos de población adulta.

ACCIONES:

- a. Establecer líneas de acción en prevención para colectivos de especial vulnerabilidad.
- b. Diseñar un proyecto de prevención en población universitaria.
- c. Elaborar y poner en marcha un Plan específico de intervención en la población trabajadora que contemple la diversidad y complejidad del tejido productivo y laboral de nuestro medio.

9.- Abrir líneas de trabajo en promoción de la salud y prevención de las drogodependencias en Atención Primaria de Salud.

ACCIONES:

- a. Desarrollar el programa de prevención de drogodependencias en adolescentes mediante el trabajo con las familias de la enfermería de APS en las Áreas Sanitarias.
- b. Impulsar la coordinación entre la enfermería de APS y el sistema educativo para el desarrollo conjunto de actividades preventivas de carácter comunitario.
- c. Desarrollar en la Cartera de Servicios actividades de detección precoz de consumos en adolescentes y jóvenes y potenciar el Consejo Breve en Tabaco y Alcohol como actividades de rutina en APS.

DISMINUCIÓN DEL RIESGO Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

Como señala la Estrategia Nacional, la disminución del riesgo está más vinculada a la prevención mientras que la reducción del daño se encuentra más próxima a los dispositivos asistenciales, tratándose por lo tanto de dos conceptos diferentes.

OBJETIVOS

1. Impulsar el desarrollo de programas de calle y de contacto en zonas de riesgo, bien estructurados y con eficacia contrastada.

ACCIONES

- a. Promover programas de intervención en zonas de riesgo, eficientes y evaluables dirigidas prioritariamente a poblaciones jóvenes.
- b. Potenciar el desarrollo de intervenciones en espacios de ocio en el ámbito municipal en el marco de los PMDs.
- c. Diseñar programas específicos dirigidos a mujeres jóvenes en zonas de riesgo que consideren sus patrones de consumos diferenciales y sus características específicas.

2. Reducir los factores de riesgo y fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de sustancias en el marco de la promoción de la salud en los colectivos y grupos más vulnerables.

ACCIONES:

- a. Potenciar programas dirigidos a la prevención del consumo de drogas en menores y jóvenes en conflicto con la Ley Penal Juvenil y extenderlo a aquellos jóvenes en riesgo.
- b. Apoyar iniciativas municipales con menores, jóvenes, inmigrantes, minorías étnicas y familias en situación de riesgo.
- c. Desarrollar iniciativas específicas sobre mujeres en situación de riesgo y especialmente en el ámbito de la prostitución.
- d. Colaborar con el programa de Módulos Libres de Drogas del Centro Penitenciario de Villabona, a través de talleres de promoción de la salud.
- e. Impulsar la introducción de contenidos en educación y promoción de la salud, dirigidos a personas consumidoras de sustancias que se encuentren en los dispositivos asistenciales.

3. Mantener los programas de disminución de daños estudiando su adecuación a los nuevos patrones de consumo.

ACCIONES:

- a. Potenciar la normalización de las personas en tratamiento sustitutivo de opiáceos mediante la extensión del programa de Oficinas de Farmacia.

- b. Realizar una evaluación global del reparto de “sanikits” para conocer la evolución de su consumo y el perfil de las personas consumidoras.
- c. Mantener e incrementar los puntos de intercambio de jeringuillas mediante programas de trabajo de calle.
- d. Mantener los programas de acercamiento a través de Unidades móviles.
- e. Potenciar el desarrollo de los centros de mínimas exigencias.
- f. Potenciar los programas de apoyo a la población reclusa y ex reclusa.

TRATAMIENTO INTEGRAL: ASISTENCIA E INCORPORACIÓN SOCIAL

Dentro del marco contemplado en este plan, la revisión de servicios de atención a las personas consumidoras de sustancias debe hacerse desde los principios básicos de normalidad, globalidad e integración.

Las actuales necesidades de las personas con problemas de adicciones requieren una adaptación de los recursos. Entre estas necesidades se encuentran:

- La atención específica a las patologías duales.
- La especialización en los programas de adicciones (alcoholismo, prevención de recaídas, programas de disminución de daños).
- Diversificación y reforzamiento de los recursos y programas dirigidos al mantenimiento de los objetivos alcanzados.
- Programas específicos diferenciados por sexo
- Actuaciones específicas para menores y jóvenes con problemas de adicciones.

En relación con la ASISTENCIA

OBJETIVOS

1. Mejorar la asistencia en el sistema sanitario público en drogodependencia.

ACCIONES

- a. Desarrollar PCAIs correspondientes a las distintas intervenciones que pueden realizarse desde Atención Primaria.
- b. Incorporar a la Cartera de Servicios de Atención Primaria el tratamiento de las adicciones correspondiente a su nivel.
- c. Incluir en los respectivos contratos-programa de las Unidades de Gestión Clínica actividades de diagnóstico y tratamiento de drogodependencias.
- d. Definir la atención a las adicciones en la red de Salud Mental a través de la elaboración de protocolos para los distintos procedimientos y de la correspondiente cartera de servicios incluyendo a las UTTs.

- e. Introducir la perspectiva de género en la oferta de servicios del sistema, considerando las necesidades específicas de mujeres y varones.

2. Mejorar la asistencia en los dispositivos asistenciales concertados en materia de drogodependencias.

ACCIONES

- a. Establecer modelos consensuados de protocolización de los tratamientos basados en la evidencia científica.
- b. Elaborar Guías de Criterios de Calidad de Centros y Servicios.
- c. Introducir la perspectiva de género en la oferta de servicios, considerando las necesidades específicas de mujeres y varones.

3. Adaptar la oferta de servicios a las demandas de grupos específicos.

ACCIONES

- a. Desarrollar medidas socio-sanitarias que potencien el apoyo a las familias en el abordaje terapéutico de la persona con patología adictiva.
- b. Desarrollar protocolos específicos de tratamiento respecto a las nuevas adicciones a sustancias y a la patología mental asociada por parte de los Servicios de Salud Mental y las UTTs.
- c. Elaborar un protocolo socio-sanitario específico de intervención sobre las y los usuarios de larga evolución.

4. Facilitar y aumentar la accesibilidad a los servicios y mejorar la adherencia a los tratamientos.

ACCIONES:

- a. Promover la creación de nuevos Centros de Día en función de las necesidades que se determinen dentro del circuito asistencial normalizado.
- b. Incrementar el número de personas que pasan de tratamiento farmacológico a terapia psicosocial.
- c. Mantener y fortalecer el programa de objetivos intermedios dirigido a personas en tratamiento sustitutivo con metadona.
- d. Mantener y potenciar el Servicio Interdisciplinar de Atención a Drogodependientes en juzgados, mejorando las infraestructuras de Oviedo y Gijón y ampliando a Avilés, en colaboración con la Dirección General de Justicia y el Poder Judicial.

En relación con la INCORPORACIÓN SOCIAL

La incorporación social tiene como objetivo facilitar a la persona los instrumentos necesarios para superar su dependencia y poder insertarse en su medio habitual. Toma como marco de referencia los recursos comunitarios normalizados y forma parte de los tratamientos que tienen lugar en los servicios especializados en adicciones. Este proceso debe continuar una vez recibida el alta en los recursos terapéuticos, manteniendo un seguimiento desde estos, en colaboración con los recursos comunitarios.

OBJETIVOS

1. Facilitar el proceso de cambio en personas con problemas de adicciones con dificultades de integración social, a través de estrategias que les permitan desenvolverse de forma autónoma y desarrollarse en un medio normalizado.

ACCIONES:

- a. Promover la aplicación de Cláusulas de Responsabilidad Social en la contratación de las Administraciones Públicas y de Responsabilidad Social Corporativa en las empresas que contemplen a las personas en proceso de inserción social.
- b. Mantener los programas de acompañamiento a la formación ocupacional fuera del medio penitenciario, mediante acuerdos de colaboración con organizaciones que trabajen con el Centro Penitenciario de Villabona.
- c. Elaborar un catálogo de recursos y proporcionar la formación necesaria para que se conozca y se utilice el sistema de incorporación social en los dispositivos de atención a drogodependientes.

2. Abordar la situación específica de las personas con problemas de adicciones que llevan asociadas otras problemáticas sociofamiliares (familias adictas con menores, personas enfermas de SIDA, personas con problemas legales.).

ACCIONES:

- a. Desarrollar y coordinar con otras entidades públicas y privadas actividades específicas dirigidas a estas personas.

CONOCIMIENTO CIENTÍFICO: LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN, LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LA INVESTIGACIÓN.

La Estrategia Nacional 2009-2016 señala muy acertadamente respecto a las actuaciones sobre las drogas que “un aumento de la evidencia científica redundará en una mayor eficacia y mejores resultados de las intervenciones a realizar, y la apropiada evaluación de éstas podrá sumarse a la evidencia disponible”.

Para desarrollar el conocimiento científico sobre las drogodependencias y las actuaciones sobre las mismas, es preciso construir y potenciar tres pilares esenciales:

- Un Sistema de Información que nos permita manejar datos consistentes y sólidos que cumpla las características básicas de validez, fiabilidad, comparabilidad y estabilidad en el tiempo. Parte esencial del mismo debe constituirlo el Observatorio sobre Drogas de Asturias
- Un soporte sólido de la Evidencia Científica existente, que debe fundamentarse en sistemas que permitan el mejor acceso posible al conocimiento disponible y una conexión en Red con todas las fuentes de conocimiento científico y muy especialmente con el Plan Nacional de Drogas.
- Un impulso a la Investigación que permita generar nuevos conocimientos. Es necesario buscar mecanismos para desarrollar la investigación en nuestro entorno, tanto directamente realizada desde la administración, como potenciando y colaborando con la que desarrollen otras instancias y grupos investigadores y muy especialmente la Universidad. También se debe desarrollar la investigación en red con instancias y grupos autonómicos, nacionales y extranjeros.

Por otra parte, todos los datos que manejamos establecen una clara diferencia de género en el fenómeno de las dependencias. Son distintos los patrones de consumo, son distintas las consecuencias de estos patrones y distintos son los perfiles para ambos sexos. Debe por tanto desarrollarse la investigación de estas diferencias y trabajar en la definición de las distintas formas de abordaje del problema en cada sexo.

OBJETIVOS

1. Desarrollar el Observatorio sobre Drogas para Asturias.

ACCIONES

- a. Elaborar un documento que defina las tareas básicas del Observatorio en torno a tres áreas de trabajo: la gestión de la información, la evaluación y el control de calidad de la misma.
- b. Establecer un protocolo de relación permanente con el Observatorio Español de Drogas, así como impulsando la creación de redes de información entre las Comunidades Autónomas.
- c. Elaboración de un catálogo de todas las fuentes de información utilizadas que incluya el tipo de información y el cauce utilizado para su envío al Observatorio.
- d. Mantener las Encuestas que elabora el Plan Nacional (ESTUDES y EDADES) y desarrollar nuevos trabajos sobre consumos específicos y/o poblaciones concretas.
- e. Elaborar las recomendaciones oportunas en materia de investigación, en función del análisis de la información obtenida.
- f. Potenciar el estudio de los patrones de género en las drogodependencias, a través de la incorporación de dicha perspectiva en todos los estudios y líneas de investigación en las que intervenga el Observatorio.

2. Desarrollar el servicio de documentación para favorecer el acceso y difundir la información y documentación relacionada con las adicciones a las drogas.

ACCIONES.

- a. Mantener un servicio de información multicanal sobre recursos que trabajen en adicciones en Asturias.
- b. Dotar a la UCPD de los medios necesarios para desarrollar un sistema de recogida de información sobre actuaciones, planes y programas desarrollados en la comunidad en relación con las drogodependencias.
- c. Trabajar con el Plan Nacional y las CCAA en el diseño e implantación de un sistema de búsqueda bibliográfica en red.
- d. Mejorar la página Web en el marco del portal sanitario de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, "Astursalud".
- e. Revisar y potenciar el papel de la revista "Creando Futuro" y sus soportes como elemento informador en materia de drogas tanto a la población general como a colectivos específicos.

FORMACIÓN

Hay dos grandes objetivos a cubrir desde la perspectiva de la Formación en el Plan sobre Drogas.

Uno de ellos es el aumento constante de la capacitación para el manejo de aquellas cuestiones que se dan en el ámbito de las drogodependencias desde todas las profesiones y perspectivas de las personas que desarrollan algún tipo de actividad, bien sea profesional o voluntaria, en este campo. Para ello será necesario establecer programas diferenciados en función de las distintas necesidades que se detecten en cada esfera.

El otro es la puesta en común de los distintos elementos metodológicos tanto en el ámbito terapéutico como en el preventivo, para avanzar en modelos comunes de conocimiento y abordaje de los problemas, buscando la orientación hacia objetivos compartidos y metodologías similares o cuando menos comparables en sus procedimientos y resultados.

OBJETIVOS

1. Diseñar una estrategia formativa en Atención Primaria y Especializada para la "normalización" del tratamiento de las drogodependencias en el Sistema Sanitario Público.

ACCIONES

- a. Establecer a través del IAAP Adolfo Posada un programa de formación en drogodependencias para el personal de Atención Primaria diferenciando las sustancias, los riesgos e incorporando la perspectiva de género.
- b. Mejorar la capacitación de los servicios de urgencias y emergencias para la atención de situaciones de abuso y dependencia de sustancias psico-activas.
- c. Establecer programas específicos de formación en drogodependencias en función de las especialidades para la Atención Especializada (embarazos en drogodependientes, patología neurológica, patologías asociadas a alcohol y otras sustancias).

2. Diseñar una propuesta formativa diferenciada para los distintos perfiles profesionales de servicios sociales, tanto remunerados como voluntarios, que trabajan con poblaciones de riesgo.

ACCIONES

- a. Delimitar, a través de un estudio, las principales necesidades formativas de las personas que trabajan en drogodependencias, incidiendo en la puesta en común de los modelos de intervención y realizando propuestas formativas en función de las necesidades detectadas y de las prioridades establecidas en el Plan sobre Drogas.
- b. Desarrollar cursos de Formación que profundicen en la definición del modelo bio-psico-social de abordaje de las drogodependencias.
- c. Mejorar la capacitación en la atención a los nuevos modelos de drogadicciones y abusos, especialmente con patología mental asociada.
- d. Potenciar la capacitación de las y los profesionales de servicios sociales que trabajan con poblaciones de riesgo, especialmente adolescentes y jóvenes en conflicto social en el manejo de situaciones de riesgo y consumos, en colaboración con Consejería de Bienestar Social y el IAAPAP.

3. Diseñar una propuesta formativa basada en la prevención de drogodependencias bajo los postulados de la promoción de la salud para personal docente del Sistema Educativo.

ACCIONES

- a. Trabajar con la Consejería de Educación y los CPR en el diseño de una propuesta formativa específica para el personal docente.

4. Fomentar la implantación de formación en adicciones en los currícula académicos de los estudios universitarios del Principado de Asturias de ámbito social, legal, educativo y sanitario.

ACCIONES:

- a. Propiciar la formación en adicciones en los programas de posgrado de la Universidad.
- b. Participar en la organización de otros cursos con la Universidad.

5. Ampliar y mejorar los encuentros con la sociedad con relación a la problemática que ocasionan las adicciones que permitan una mejor respuesta en sus distintos ámbitos de actuación y proporcionar la formación básica necesaria a diversos sectores implicados.

ACCIONES:

- a. Organizar actividades formativas y divulgativas conjuntamente con los Municipios que actualmente desarrollan este tipo de actividades, estableciendo como principales colectivos de referencia a Medios de Comunicación, Profesionales del Sector del Ocio y Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, población trabajadora y empresariado.

EVALUACIÓN

No puede existir evidencia científica de la utilidad de las intervenciones sin la evaluación de las mismas. Esta se ha convertido en una herramienta indispensable para valorar, reorientar, modificar o potenciar nuestras actuaciones, con el objeto de distribuir los recursos y los esfuerzos con los mejores resultados posibles.

La Evaluación no es sólo una herramienta ineludible para el desarrollo del plan de trabajo sino una parte indispensable del mismo, ya que es el único mecanismo que nos permite determinar si el proceso de desarrollo es correcto y, lo que es más importante, si ese desarrollo se traduce en resultados reales para la población a la que se dirige.

Será además el instrumento básico de construcción de nuevos Planes de Acción e incluso de rectificación del actual si fuera preciso.

OBJETIVO

1. Desarrollar actuaciones que permitan evaluar el Plan sobre Drogas en su conjunto, así como los diferentes programas, acciones y recursos contemplados en el desarrollo del mismo.

ACCIONES:

- a. Realizar un seguimiento bianual de los Indicadores de Seguimiento del Plan de Drogas a través de la herramienta del InfoDrog.
- b. Efectuar al menos una evaluación de proceso transcurrida más de la mitad de vigencia del Plan de Drogas
- c. Realizar una evaluación final del Plan con una metodología contrastada científicamente.
- d. Incorporar la evaluación en los nuevos programas, acciones y recursos que se pongan en marcha.

MEMORIA PRESUPUESTARIA

El nuevo Plan Sobre Drogas para Asturias 2010-2016 tiene lógicamente una expresión presupuestaria que sostiene y desarrolla los Objetivos Estratégicos y las Acciones planteadas en el mismo.

Para su mejor comprensión, el presupuesto se ha distribuido de acuerdo con la expresión de los Objetivos Estratégicos del Plan, considerando que así se expresa mejor el esfuerzo presupuestario para su desarrollo.

En el marco en el que nos movemos en la actualidad resulta cuando menos arriesgado plantear desarrollos presupuestarios a lo largo del período de vigencia del Plan, dado que estos podrían verse sometidos a ajustes, en cualquiera de los sentidos, que hoy por hoy harían irreal el planteamiento de cualquier escenario.

Por ello en la presente Memoria planteamos sólo la situación presupuestaria para el ejercicio actual y el próximo.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	2010	2011
Aumentar la capacidad del sistema socio sanitario para dar respuesta a los problemas que genera el consumo de sustancias, disminuir su prevalencia y aumentar el número de personas que supera su dependencia	1.823.990 €	1.860.470 €
Aumentar y mejorar las actuaciones, programas y políticas preventivas para conseguir la disminución del número de personas que establece relaciones problemáticas con las sustancias, el aumento del conocimiento social del problema y la construcción social de espacios de ocio y de trabajo sin consumo de sustancias	1.374.000 €	1.401.480 €
Aumentar el conocimiento científico y contrastado sobre la problemática que generan las drogodependencias y los distintos enfoques y abordajes de las mismas por la sociedad en su conjunto y el sistema sociosanitario en particular	132.400 €	135.048 €
Aumentar la implicación y la intervención del conjunto de la sociedad en las distintas facetas de las drogodependencias	804.500 €	820.590 €
TOTAL	4.136.900 €	4.219.638 €

TERCERA PARTE



PROGRAMAS ESPECÍFICOS

PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Tal y como se señalaba en el capítulo anterior los programas específicos o monográficos se desarrollan en torno a un problema concreto que puede ser una sustancia o un campo de actuación concreto, desarrollando en torno a esa cuestión los ámbitos de actuación correspondientes.

Una de las preocupaciones más relevantes es el consumo de alcohol, porque siendo el más antiguo y el que afecta a más personas, no tiene a día de hoy, la atención que creemos debería tener en el conjunto de las drogodependencias. Otro tanto, con sus características propias, podemos decir del tabaco y la mortalidad e incapacidad que induce, o el incremento actual de la cocaína, muy probablemente infravalorada en sus números y en sus consecuencias. Por otra parte, tanto la incidencia del consumo en el ámbito laboral – todavía hoy poco conocida – y las consecuencias derivadas del mismo, como la posibilidad de realizar actuaciones preventivas y diagnósticos precoces, hacen que la intervención en el medio laboral adquiera una entidad suficiente como para ser abordada de forma específica.

Así pues, en el ámbito de vigencia del Plan sobre Drogas para Asturias 2010-2016, la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas elaborará y coordinará la puesta en marcha de un grupo de programas de carácter monográfico bien sea por la sustancia o por la población de referencia, que en este momento se consideran prioritarios por las razones que se exponen en los documentos Anexos.

Dichos programas tendrán una estructura similar a la que desarrolla las estrategias del Plan sobre Drogas, exceptuando el dedicado a la Prevención y Control del Tabaquismo que ya está vigente en la actualidad.

Los programas que se abordarán bajo estas premisas serán:

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO Y DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO A LAS PERSONAS DEPENDIENTES DEL ALCOHOL

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO Y ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS ADICTAS A LA COCAÍNA

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

Como documentos anexos al PLAN SOBRE DROGAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2010-2016 se exponen las bases de estos Programas.



ANEXO

PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016

INDICADORES

SITUACIÓN DE PARTIDA SEGÚN LOS INDICADORES GENERALES DEL PLAN 2001-2003

INDICADORES GENERALES DE EDAD DE INICIO SEGÚN SEXO

Proporción de estudiantes (14-18 años) residentes en Asturias que toman contacto con el consumo de drogas. Años 2006 y 2008

Toma de contacto con el tabaco

		Hombre	Mujer	Total
Año	2006	10,2%	15,3%	12,6%
	2008	14,4%	19,0%	16,9%

ESTUDES. Submuestra asturiana.

Toma de contacto con el alcohol

		Hombre	Mujer	Total
Año	2006	25,7%	30,6%	28,1%
	2008	30,5%	34,2%	32,5%

ESTUDES. Submuestra asturiana

Toma de contacto con cánnabis

		Hombre	Mujer	Total
Año	2006	16,4%	17,5%	16,9%
	2008	13,5%	15,5%	14,0%

ESTUDES. Submuestra asturiana

Toma de contacto con cocaína

		Hombre	Mujer	Total
Año	2006	4,4%	3,9%	4,1%
	2008	2,6%	2,3%	2,4%

ESTUDES. Submuestra asturiana

INDICADORES GENERALES DE CONSUMO SEGÚN EDAD Y SEXO

Prevalencia de consumidores en jóvenes y adultos según sexo. Año 2008

Consumo de cigarrillos en estudiantes de 14-18 años

	Hombre	Mujer	Total
Alguna vez	41,9%	45,6%	43,7%
Fumo en la actualidad	13,4%	13,1%	13,3%

ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

Consumo de alcohol a lo largo de la semana en estudiantes de 14-18 años

	Hombre	Mujer	Total
Todos los días	9,9	3,0	6,6
Laborales (alguno)	32,7	21,4	27,2
Laborables (todos)	2,3	1,4	1,9
Fin de semana (alguno)	68,3	72	70,1
Fin de semana (Todos)	40,6	30,3	35,6

ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

Consumo de alcohol en adultos mayores de 15 años

	Hombre	Mujer	Total
Días laborales	60,2%	37,9%	51,5%
Fin de semana	85,4%	76,4%	81,9%
Todos los días	21,5%	5,3%	13%

Encuesta de Salud. Asturias 2008.

Consumo de cánnabis en los últimos 30 días en estudiantes de 14-18 años

Hombre	Mujer	Total
16,7%	13,6%	15,2%

ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

Consumo de cánnabis en los últimos 30 días en adultos de 15- 65 años

Hombre	Mujer	Total
6,5%	2,6%	4,6%

EDADES 2007 Submuestra asturiana.

Consumo de cocaína en los últimos 30 días en estudiantes de 14-18 años

Hombre	Mujer	Total
1,5%	1,4%	1,5%

ESTUDES 2008. Submuestra asturiana

Consumo de cocaína en los últimos 30 días en adultos de 15-65 años

Hombre	Mujer	Total
2,2%	0,0%	1,1%

EDADES 2007 Submuestra asturiana.

INDICADORES GENERALES DE SALUD. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA

Número y proporción de muertes atribuibles al tabaco por género (mayores de 35 años)

	Total		%	
	2006	2008	2006	2008
Hombres	1.791	1.737	28,2	27,3
Mujeres	710	721	11,9	11,4
Total	2.507	2.458	20,3	19,3

Observatorio sobre Drogas para Asturias

Número y proporción de muertes atribuibles al alcohol por género.

	Total		%	
	2006	2008	2006	2008
Hombres	296	186	4,6	4,3
Mujeres	71	43	1,2	1,0
Total	367	229	2,9	2,7

Observatorio sobre Drogas para Asturias

Número de fallecimientos por reacción aguda a la toma de drogas por género.

	Total		%	
	2006	2008	2006	2008
Hombres	21	25	0,20	0,19
Mujeres	5	2	0,040	0,015
Total	26	27	0,21	0,21

Observatorio sobre Drogas para Asturias

Prevalencia de infección por el VIH entre los consumidores de drogas ilegales.

Estado serológico VIH (Entre población atendida en Centros de Salud Mental)

	Con Tto. previo	Sin Tto. previo	Total
Positivo	8,2%	1,30%	5,4%
Negativo (análisis últimos 6 meses)	19%	13,8%	16,2%
Negativo (sin fecha de análisis)	42,9%	11,2%	32,8%
Sin análisis o resultado desconocido	29,9%	73,7%	48,3%

SEIT. Indicador Admisión a Tratamiento.2007.

INDICADORES GENERALES DE SALUD. POR DEMANDA DE TRATAMIENTOS

Número de personas incluidas en programas de deshabituación tabáquica, alcohólica, o por drogas ilegales, según existencia de tratamiento previo según género.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de Alcohol. 2008

Total	Hombres	Mujeres
515	419	96

Racpas. Unidad de Evaluación y Sistemas de Información

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a sustancias Psicoactivas. 2008

Total	Hombres	Mujeres
415	349	66

Racpas. Unidad de Evaluación y Sistemas de Información

INDICADORES DE REINSERCIÓN

Número de personas que han obtenido el alta terapéutica

Altas 2008

Descripción	n
Criterio facultativo (alta terapéutica)	88
Suspensión del tratamiento	32
Ingreso en prisión	111
Defunción	33
Decisión del usuario	109
Otras	35
TOTAL	408

Racpas. Unidad de Evaluación y Sistemas de Información.

INDICADORES DE ACTIVIDAD EN EL ÁMBITO LABORAL

Número de personas con problemas de drogodependencias incluidas en programas de formación ocupacional por género. Año 2008. (Datos parciales)

Grupos apoyo búsqueda empleo	339
Planes individuales de inserción laboral	283

Memoria de Proyecto Hombre. 2008

INDICADORES GENERALES DE RESULTADOS. PLAN 2010-2016

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN

Reducir al máximo posible el consumo de sustancias psicoactivas de comercio legal e ilegal y con él los efectos sobre la salud de las personas, sobre el sistema sanitario y sobre las familias y la sociedad en su conjunto.

Indicadores ligados a la reducción del consumo, del consumo habitual y de la edad de inicio:

Indicador 1: Reducir la prevalencia de fumadores en la población general.

- [porcentaje de mayores de 15 años que fumen diariamente, según sexo]

Fuentes: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas (EDADES) y Encuesta de Salud de Asturias (ESA)

Indicador 2: Reducir la prevalencia de consumidores abusivos de alcohol en la población general.

- [Porcentaje de varones mayores de 15 años que consumen más de 40 gr./día de alcohol]
- [Porcentaje de mujeres mayores de 15 años que consumen más de 30 gr./día]

Fuentes: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas (EDADES) y Encuesta de Salud de Asturias (ESA)

Indicador 3: Reducir la prevalencia de consumidores habituales de tranquilizantes sin receta en la población general.

- [Porcentaje de mayores de 15 años que consumen Hipnosedantes sin receta médica según sexo]

Fuentes: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas (EDADES) y Encuesta de Salud de Asturias (ESA)

Indicador 4: Reducir la prevalencia de consumidores habituales de drogas ilegales en la población general.

- [Porcentaje de mayores de 15 años que han consumido sustancias ilegales en los últimos 30 días, según género]

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas (EDADES)

Indicador 5: Reducir la proporción de jóvenes que se inician en el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

- [Porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que han consumido alguna vez en los últimos 12 meses, según sexo]

Fuente: Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)

Indicador 6: Aumentar el número de jóvenes que en los que hay percepción de riesgo con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilegales.

- [Porcentaje de estudiantes 14 a 18 años que consideran el consumo habitual muy problemático, según sexo]

Fuente: ESTUDES

Indicador 7: Retrasar la edad habitual de inicio de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en jóvenes.
· [Media de las Edades de inicio al consumo reflejadas en la Encuesta ESTUDES (considerando sus correspondientes intervalos de confianza)]
Fuente: ESTUDES

Indicadores ligados a la reducción de repercusiones en la salud (morbimortalidad):

Indicador 8: Reducir la incidencia de infección por VIH, hepatitis y tuberculosis entre adictos a drogas por vía parenteral.
· [Nº ADVP en tratamiento con VIH, TBC y/o Hepatitis / Nº Total de Hombres ADVP en tratamiento(según sexo)]
Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias

Indicador 9: Reducir el uso de la vía parenteral en el consumo de drogas.
· [Nº ADVP en tratamiento en el sistema asistencial /total de consumidores en tratamiento (según sexo)]
Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias

Indicador 10: Reducir la proporción de la mortalidad total atribuible al tabaco.
· [Nº muertes atribuibles a tabaco / defunciones totales (según sexo)]
Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias. Registro de Mortalidad del Principado de Asturias

Indicador 11: Reducir la proporción de la mortalidad total atribuible al alcohol.
· [Nº muertes atribuibles a alcohol / defunciones Totales (según sexo)]
Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias. Registro de Mortalidad del Principado de Asturias

Indicador 12: Reducir la mortalidad por reacción aguda al consumo de drogas.
· [(Nº muertes por patologías asociadas a drogas en varones/ población total varones)x 100.000]
· [(Nº muertes por patologías asociadas a drogas en mujeres/ población total de mujeres) x 100.000]
Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias.

Indicadores ligados a las intervenciones sociales y/o sociosanitarias:

Indicador 13: Aumentar la proporción de personas abstemias y no fumadoras
· [Porcentaje de mayores de 15 años que no han fumado nunca, según sexo]
· [Porcentaje de mayores de 15 años que no han bebido en los últimos 12 meses]
Fuente: Encuesta de Salud de Asturias (ESA)

Indicador 14: Aumentar la proporción de exfumadores en la población general.
· [Porcentaje de mayores de 15 años con más de dos años de abandono del hábito de fumar, según sexo]
Fuente: Encuesta de Salud de Asturias (ESA)

Indicador 15: Aumentar el número de personas con adicción y/o problemas derivados del consumo de alcohol y/o drogas ilegales que se encuentran a tratamiento.

- [Número absoluto, según sexo]

Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias. Sistemas de Información de SESPA - Salud Mental

Indicador 16: Disminuir significativamente el número de personas que abandonan el tratamiento en cualquiera de sus fases.

- [Nº abandonos NO terapéuticos de tratamiento/ Admisiones totales a tratamiento (según sexo)]

Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias. Sistemas de Información de SESPA - Salud Mental

Indicador 17: Aumentar las altas terapéuticas en todos los dispositivos asistenciales

- [Nº altas terapéuticas de tratamiento/ Admisiones totales a tratamiento (según sexo)]

Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias. Sistemas de Información de SESPA - Salud Mental

Indicador 18: Aumentar el número de personas que finaliza con éxito un Plan de Inserción Social.

- [Número absoluto según sexo]

Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias. PMDs

Indicador 19: Aumentar la proporción de población penitenciaria en Módulos Libres de Drogas.

- [Nº varones incluidos en Módulos Libres de Drogas/ total población reclusa masculina en el CP de Villabona]
- [Nº mujeres incluidas en Módulos Libres de Drogas/total población reclusa femenina en el CP de Villabona]

Fuente: Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) del CP Villabona. Instituciones Penitenciarias.

Indicador 20: Aumentar la proporción de población penitenciaria en programas de Inserción Social

- [Nº varones incluidos en programas de Inserción Social */ total población reclusa masculina en el CP de Villabona]
- [Nº mujeres incluidas en programas de Inserción Social */ total población reclusa femenina en el CP de Villabona]

* Esta cifra se obtiene con la suma de personas reclusas incluidas en programas del CIS, en el Centro y Programa de Trabajo de ADSIS, en el Centro de Día de Amigos contra la Droga y en los Pisos de Inserción de Oviedo y Gijón.

Fuente: Observatorio de Drogas para Asturias Centro Inserción Social (CIS) del CP Villabona. Instituciones Penitenciarias

Indicador 21: Aumentar la proporción de personas en programas terapéuticos alternativos a la pena de privación de libertad.

- [Nº varones condenados a prisión que acceden a programas terapéuticos/ Nº vombres condenados a prisión consumidores de sustancias]
- [Nº mujeres condenadas a prisión que acceden a programas terapéuticos/ Nº mujeres condenadas a prisión consumidoras de sustancias]

Fuentes: Servicio Interdisciplinario de Atención a Drogodependientes en Juzgados (SIAD).

Indicador 22: Aumentar el número de personas con problemas de drogodependencias incluidas en programas de formación ocupacional.

· [Número absoluto según sexo]

Fuentes: Centros de Día. Comunidades Terapéuticas. CIS (CP Villabona). ONGs

Indicador 23: Número entidades vinculadas de forma regular al Foro de ONGs.

· [Nº de entidades que acuden al menos al 50% de las convocatorias anuales del Foro]

Fuente: Foro de ONGs del Plan Sobre Drogas para Asturias.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES: COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN

Objetivo 1: Establecer estructuras y mecanismos estables de coordinación entre las distintas Administraciones Públicas

Indicador: Número de estructuras y organismos de Coordinación constituidos y funcionantes

Estándar:

- Comisión de Coordinación
- Comisión Interinstitucional del Principado de Asturias
- Convenio de colaboración con Consejo General del Poder Judicial

Periodicidad: 2011-2016

Objetivo 2: Establecer una coordinación que defina y potencie objetivos comunes del Plan sobre Drogas Autonómico con los PMDs

Indicador 1: Cartera de Servicios Básica y común a todos los PMDs

Estándar: Cartera de Servicios Básica incorporada a las bases de la Convocatoria de subvenciones

Periodicidad: Antes de 2013

Indicador 2: Comisión de Seguimiento de los PMDs funcionando

Estándar: Al menos 2 reuniones anuales

Periodicidad: En 2011

Indicador 3: Toda la población asturiana con cobertura de algún PMDs

Estándar: 100% de los municipios

Periodicidad: Antes de 2016

Objetivo 3: Establecer mecanismos de coordinación interna entre los distintos ámbitos del sistema sanitario y los dispositivos asistenciales en drogodependencias.

Indicador: Circuitos terapéuticos normalizados publicados y vigentes

Estándar: Todos los dispositivos asistenciales

Periodicidad: 2013

Objetivo 4: Establecer mecanismos de reflexión, participación, cooperación y coordinación entre las entidades implicadas en el trabajo en las drogadicciones

Indicador: Foro de ONGs constituido como entidad

Estándar: Jornada y 4 reuniones anuales

Periodicidad: 2010-2016

Objetivo 5: Establecer mecanismos de reflexión, participación, cooperación y coordinación entre las organizaciones sociales y otros colectivos

Indicador: Grupo de trabajo con jóvenes y adolescentes constituido

Estándar: 4 reuniones anuales y 2 documentos anuales de propuestas

Periodicidad: A partir de 2011

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES: PREVENCIÓN

Objetivo 1: Favorecer la reducción de la promoción, publicidad y acceso a sustancias.

Indicador: Acuerdos municipales en Alcohol y Tabaco

Estándar: Con los municipios de más de 25.000 habitantes

Periodicidad: A partir de 2011

Objetivo 2: Implantar la calidad en los programas de prevención

Indicador: Conjunto mínimo de criterios de calidad publicado e implantado

Estándar: 50% actividades preventivas cumplen los criterios

Periodicidad: 2012

Objetivo 3: Promover campañas de sensibilización e información, tanto en población general como específica.

Indicador: Grupo de trabajo en Red con los PMDs constituido

Estándar: Materiales de Promoción de la Salud difundidos por todos los PMDs

Periodicidad: 2012

Objetivo 4: Fomentar en el sistema educativo la educación en valores, hábitos de vida saludables y adquisición de destrezas, competencias y habilidades suficientes que les permitan afrontar de forma responsable la toma de decisiones en lo relativo a cualquier tipo de consumo de sustancias

Indicador 1: Centros incluidos en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.

Estándar: Duplicar el número de Centros incluidos en la Red

Periodicidad: 2016

Indicador 2: Materiales educativos de prevención con enfoque de género

Estándar: En todos los materiales avalados por la UCPD

Periodicidad: 2016

Indicador 3: Actividades extraescolares de prevención en Alcohol y Tabaco.

Estándar: 40% de los centros educativos

Periodicidad: 2013

Objetivo 5: Desarrollar programas específicos educativos en materia de drogodependencias en Enseñanza Primaria y Secundaria

Indicador: Programa educativo propio de prevención en drogodependencias.

Estándar: Implantación en centros educativos con programas estructurados

Periodicidad: 2013

Objetivo 6: Potenciar que las familias se involucren en la tarea educativa que tiene que ver con la prevención del consumo de sustancias

Indicador: Programa de intervención familiar en las actividades de los PMDs

Estándar: Municipios de más de 25.000 habitantes

Periodicidad: 2012

Objetivo 7: Fomentar las actitudes y hábitos saludables en la población infantil y juvenil, en los espacios de tiempo libre.

Indicador: Programas de tiempo libre y fin de semana para jóvenes

Estándar: En los 7 municipios más grandes

Periodicidad: A partir de 2013

Objetivo 8: Diseñar y poner en marcha líneas de trabajo en grupos específicos de población adulta

Indicador: Plan de Intervención en el Medio Laboral específico para la PYME

Estándar: Implantación del Plan en pequeñas y medianas empresas

Periodicidad: A partir de 2011

Objetivo 9: Abrir líneas de trabajo en promoción de la salud y prevención de las drogodependencias en la Enfermería de la Atención Primaria de Salud

Indicador: Programa de prevención de drogodependencias en adolescentes

Estándar: Implantación del programa en las áreas Sanitarias

Periodicidad: A partir de 2011

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES:
DISMINUCIÓN DEL RIESGO Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

Objetivo 1: Impulsar el desarrollo de programas de calle y de contacto en zonas de riesgo bien estructurados y con eficacia contrastada

Indicador: Programa específico para mujeres jóvenes en zonas de riesgo

Estándar: Implantación en municipios de más de 25.000 habitantes

Periodicidad: A partir de 2011

Objetivo 2: Reducir los factores de riesgo y fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de sustancias en el marco de la promoción de la salud en los colectivos y grupos más vulnerables

Indicador: Talleres de EPS en el Centro Penitenciario de Villabona

Estándar: Al menos 2 al año

Periodicidad: 2010

Objetivo 3: Mantener los programas de disminución de daños estudiando su adecuación a los nuevos patrones de consumo

Indicador 1: Oficinas de Farmacia adscritas al programa de dispensación de opiáceos.

Estándar: 10 farmacias más por año

Periodicidad: Vigencia del Plan

Indicador 2: Unidades Móviles de dispensación de sustitutivos opiáceos

Estándar: Cobertura del 100% de la demanda

Periodicidad: Vigencia del Plan

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES: ASISTENCIA

Objetivo 1: Mejorar la asistencia en el sistema sanitario público para drogodependientes

Indicador 1: Guías de práctica clínica

Estándar: Cannabis, Cocaína y heroína

Periodicidad: 2014

Indicador 2: Diagnóstico y tratamiento de drogodependencias en contrato programa

Estándar: 100% Unidades de Gestión Clínica para Alcohol, Cannabis y Cocaína.

Periodicidad: 2014

Indicador 3: Procedimientos de clínica y tratamiento con enfoque de género.

Estándar: Para Tabaco, Alcohol, Cannabis y Cocaína.

Periodicidad: 2014

Objetivo 2: Mejorar la asistencia en los dispositivos asistenciales concertados en materia de drogodependencias.

Indicador: Guías de Criterios de Calidad de Centros y Servicios

Estándar: Adecuación de todos los dispositivos asistenciales

Periodicidad: 2014

Objetivo 3: Adaptar la oferta de servicios a las demandas de grupos específicos

Indicador: Protocolo socio-sanitario para pacientes de larga evolución

Estándar: Funcionando en Salud Mental, UTTs y dispositivos móviles

Periodicidad: 2014

Objetivo 4: Facilitar y aumentar la accesibilidad a los servicios y mejorar la adherencia a los tratamientos

Indicador: Aumentar el número de plazas en Centros de Día

Estándar: Al menos en un 50% durante la vigencia del Plan

Periodicidad: Vigencia del Plan

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES: INCORPORACIÓN SOCIAL

Objetivo 1: Facilitar el proceso de cambio en personas con problemas de adicciones con dificultades de integración social, a través de estrategias que le permitan desenvolverse de forma autónoma y desarrollarse en un medio normalizado.

Indicador: Programas de formación ocupacional en el medio penitenciario

Estándar: 5 programas

Periodicidad: 2013

Objetivo 2: Abordar la situación específica de las personas con problemas de adicciones que llevan asociadas otras problemáticas sociofamiliares (familias adictas con hijos, personas enfermas de SIDA, personas con problemas legales, etc).

Indicador: Programa con mujeres adictas en situación de maltrato

Estándar: Municipios de más de 25.000 habitantes

Periodicidad: 2014

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES: EL DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO: LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN, EL SOPORTE DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LA INVESTIGACIÓN

Objetivo 1: Desarrollar el Observatorio sobre Drogas para Asturias redefiniendo su estructura, sus funciones y fuentes de información.

Indicador 1: Publicaciones del Observatorio sobre consumos específicos

Estándar: Para Cocaína, Heroína e Hipnosedantes

Periodicidad: 2014

Indicador 2: Publicaciones sobre drogadicciones con enfoque de género

Estándar: Al menos una publicación específica al año

Periodicidad: Vigencia del Plan

Objetivo 2: Desarrollar el servicio de documentación para favorecer el acceso y difundir la información y documentación relacionada con las adicciones a las drogas.

Indicador: Herramienta de intercomunicación entre Documentación y todos los dispositivos

Estándar: Blog y/o Web 2.0 funcionando

Periodicidad: 2011

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES: FORMACIÓN

Objetivo 1: Diseñar una estrategia formativa en Atención Primaria y Especializada para la “normalización” del tratamiento de las drogodependencias en el Sistema Sanitario Público.

Indicador: Formación en drogodependencias para personal de PAS

Estándar: 1 grupo por área Sanitaria

Periodicidad: 2012

Objetivo 2: Diseñar una propuesta formativa diferenciada para los distintos perfiles profesionales del sistema socio-sanitario de atención a las drogodependencias tanto remunerado como voluntario

Indicador: Formación en drogodependencias para dispositivos asistenciales concertados y/o subvencionados

Estándar: 3 cursos anuales

Periodicidad: Vigencia del Plan

Objetivo 3: Diseñar una propuesta formativa basada en la prevención de drogodependencias bajo los postulados de la promoción de la salud para personal docente del Sistema Educativo

Indicador: Propuesta formativa específica para personal docente

Estándar: Ofertada en todos los CPR

Periodicidad: Vigencia del Plan

Objetivo 4: Fomentar la implantación de formación en adicciones en los currícula académicos de los estudios universitarios del Principado de Asturias de ámbito social, legal, educativo y sanitario.

Indicador: Propuesta a la Universidad sobre formación post-grado

Estándar: 1 programa de post-grado en drogodependencias en la Universidad de Oviedo

Periodicidad: 2013

Objetivo 5: Ampliar y mejorar los encuentros con la sociedad con relación a la problemática que ocasionan las adicciones que permitan una mejor respuesta en sus distintos ámbitos de actuación y proporcionar la formación básica necesaria a diversos sectores implicados

Indicador: PMDs que incorporan a su programa formación al sector del ocio

Estándar: Municipios mayores de 25.000 habitantes

Periodicidad: 2013

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS Y ACCIONES: EVALUACIÓN

Objetivo 1: Desarrollar actuaciones que permitan evaluar el Plan sobre Drogas en su conjunto, así como los diferentes programas, acciones y recursos contemplados en el desarrollo del mismo

Indicador: Evaluación del Plan sobre Drogodependencias

Estándar: Evaluación final publicada

Periodicidad: 2017



PLAN SOBRE **DROGAS**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
2010/2016



Gobierno del Principado de Asturias

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios