

Primera evaluación intermedia del III PASDA



Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Introducción.....	3
Metodología.....	4
Evaluación cuantitativa.....	8
Nivel autonómico.....	8
Nivel provincial.....	44
Análisis datos cuantitativos.....	53
Resumen evaluación cuantitativa.....	59
Evaluación Cualitativa.....	63
Grupos focales.....	64
Personas usuarias.....	64
Colectivo profesional.....	70
Prevención.....	71
Atención socio-sanitaria.....	78
Incorporación social.....	81
Gestión del conocimiento.....	85
Cuestionarios.....	87
Personas usuarias.....	88
Resultados.....	90
Análisis de resultados.....	95
Colectivo profesional.....	98
Resultados.....	100
Análisis de resultados.....	105
Propuestas de actuación.....	109
Personas usuarias.....	110
Prevención.....	113
Atención socio-sanitaria.....	115
Incorporación social.....	118
Gestión del conocimiento.....	120
Resumen final.....	122
Plan de actuación bienal (2018-2019).....	130
Área de Prevención.....	131
Área de Atención socio-sanitaria.....	133
Área de Incorporación social.....	136
Área de Gestión del conocimiento.....	139
Personas usuarias.....	141
Organización de la Red.....	143



1ª Evaluación interna III PASDA (2016-2017)

Introducción

Desde el III Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (III PASDA), se promueve la evaluación de todas las actividades y programas que se lleven a cabo dentro de su ámbito de actuación, así como la evaluación del propio Plan. Con respecto a este último punto, dentro del diseño del III PASDA, se establece una metodología de evaluación del mismo, concebida como un proceso continuo a lo largo de toda la vigencia del Plan, con cuatro objetivos, que se corresponden con:

Evaluación de **Diseño**, donde se analiza principalmente la pertinencia, adecuación y coherencia de la planificación realizada. A realizar a comienzo del Plan.

Evaluación de **Proceso**, que valora el nivel de realización de las estrategias previstas.

Evaluación de **Resultado**, para medir el nivel de cumplimiento de los objetivos planteados.

Evaluación de **Efectividad** o **Impacto**, para evaluar el efecto generado por la implementación del III PASDA sobre la población diana y la población andaluza en general. Esta evaluación se hará al finalizar el periodo de vigencia del Plan.

De estas cuatro categorías evaluadoras, las de Proceso y de Resultado, deben formar parte de las dos evaluaciones intermedias previstas en el III PASDA, que servirán de base para el diseño y establecimiento de los Planes de actuación bienales, contemplados también en el diseño del III PASDA. Estos Planes de actuación bienales tienen el objetivo de establecer actuaciones concretas y un cronograma para dos años, basados en el grado de cumplimiento alcanzado hasta el momento y de los aspectos fuertes y mejorables del Plan.

Toda la evaluación del Plan se llevará desde un enfoque holístico, integrando la perspectiva de género y con un enfoque cuantitativo y cualitativo.

En todo el proceso de evaluación del III PASDA se le encomienda al Observatorio la tarea de coordinar dicho proceso, pero de forma directa, asume las dos evaluaciones intermedias, recabando el apoyo y asesoramiento de cuantas personas expertas se considere necesario, así como estableciendo los canales necesarios para recabar la información que permitan estas evaluaciones. Esto se llevará a cabo a través de un Sistema de Registro para la Evaluación del



Plan, para el apartado cuantitativo, y de la coordinación de grupos focales y de entrevistas en profundidad, para el apartado cualitativo.

Como punto final del proceso evaluador, es necesario diseñar un Plan de Comunicación de dicha Evaluación que se asegure que llega a todos los agentes implicados en el III PASDA

Para llevar a cabo esta primera evaluación intermedia del III PASDA, desde el Observatorio se estableció una metodología de trabajo que a continuación se detalla, paso a paso.

Metodología propuesta

Paso 1.- Designación grupo de personas expertas.

Propuesta de grupo de personas expertas para llevar a cabo la evaluación, teniendo en cuenta la presencia de al menos una persona de nuestra red de atención a las drogodependencias y adicciones, por cada provincia y representantes de entidades relacionadas con el III PASDA y de personas usuarias, teniendo en cuenta la paridad de género en su composición.

Paso 2.- Recogida de datos.

Evaluación Cuantitativa

Elaboración del sistema de registro:

- Datos aportados por la Secretaría General de SS.SS.
- Datos aportados por los CPDs a través de las coordinaciones de área de cada provincia en la materia (Prevención, Atención socio-sanitaria, Incorporación social y Gestión del conocimiento).
- Datos aportados a través de las Comisiones Técnicas Provinciales (CTPs) en cada materia (Prevención, Atención socio-sanitaria e Incorporación social)

Evaluación cualitativa

Determinación y creación de los grupos focales a través de las CTPs en cada materia (Prevención, Atención socio-sanitaria e Incorporación social)



Paso 3.- Análisis de los datos obtenidos.

A través del grupo de personas expertas, conformado en paso 1, se realizará el análisis, resumen y presentación de los datos obtenidos en la fase de recogida de datos.

Paso 4.- Elaboración de informe final.

Como resultado de los pasos 2 y 3 se elaborará un informe final, que será presentado al pleno del Comité científico del OASDA para su discusión y aprobación.

Paso 5.- Propuesta del Plan de actuación bienal por el equipo de personas expertas y aprobación por la Secretaría General de SS.SS.

Paso 6.- Difusión.

Procurar la difusión digital a todas las personas, entidades e instituciones públicas y privadas, relacionadas con el III PASDA, de los resultados de la evaluación cuantitativa y cualitativa, así como del Plan de actuación bienal previsto.



Paso 1**Designación grupo de personas expertas.**

Para conformar el grupo de trabajo que coordinara y liderara el proceso de evaluación intermedia del III PASDA, se consideró necesario que estuvieran representados, las instituciones relacionadas con el PASDA, las personas profesionales y las personas usuarias, contemplando la paridad de géneros, tal como determina el propio III PASDA en su apartado de evaluación. Por ello, en la composición de este grupo de trabajo, está presente la Secretaría General de Servicios Sociales (SGSS) de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA), profesionales de la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones de las ocho provincias andaluzas y el colectivo de personas usuarias, representado por los movimientos asociativos y por último, como entidad responsable de esta evaluación, el Observatorio Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (OASDA), teniendo una distribución según género de 10 mujeres y 6 hombres.

Con estos criterios se pidió a cada una de las instituciones (SGSS y ASSDA), a las direcciones provinciales de la red andaluza de atención a las drogodependencias y Adicciones y al movimiento asociativo, que designaran, como sus representantes, a las personas que estimaran oportunas para participar de este grupo de trabajo.

Con las aportaciones recibidas se constituyó definitivamente el grupo de trabajo, con la siguiente composición:

Mercedes Suárez Bernal (S.G.S.S.)(O.A.S.D.A.)
Rosario Ballesta Gómez (A.S.S.D.A.) (O.A.S.D.A.)
José Miguel Martínez González (O.A.S.D.A.)
Izascun Bilbao Acedo (A.S.S.D.A.)
Francisco Sánchez Muñoz (A.S.S.D.A.)
Remedios Liria Corral (Almería)
Francisco José Jaime Lora (Cádiz)
Inmaculada León Ezqueta (Córdoba)
Blanca Molina Molina (Granada)
Juana Clemente García (Huelva)
M^a Dolores de los Riscos Casasola (Jaén)
Félix Bravo López (Málaga)
José Tenorio Iglesias (Sevilla)
Esther Villalobos Rodríguez (ENLACE)
Raquel Castro Bohórquez (F.A.J.E.R.)
Francisco Aguilar de Arcos (O.A.S.D.A.)



Paso 2

Recogida de datos

Dentro del diseño establecido por el III PASDA para su evaluación intermedia, se establece que dicha evaluación tiene que recoger los ámbitos cuantitativos y cualitativos.

Valoración cuantitativa

En este apartado se pretendía conocer el nivel de cumplimiento de las distintas estrategias que componen el Plan. Para esta tarea se optó por el “**juicio de expertos**”, basándonos en el criterio de profesionales que forman la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones. Para que este juicio fuese representativo de toda la red se decidió contar con la valoración de todas las provincias y de la propia SGSS en las cuatro áreas de actuación que conforman el Plan (Prevención, Atención Socio-Sanitaria, Incorporación Social y Gestión del Conocimiento).

Se estableció un sistema de calificación para cada estrategia, según el cual cada profesional participante debía asignarle una condición a cada estrategia, según su situación actual de cumplimiento. En esta fase de valoración participaron 35 profesionales de la red.

Las condiciones establecidas fueron:

P= Pendiente de realizar. R= Realizándose. F= Finalizada. PP= Parcialmente realizada (por zonas) EC= Depende de otras entidades

De esta forma, de cada una de las 354 estrategias del plan se conseguían nueve valoraciones (una por cada provincia y otra por parte de la SGSS) de expertos, lo que arrojaba un total 3186 valoraciones.

El realizar el análisis desde el elemento más simple del Plan, la estrategia, nos permitía ir ascendiendo en el análisis de estructuras más amplias del mismo, como los objetivos específicos, los objetivos generales, el área de actuación completa y del plan en su conjunto.

Los datos obtenidos en esta fase se exponen a continuación, inicialmente de forma global para toda la comunidad autónoma y en una segunda parte provincializados. (Éstos sólo se presentan gráficamente a nivel de Objetivos Generales)



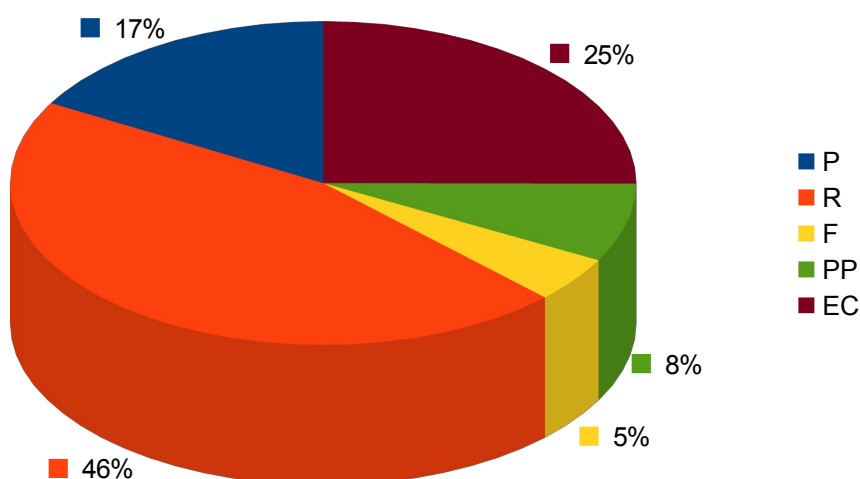
Evaluación Cuantitativa a nivel autonómico



PREVENCIÓN

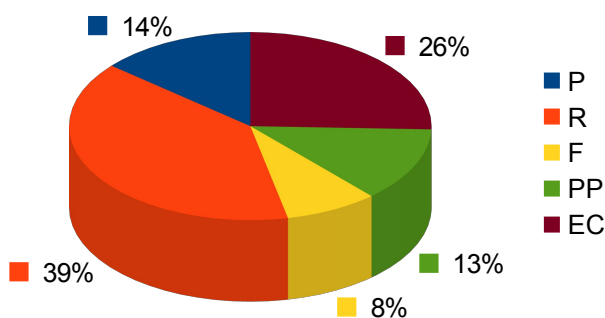
Objetivo General 1 (51 estrategias).- Evitar el consumo y/o retrasar la edad de inicio al consumo de las diversas sustancias psicoactivas así como de otras actividades susceptibles de convertirse en adicciones.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	10	13	0	3	18	4	9	8	12
R	21	29	27	30	25	27	16	13	22
F	6	1	0	4	2	3	1	1	3
PP	1	6	15	6	0	0	6	2	0
EC	13	2	9	8	6	17	19	27	14



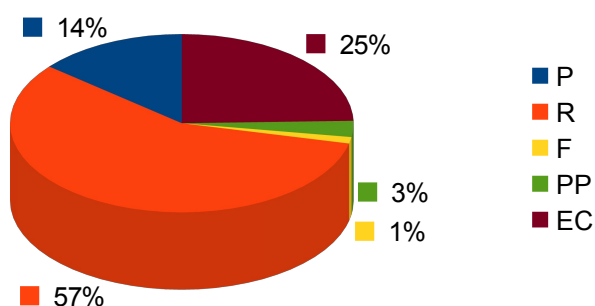
Objetivo específico 1.1 (20 estrategias): Promover desde el ámbito comunitario actuaciones preventivas, potenciando la participación coordinada desde todos los ámbitos de actuación y contando con todos los y las agentes implicados.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	3	6	0	0	10	1	2	2	1
R	9	8	6	9	8	11	6	3	11
F	2	1	0	3	2	3	0	1	3
PP	1	3	10	5	0	0	3	1	0
EC	5	2	4	3	0	5	9	13	5



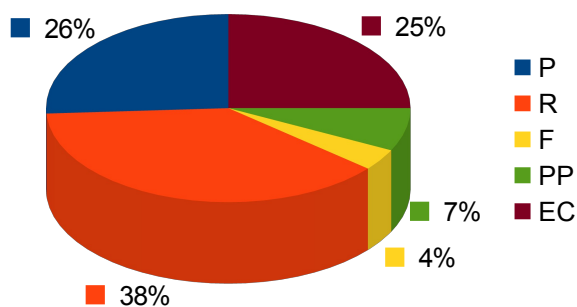
Objetivo específico 1.2 (19 estrategias): Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, promoviendo actitudes y hábitos de vida saludables, desde todos los ámbitos de la prevención, prestando especial atención a las personas más vulnerables y a las diferencias entre hombres y mujeres.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	2	6	0	0	5	0	4	2	5
R	9	13	13	14	13	11	8	8	9
F	2	0	0	0	0	0	0	0	0
PP	0	0	1	1	0	0	2	1	0
EC	6	0	5	4	1	8	5	8	5



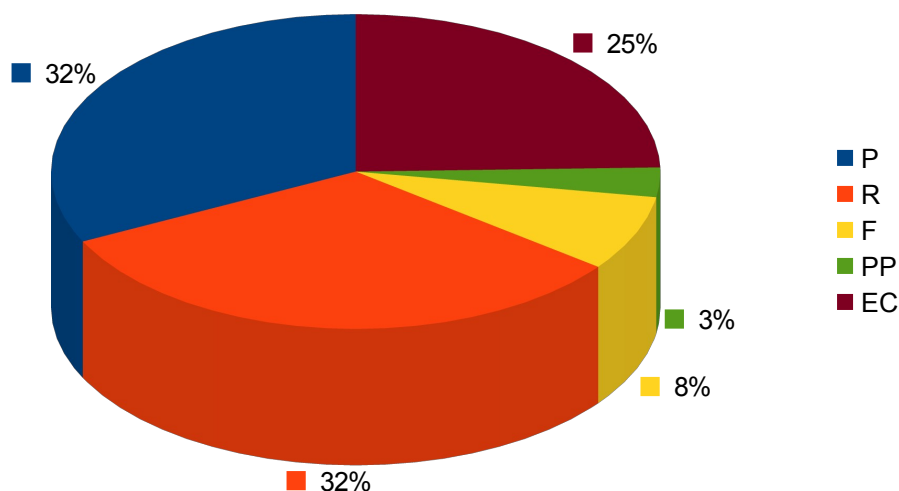
Objetivo específico 1.3 (12 estrategias): Fortalecer la capacidad de las familias como agente de prevención, potenciando las habilidades necesarias para alcanzar un estilo educativo que fomente actitudes responsables y autónomas en hijas e hijos, teniendo en cuenta de manera especial a las familias más vulnerables o en riesgo de exclusión social.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	5	1	0	3	3	3	3	4	6
R	3	8	8	7	4	5	2	2	2
F	2	0	0	1	0	0	1	0	0
PP	0	3	4	0	0	0	1	0	0
EC	2	0	0	1	5	4	5	6	4



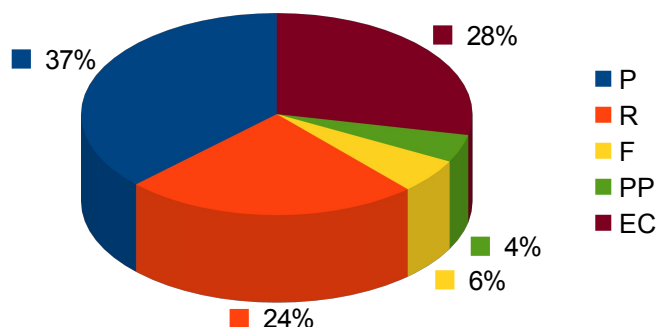
Objetivo General 2 (33 estrategias).- Evitar la instauración de conductas adictivas, la dependencia a sustancias psicoactivas y de consumos de riesgo y abusivos para reducir la mortalidad y morbilidad asociadas.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	13	11	12	7	14	15	5	4	15
R	9	21	15	16	9	7	6	5	8
F	3	1	0	2	3	11	1	0	2
PP	0	0	4	4	0	0	1	0	0
EC	8	0	2	4	7	0	20	24	8



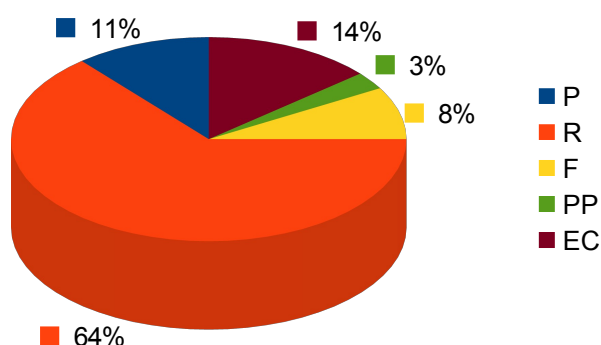
Objetivo específico 2.1 (20 estrategias): Promover la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas desde los diversos ámbitos de actuación, fomentando comportamientos responsables, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	8	7	8	5	12	13	3	4	7
R	3	12	7	7	4	1	4	1	5
F	1	1	0	0	0	6	0	0	2
PP	0	0	3	4	0	0	1	0	0
EC	8	0	2	4	4	0	12	15	6



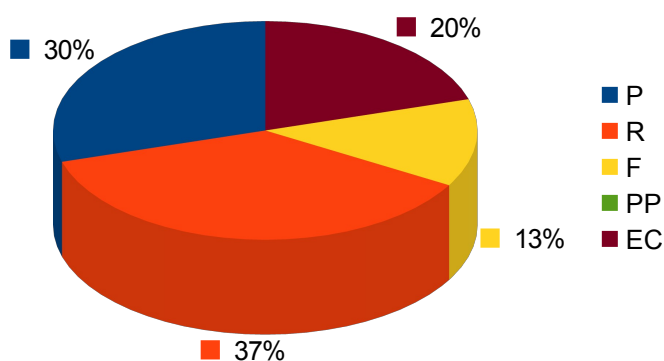
Objetivo específico 2.2 (4 estrategias): Favorecer la detección precoz de hombres y mujeres que consumen sustancias psicoactivas o realizan otras conductas de riesgo para desarrollar una adicción o consumo problemático desde los diferentes ámbitos.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	0	1	0	1	0	0	1	0	1
R	4	3	3	3	4	1	1	2	2
F	0	0	0	0	0	3	0	0	0
PP	0	0	1	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	0	0	0	0	2	2	1



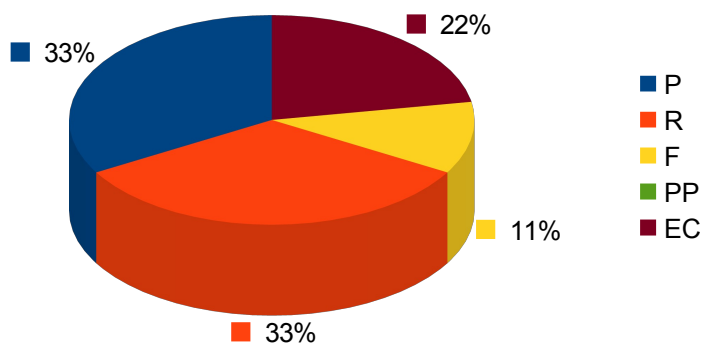
Objetivo específico 2.3 (6 estrategias): Consolidar la coordinación de las diferentes administraciones públicas y entidades sociales en la planificación e implementación de las actuaciones preventivas para reducir la instauración de drogodependencias y otras adicciones, así como otros daños asociados.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	0	3	1	2	2	0	0	4
R	2	6	3	4	1	2	1	0	1
F	0	0	0	1	3	2	1	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	0	0	0	0	4	6	1



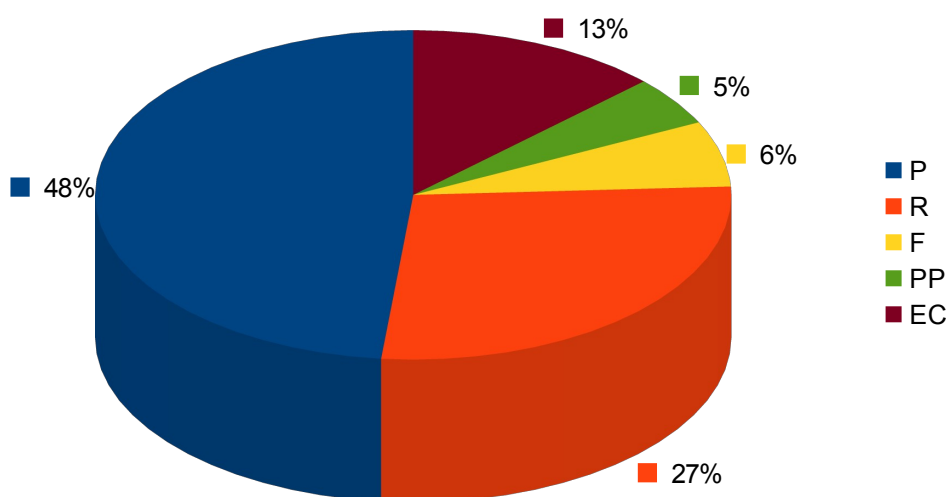
Objetivo específico 2.4 (3 estrategias): Garantizar la atención a jóvenes que presentan conductas adictivas o consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, sin que lleguen a cumplir criterios de dependencia, así como a las familias que la demanden.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	1	3	1	0	0	0	1	0	3
R	0	0	2	2	0	3	0	2	0
F	2	0	0	1	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	0	0	3	0	2	1	0



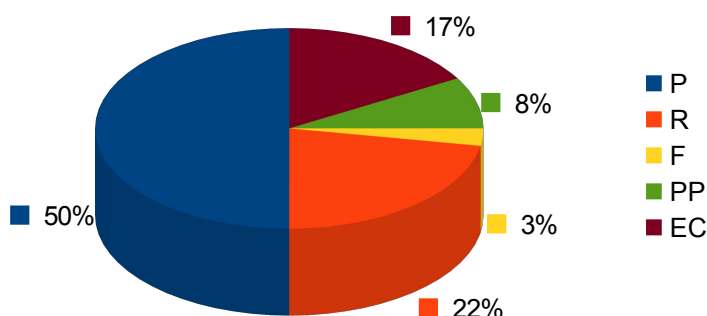
Objetivo General 3 (14 estrategias).- Incorporar la cultura de la calidad y de la evaluación con la definición de un modelo de intervención que integre la perspectiva de género en los distintos ámbitos de la prevención, que revierta en una mayor eficacia de las actuaciones y en una mayor equidad de género.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	10	7	11	3	7	6	7	2	7
R	3	6	1	10	1	5	0	2	6
F	1	1	0	1	0	2	2	0	1
PP	0	0	2	0	0	0	3	1	0
EC	0	0	0	0	6	0	1	9	0



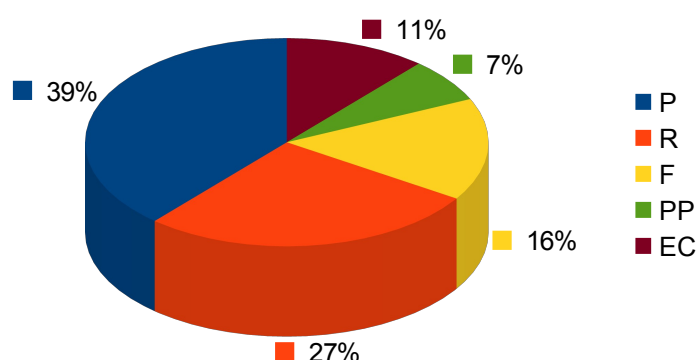
Objetivo específico 3.1 (4 estrategias): Definir y documentar un Modelo de intervención en prevención que dé homogeneidad y aumente la eficacia de las actuaciones, basado en la evidencia científica y que incorpore el enfoque de género.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	2	3	1	0	2	3	1	2
R	0	2	0	3	0	1	0	0	2
F	0	0	0	0	0	1	0	0	0
PP	0	0	1	0	0	0	1	1	0
EC	0	0	0	0	4	0	0	2	0



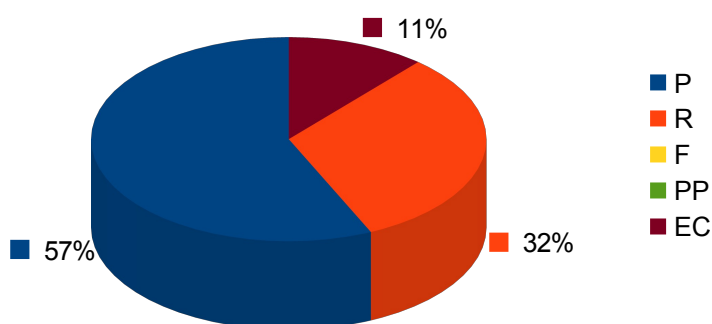
Objetivo específico 3.2 (5 estrategias): Fomentar la participación activa de la ciudadanía, instituciones y agentes implicados en el análisis de las necesidades y expectativas e incorporándolas al modelo de intervención diseñado.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	3	3	0	3	1	0	1	2
R	0	1	1	4	0	2	0	2	2
F	1	1	0	1	0	1	2	0	1
PP	0	0	1	0	0	0	2	0	0
EC	0	0	0	0	2	0	1	2	0



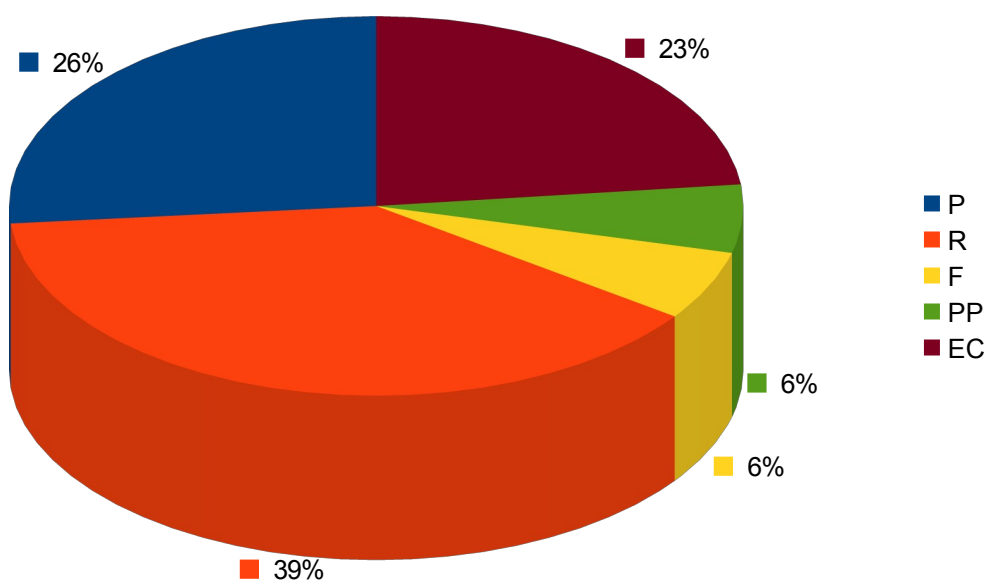
Objetivo específico 3.3 (5 estrategias): Establecer un sistema de evaluación y medición con indicadores y estándares de calidad y de género para los programas y actuaciones de prevención que potencie su mejora continua.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	2	2	5	2	4	3	4	0	3
R	3	3	0	3	1	2	0	0	2
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	0	0	0	0	0	5	0



PREVENCIÓN
(98 estrategias)

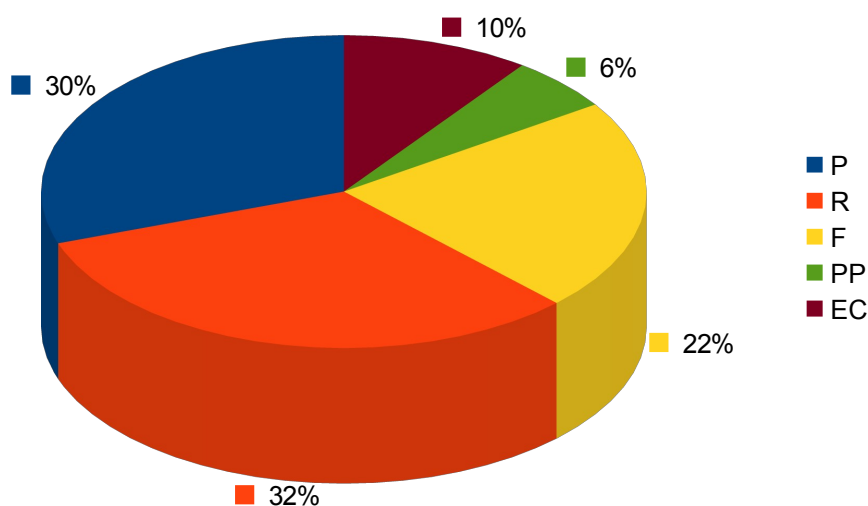
	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	33	31	23	13	39	25	21	14	34
R	33	56	43	56	35	39	22	20	36
F	10	3	0	7	5	16	4	1	6
PP	1	6	21	10	0	0	10	3	0
EC	21	2	11	12	19	17	40	60	22



ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

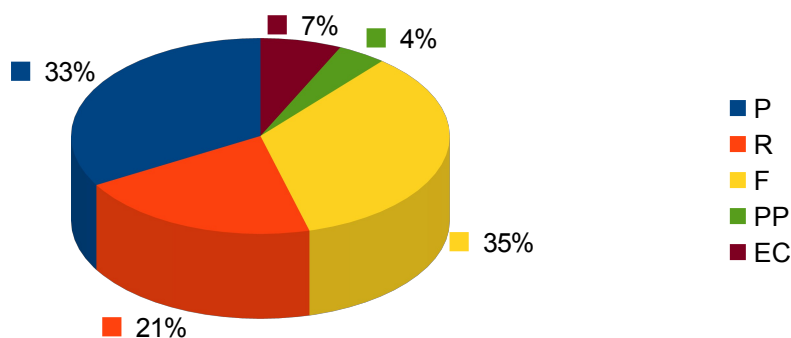
Objetivo General 1 (40 estrategias).- Mejorar la accesibilidad a la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, adaptándola a las características de la población con problemas de drogodependencias y otras adicciones, garantizando la equidad en la provisión de los servicios.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P		15	7	27	2	9	6	19	12
R		11	30	9	11	16	5	12	14
F		10	1	0	25	5	23	2	4
PP		0	0	2	0	1	6	4	2
EC		4	2	2	1	9	0	3	8



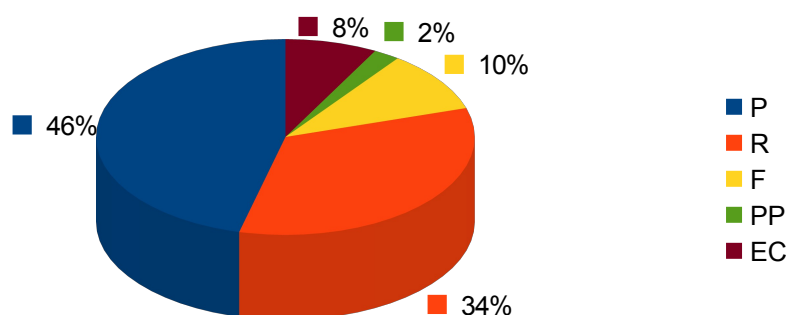
Objetivo específico 1.1 (8 estrategias): Garantizar la equidad en la atención, dotando a las provincias de los recursos suficientes y de una adecuada ordenación y distribución de los mismos.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P		2	1	8	1	4	1	3	1
R		3	5	0	0	2	0	2	2
F		3	0	0	7	2	6	2	3
PP		0	0	0	0	0	1	0	0
EC		0	2	0	0	0	0	1	2



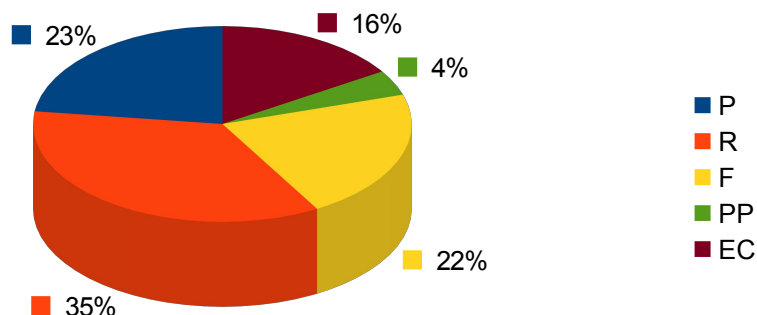
Objetivo específico 1.2 (10 estrategias): Adecuar los recursos y programas a las necesidades de la demanda de mujeres y hombres , prestando especial atención a las personas excluidas y/o en mayor riesgo de exclusión social.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	5	3	8	1	3	3	6	5	7
R	3	7	0	3	5	5	2	4	1
F	2	0	0	4	0	2	0	0	1
PP	0	0	1	0	0	0	0	0	1
EC	0	0	1	1	2	0	2	1	0



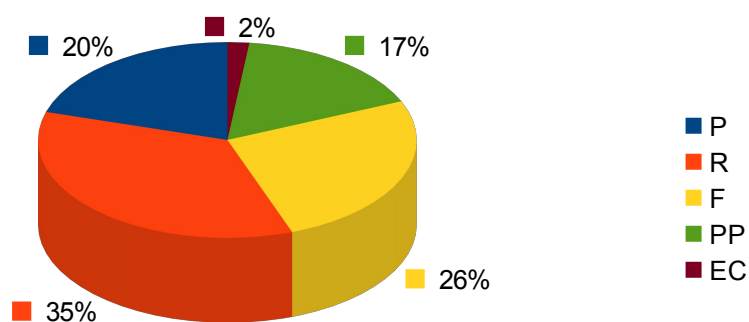
Objetivo específico 1.3 (16 estrategias): Facilitar el acceso de mujeres y hombres a la Red de Atención de Drogodependencias y Adicciones y a personas excluidas o en riesgo de exclusión, así como incrementar la información sobre los recursos de la Red de Drogodependencias y Adicciones.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	6	2	8	0	1	2	9	5	0
R	5	13	6	4	8	0	6	5	4
F	1	1	0	12	1	12	0	0	4
PP	0	0	1	0	0	2	1	1	1
EC	4	0	1	0	0	6	0	5	7



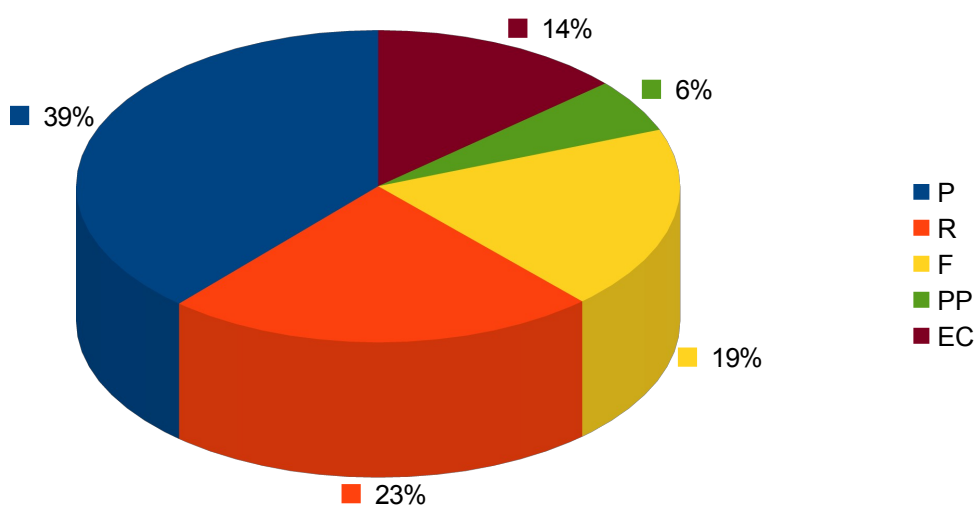
Objetivo específico 1.4 (6 estrategias): Diseñar y poner en marcha estrategias que permitan aumentar la permanencia y la adherencia de mujeres y hombres a los programas de tratamiento que se llevan a cabo en todos los centros de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P		2	1	3	0	1	0	1	2
R		0	5	3	4	1	0	2	3
F		4	0	0	2	2	3	0	1
PP		0	0	0	0	1	3	3	1
EC		0	0	0	0	1	0	0	0



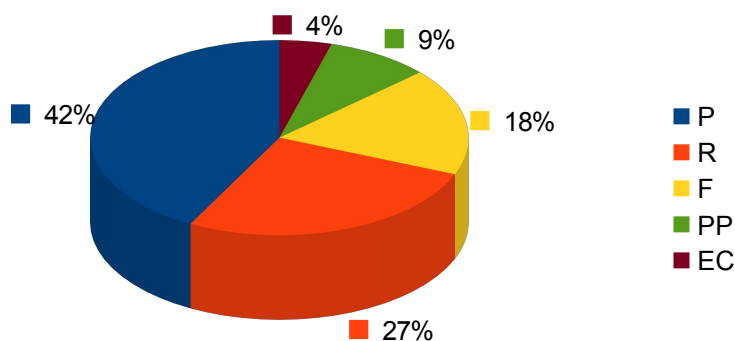
Objetivo General 2 (32 estrategias).- Garantizar la prestación de un catálogo de Servicios para las personas con problemas de drogodependencias y/o adicciones sin sustancia, estructurando y potenciando los espacios de cooperación y coordinación con otras instituciones implicadas en el ámbito de la atención a las personas en tratamiento.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	19	19	15	0	12	9	14	9	14
R	6	9	7	9	8	6	7	10	5
F	5	0	0	19	3	15	2	4	7
PP	0	0	5	0	0	2	4	1	4
EC	2	4	5	4	9	0	5	8	2



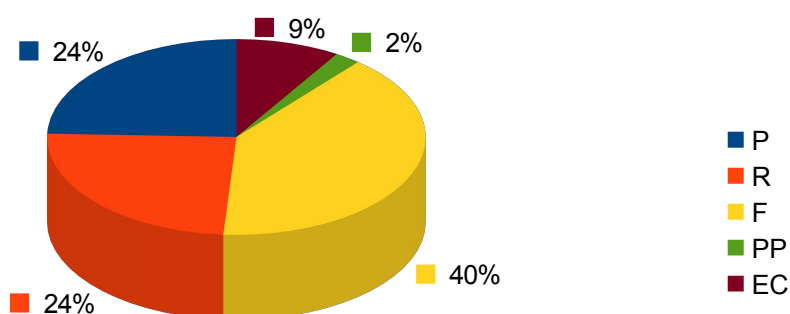
Objetivo específico 2.1 (5 estrategias): Elaborar un catálogo de Servicios dinámico y adaptado a las necesidades de hombres y mujeres que demandan atención en la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	2	3	2	0	2	0	5	4	
R	3	2	1	1	2	1	0	1	
F	0	0	0	4	0	3	0	0	
PP	0	0	1	0	0	1	0	0	
EC	0	0	1	0	1	0	0	0	



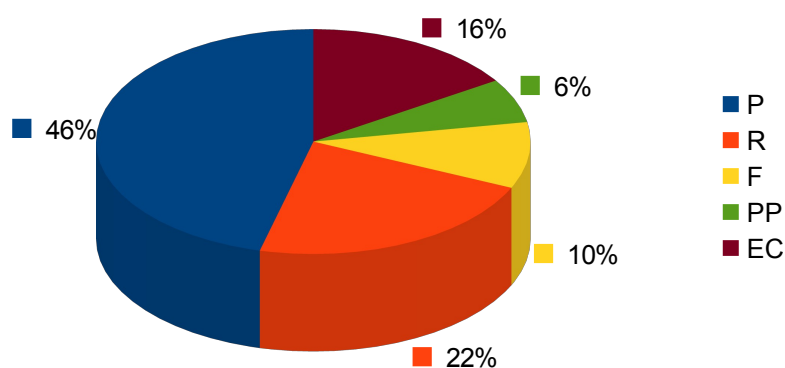
Objetivo específico 2.2 (5 estrategias): Potenciar la coordinación interna entre los recursos de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones para conseguir una mayor eficacia en la atención.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	1	4	1	0	1	1	1	0	2
R	1	1	3	0	3	0	2	1	0
F	3	0	0	4	1	4	1	3	2
PP	0	0	1	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	0	1	0	0	1	1	1



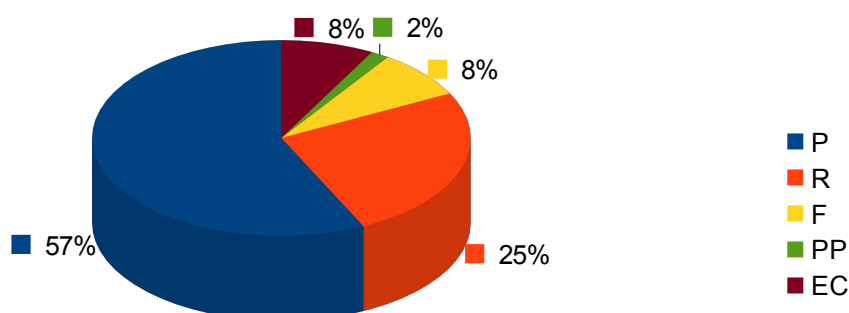
Objetivo específico 2.3 (7 estrategias): Impulsar la coordinación con el Sistema Sanitario Público de Andalucía en el ámbito de sus competencias, para ofrecer una atención integral a los hombres y las mujeres que demanden tratamiento.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	5	4	6	0	3	4	0	4	3
R	0	3	0	4	2	1	2	1	1
F	1	0	0	2	0	2	0	0	1
PP	0	0	0	0	0	0	2	0	2
EC	1	0	1	1	2	0	3	2	0



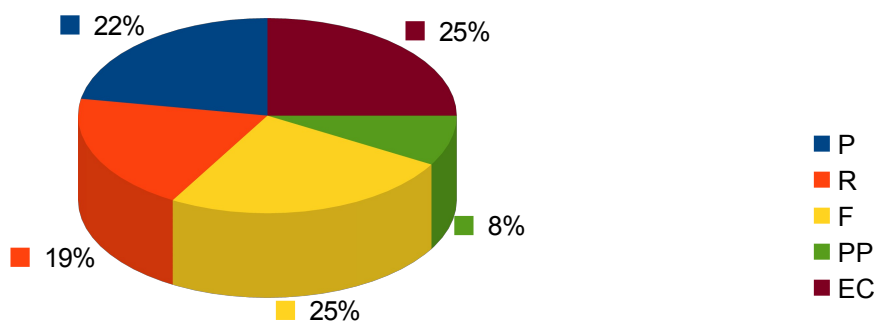
Objetivo específico 2.4 (7 estrategias): Establecer cauces de coordinación con el Sistema de Servicios Sociales, para proporcionar a las mujeres y a los hombres una atención integral desde un enfoque de género, que favorezca el adecuado desarrollo de su tratamiento.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE	
P		7	6	4	0	4	4	6	0	5
R		0	1	3	2	0	2	1	5	2
F		0	0	0	5	0	0	0	0	0
PP		0	0	0	0	0	1	0	0	0
EC		0	0	0	0	3	0	0	2	0



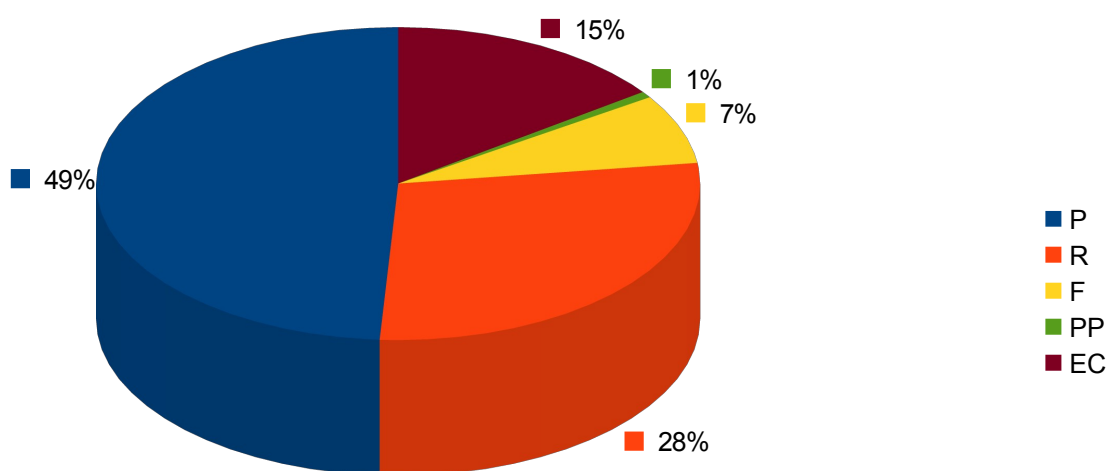
Objetivo específico 2.5 (8 estrategias): Realizar una intervención global en materia de drogodependencias y otras adicciones de forma coordinada con los Centros Penitenciarios, dotándolos de aquellos recursos necesarios para el apoyo a los programas de intervención que se desarrollen en los mismos.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE	
P		4	2	2	0	2	0	2	1	3
R		2	2	0	2	1	2	2	2	1
F		1	0	0	4	2	6	1	1	3
PP		0	0	3	0	0	0	2	1	0
EC		1	4	3	2	3	0	1	3	1



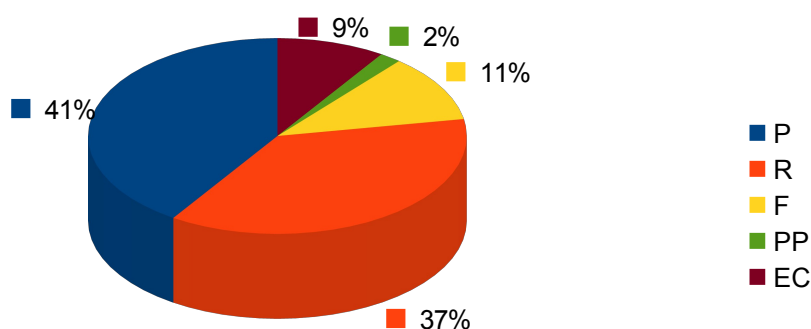
Objetivo General 3 (17 estrategias).- Impulsar la utilización de sistemas y herramientas de evaluación de la calidad en la gestión de los diferentes programas y recursos asistenciales de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, que revierta en la mayor participación y satisfacción de las personas usuarias y de los y las profesionales.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	11	12	9	1	13	7	3	8	11
R	4	2	7	11	3	4	3	6	3
F	1	0	0	4	0	5	1	0	0
PP	0	0	0	0	0	1	0	0	0
EC	1	3	1	1	1	0	10	3	3



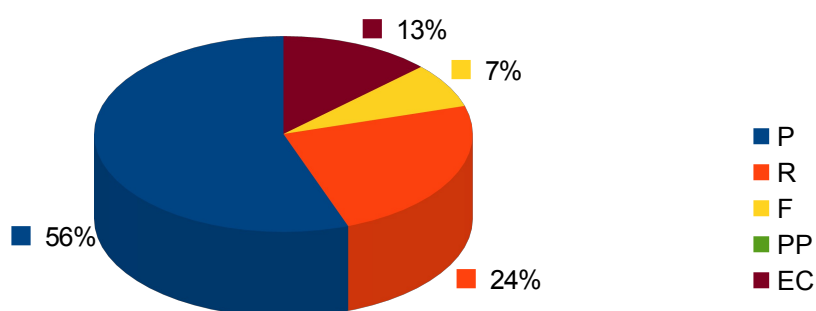
Objetivo específico 3.1 (6 estrategias): Garantizar la calidad y equidad del servicio ofertado por la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones, homogeneizando y documentando los procesos de intervención.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	3	2	1	3	2	1	2	4
R	2	2	4	3	3	0	1	3	2
F	0	0	0	2	0	3	1	0	0
PP	0	0	0	0	0	1	0	0	0
EC	0	1	0	0	0	0	3	1	0



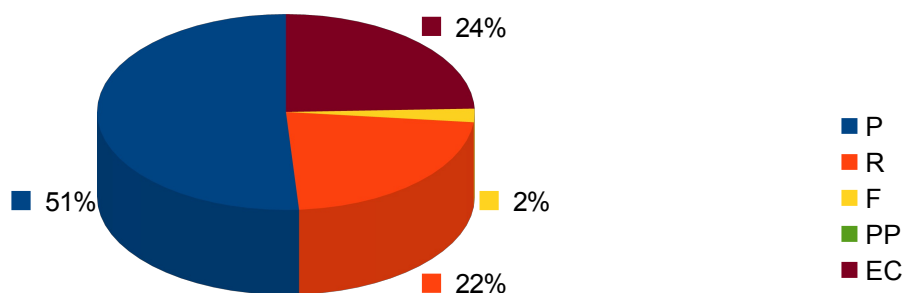
Objetivo específico 3.2 (6 estrategias): Incorporar la participación activa de personas usuarias, profesionales instituciones y agentes implicados, a través de canales que permitan detectar sus necesidades y expectativas, aportando las al modelo de intervención diseñado.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P		4	6	5	0	6	2	1	3
R		0	0	1	5	0	2	2	2
F		1	0	0	1	0	2	0	0
PP		0	0	0	0	0	0	0	0
EC		1	0	0	0	0	0	3	1



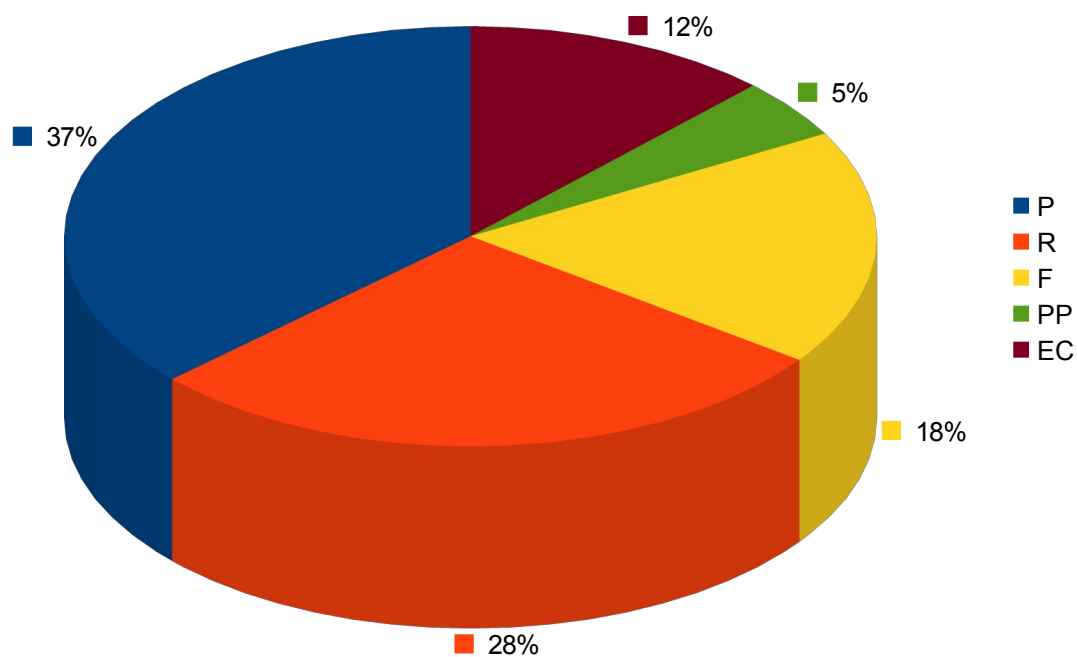
Objetivo específico 3.3 (5 estrategias): Promover la mejora continua del proceso de intervención de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones a través de un sistema de evaluación y medición con indicadores y estándares de calidad y de género para los distintos recursos y programas.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P		3	3	2	0	4	3	1	3
R		2	0	2	3	0	2	0	1
F		0	0	0	1	0	0	0	0
PP		0	0	0	0	0	0	0	0
EC		0	2	1	1	1	0	4	1



ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA
(89 estrategias)

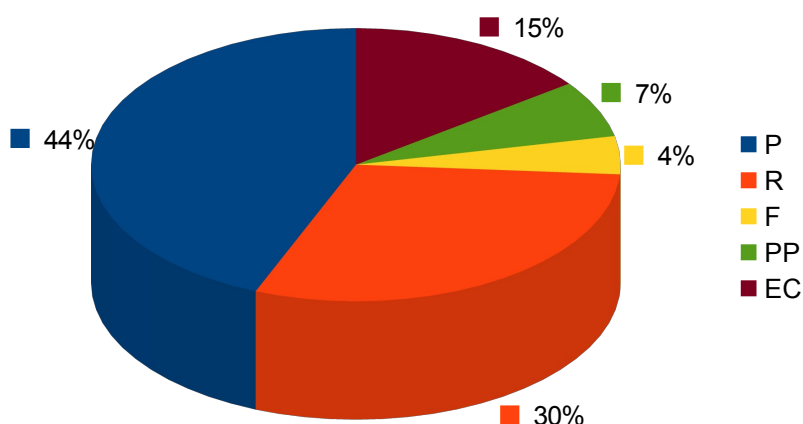
	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	45	38	51	3	34	22	36	29	37
R	21	41	23	31	27	15	22	30	15
F	16	1	0	48	8	43	5	8	16
PP	0	0	7	0	1	9	8	3	9
EC	7	9	8	6	19	0	18	19	12



INCORPORACIÓN SOCIAL

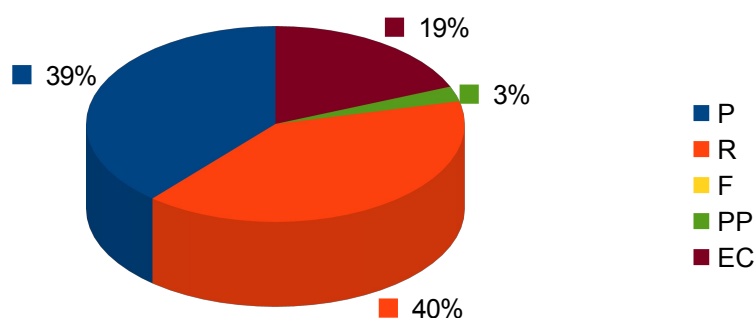
Objetivo General 1 (41 estrategias).- Favorecer la incorporación social y laboral de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, mejorando la accesibilidad a los recursos y programas de incorporación socio-laboral de la Red para las drogodependencias y Adicciones en Andalucía desde un análisis de género, y prestando especial atención a las personas más vulnerables, excluidas y o en riesgo de exclusión social.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	20	15	22	11	23	25	11	11	18
R	12	13	9	16	6	10	5	25	11
F	3	0	0	11	0	1	0	0	1
PP	0	11	2	0	10	1	0	0	0
EC	6	0	7	2	0	2	22	4	10



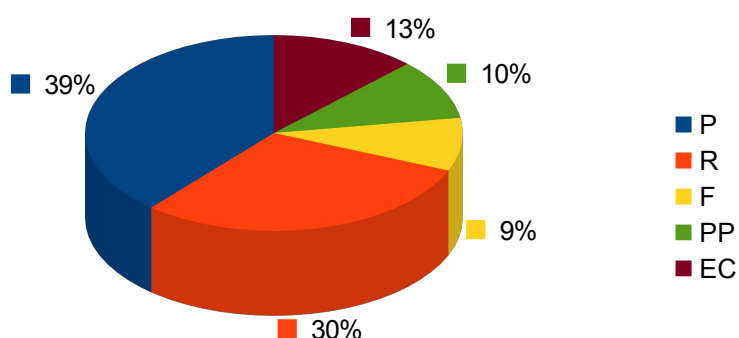
Objetivo específico 1.1 (9 estrategias): Adaptar la oferta de recursos y programas de incorporación social al mercado laboral y a las tecnologías de la información y la comunicación, flexibilizando el acceso a los mismos, teniendo en cuenta las diferentes características de las personas usuarias, y especialmente, de las personas más vulnerables o en riesgo de exclusión social.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	5	3	3	1	6	6	2	3	2
R	2	5	3	7	1	3	1	6	4
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	2	0	0	0	0
EC	2	0	3	1	0	0	6	0	3



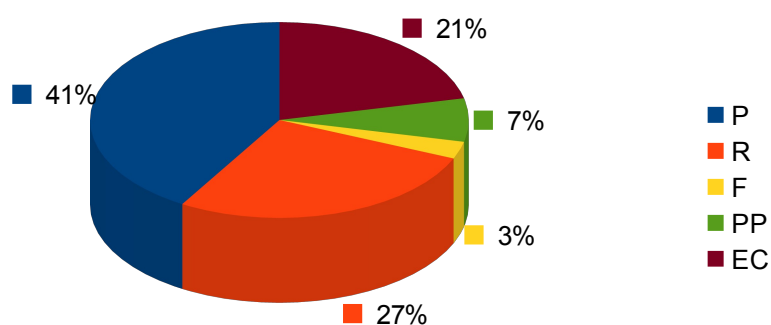
Objetivo específico 1.2 (9 estrategias): Abordar la situación jurídica y legal de personas usuarias para facilitar su incorporación social, entendiendo que la misma provoca una mayor vulnerabilidad.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	2	3	5	2	5	6	4	0	4
R	3	0	3	2	1	3	0	7	5
F	2	0	0	5	0	0	0	0	0
PP	0	6	0	0	2	0	0	0	0
EC	2	0	1	0	0	0	5	2	0



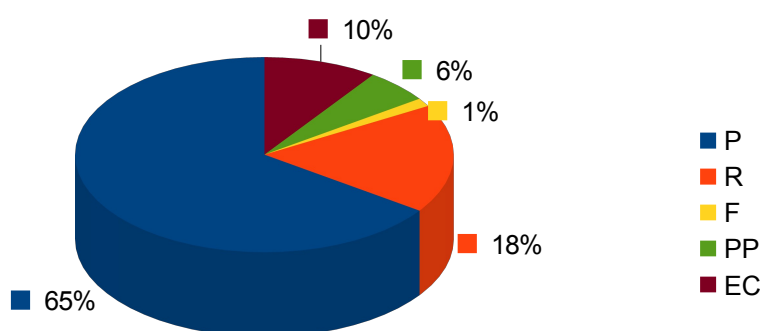
Objetivo específico 1.3 (8 estrategias): Facilitar el acceso y la participación de las mujeres y los hombres en el proceso de incorporación social a recursos de formación y empleo.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	3	3	5	2	5	2	2	3	4
R	4	4	1	3	1	2	0	3	1
F	0	0	0	2	0	0	0	0	0
PP	0	1	1	0	2	1	0	0	0
EC	1	0	1	1	0	2	5	2	3



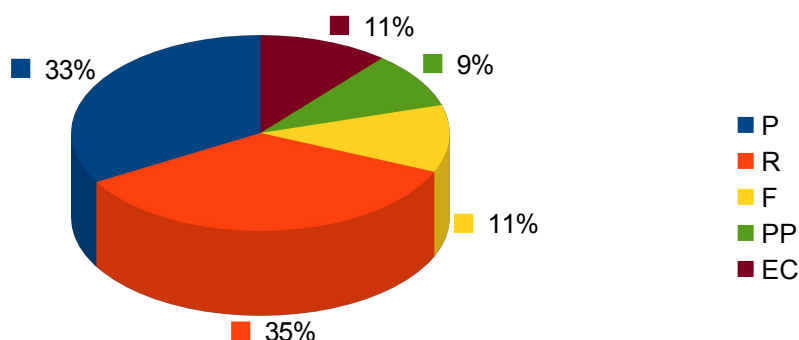
Objetivo específico 1.4 (9 estrategias): Promover la participación y la colaboración en los procesos de incorporación social de agentes económicos y sociales, medios de comunicación, instituciones y entidades, así como de la ciudadanía en su conjunto, cambiando la imagen social de mujeres y hombres con trastornos adictivos.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	7	5	7	4	5	8	3	3	5
R	1	1	0	3	1	0	2	5	0
F	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PP	0	2	0	0	2	0	0	0	0
EC	1	0	1	0	0	0	2	0	3



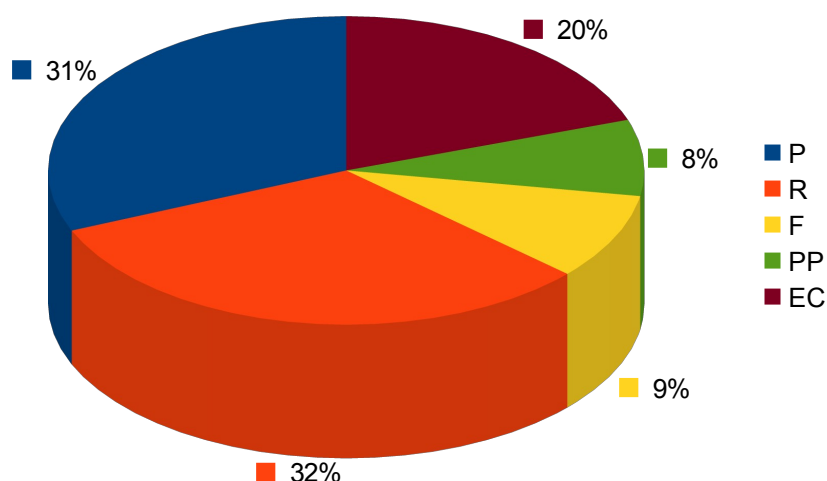
Objetivo específico 1.5 (6 estrategias): Ofertar una atención personalizada en el ámbito de la incorporación social, teniendo en cuenta las diferentes características de las mujeres y de los hombres con problemas de adicciones.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	3	1	2	2	2	3	0	2	3
R	2	3	2	1	2	2	2	4	1
F	1	0	0	3	0	1	0	0	1
PP	0	2	1	0	2	0	0	0	0
EC	0	0	1	0	0	0	4	0	1



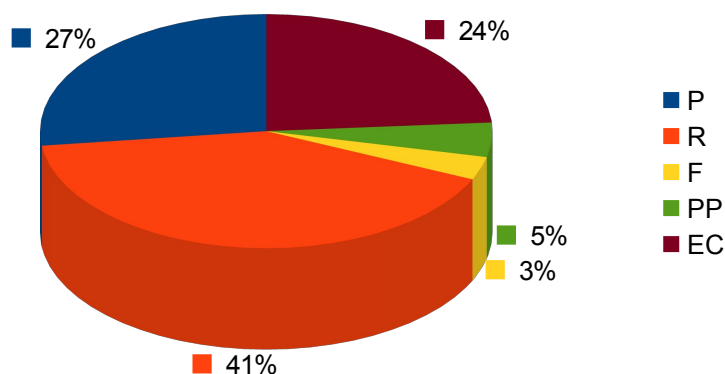
Objetivo General 2 (21 estrategias).- Impulsar la coordinación entre los diversos recursos de drogodependencias y adicciones, y de éstos con otras instituciones y agentes sociales, favoreciendo la accesibilidad a los recursos normalizados/ externos a la Red para la Atención a las Drogodependencias y adicciones y la participación de la sociedad en los procesos de incorporación social y de reducción de las desigualdades sociales y de género.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	13	9	9	4	2	5	6	2	9
R	2	7	4	11	7	5	7	13	4
F	5	0	0	6	1	1	0	0	4
PP	0	5	2	0	3	5	0	0	0
EC	1	0	6	0	8	4	8	6	4



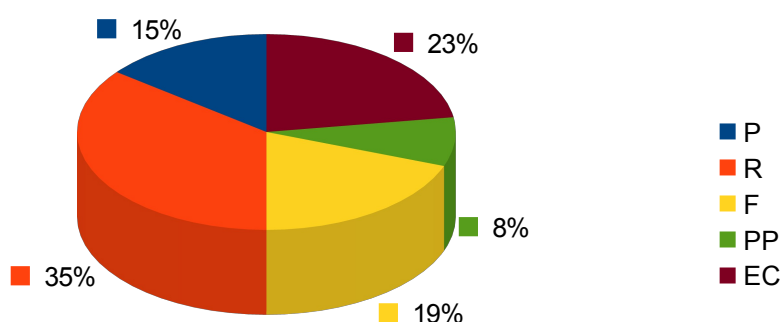
Objetivo específico 2.1 (7 estrategias): Facilitar a los hombres y a las mujeres en proceso de incorporación social el acceso a los recursos normalizados.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	2	3	1	1	2	1	1	2
R	1	4	1	5	4	2	2	4	3
F	1	0	0	1	0	0	0	0	0
PP	0	1	0	0	0	2	0	0	0
EC	1	0	3	0	2	1	4	2	2



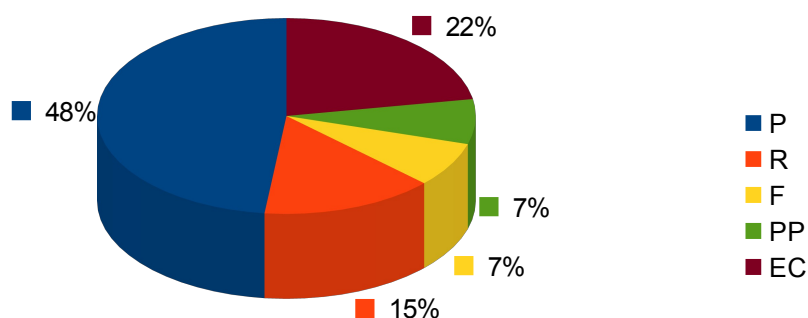
Objetivo específico 2.2 (7 estrategias): Establecer un sistema de coordinación entre las administraciones públicas implicadas en la incorporación social de hombres y mujeres con problemas de drogodependencias u otras adicciones en los diferentes niveles administrativos (estatal, autonómico, provincial y local).

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	2	4	1	0	0	0	1	0	1
R	1	2	2	4	2	2	4	4	1
F	4	0	0	3	1	1	0	0	3
PP	0	1	1	0	1	2	0	0	0
EC	0	0	3	0	3	1	2	3	2



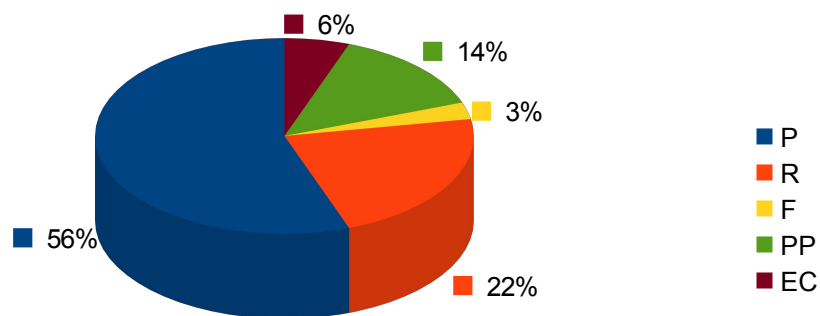
Objetivo específico 2.3 (3 estrategias): Fomentar el conocimiento mutuo de programas y recursos, potenciando el intercambio de información entre las diversas instituciones y entidades implicadas en los procesos de incorporación social.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	3	1	2	2	0	0	2	1	2
R	0	1	1	0	0	1	0	1	0
F	0	0	0	1	0	0	0	0	1
PP	0	1	0	0	1	0	0	0	0
EC	0	0	0	0	2	2	1	1	0



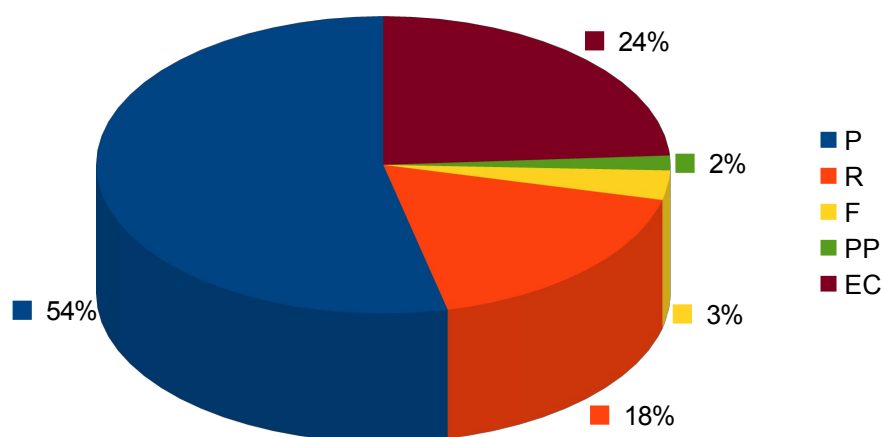
Objetivo específico 2.4 (4 estrategias): Establecer cauces de coordinación con agentes económicos y sociales, para facilitar el acceso a la formación y al empleo de hombres y mujeres en proceso de incorporación social.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	2	3	1	1	3	2	0	4
R	0	0	0	2	1	0	1	4	0
F	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PP	0	2	1	0	1	1	0	0	0
EC	0	0	0	0	1	0	1	0	0



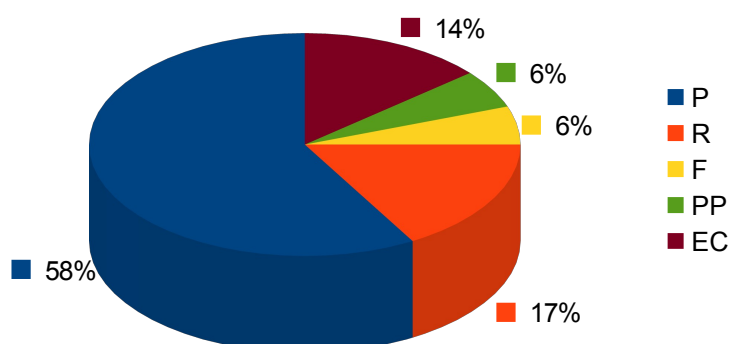
Objetivo General 3 (14 estrategias).- Promover una cultura de calidad y modernización en los recursos y programas de incorporación socio-laboral de la Red para las Drogodependencias y Adicciones en Andalucía, desde una perspectiva de género, que permita un mayor conocimiento de la realidad de estas personas y revierta en la mayor satisfacción de las personas usuarias.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	7	13	13	2	10	10	0	2	10
R	4	0	0	7	1	0	1	7	2
F	1	0	0	3	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	1	1	0	0	0
EC	2	0	1	2	2	3	13	5	2



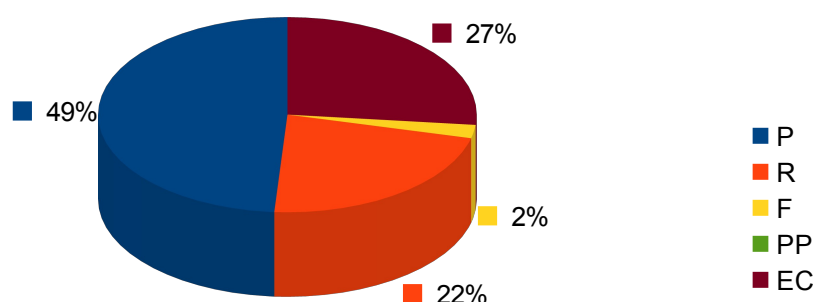
Objetivo específico 3.1 (4 estrategias): Homogeneizar el proceso de intervención en incorporación social de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones, incorporando la perspectiva de género, para garantizar la calidad y equidad del servicio ofertado.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	3	4	4	1	3	3	0	0	3
R	1	0	0	1	0	0	0	3	1
F	0	0	0	2	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	1	1	0	0	0
EC	0	0	0	0	0	0	4	1	0



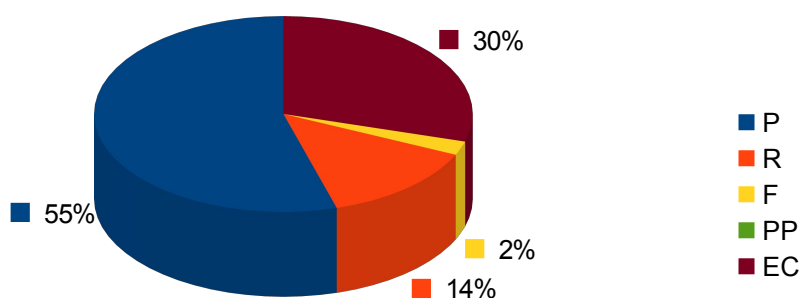
Objetivo específico 3.2 (5 estrategias): Fomentar la participación activa de personas usuarias, instituciones y agentes implicados, analizando las necesidades y expectativas detectadas desde una perspectiva de género e incorporándolas al modelo de intervención diseñado.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	2	5	5	0	4	3	0	0	3
R	0	0	0	5	1	0	1	2	1
F	1	0	0	0	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	2	0	0	0	0	2	4	3	1



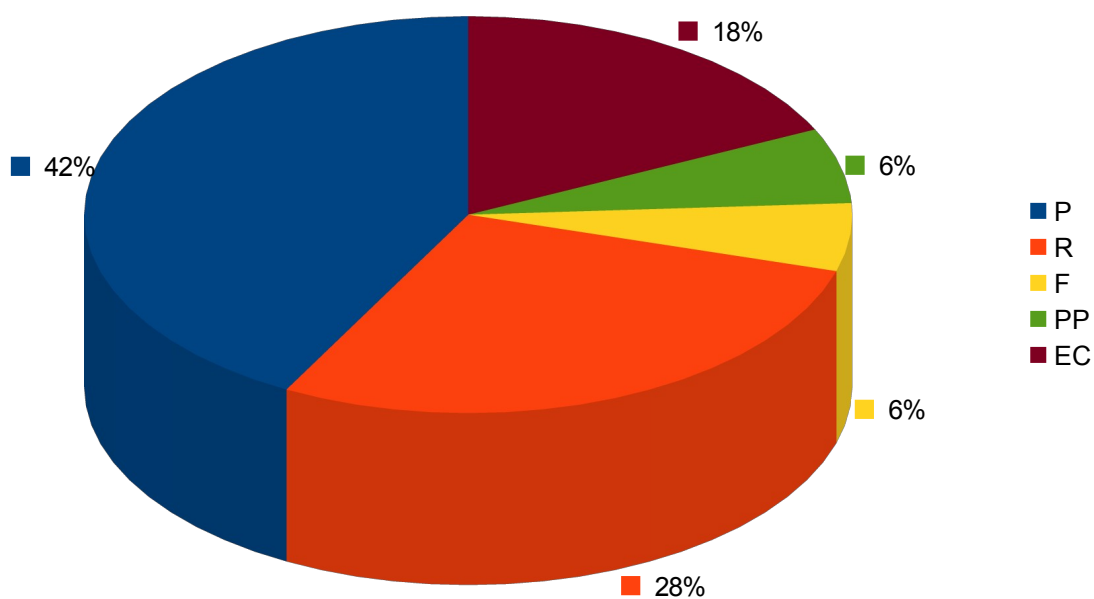
Objetivo específico 3.3 (5 estrategias): Promover la mejora continua del proceso de intervención en incorporación social de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones a través de un sistema de evaluación y medición con indicadores y estándares de calidad y de género para los distintos recursos y programas.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	2	4	4	1	3	4	0	2	4
R	3	0	0	1	0	0	0	2	0
F	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	1	2	2	1	5	1	1



INCORPORACIÓN SOCIAL
(76 estrategias)

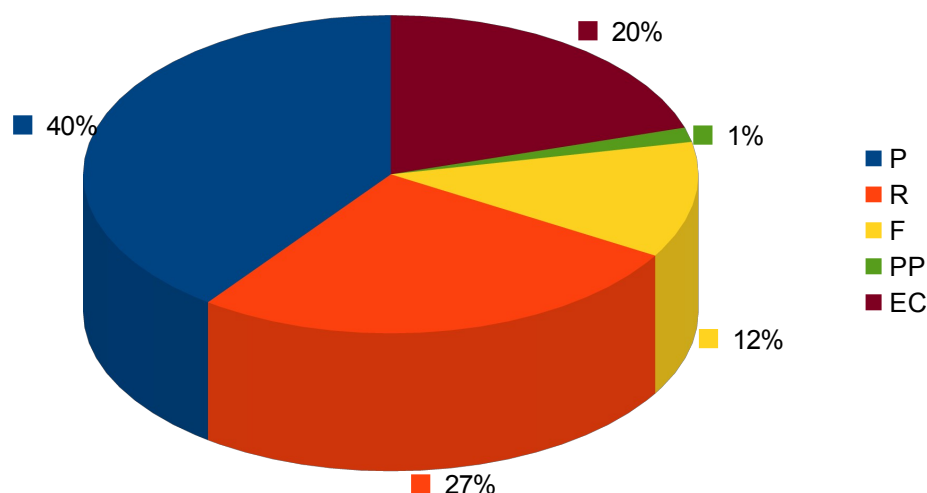
	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	40	37	44	17	35	40	17	15	37
R	18	20	13	34	14	15	13	45	17
F	9	0	0	20	1	2	0	0	5
PP	0	16	4	0	14	7	0	0	0
EC	9	0	14	4	10	9	43	15	16



GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

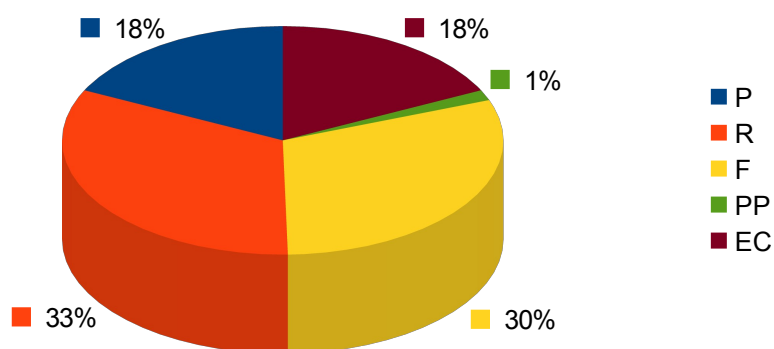
Objetivo General 1 (53 estrategias).- Impulsar la promoción y gestión del conocimiento en materia de drogas y adicciones, a través del desarrollo de sistemas de información para las diversas Áreas del III Plan y del fomento de la actividad investigadora en Andalucía.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	22	23	25	5	32	29	9	23	21
R	10	29	13	11	10	9	13	15	16
F	16	1	7	12	7	5	0	2	6
PP	0	0	2	1	4	0	0	0	0
EC	5	0	6	23	0	10	29	13	10



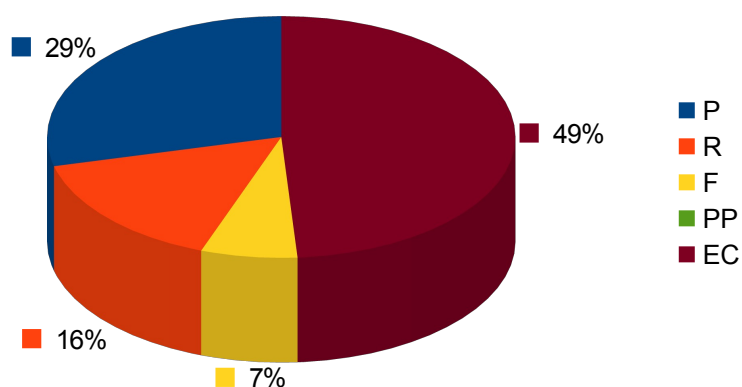
Objetivo específico 1.1 (15 estrategias): Desarrollar el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (siPASDA), incorporando a todos los recursos y programas de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones y ampliando la información sobre aspectos clínicos y sociales de las personas que reciben tratamiento.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	2	4	0	2	3	2	5	2
R	0	12	3	1	6	6	2	8	6
F	11	1	6	7	6	4	0	1	5
PP	0	0	1	0	1	0	0	0	0
EC	0	0	1	7	0	2	11	1	2



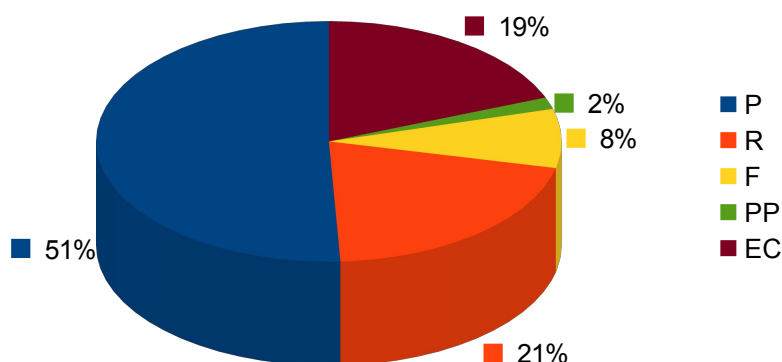
Objetivo específico 1.2 (5 estrategias): Disponer de información completa y ágil sobre los programas y actuaciones desarrolladas en el Área de Prevención, que facilite su gestión y la comunicación entre profesionales que trabajan en esta área.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	1	3	1	0	5	0	0	1	2
R	1	2	1	0	0	0	1	0	2
F	2	0	0	1	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	1	0	3	4	0	5	4	4	1



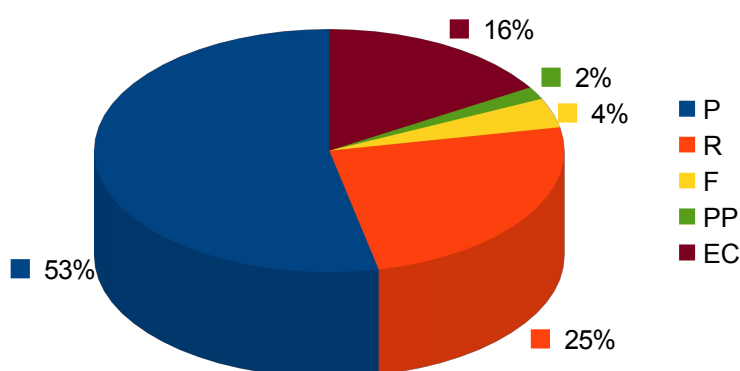
Objetivo específico 1.3 (7 estrategias): Promover el intercambio de información entre las instituciones implicadas en el ámbito de las drogodependencias y adicciones para mejorar el conocimiento en esta materia.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	3	6	0	5	7	1	2	4
R	1	4	1	1	0	0	4	1	1
F	1	0	0	3	1	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	1	0	0	0	0
EC	1	0	0	3	0	0	2	4	2



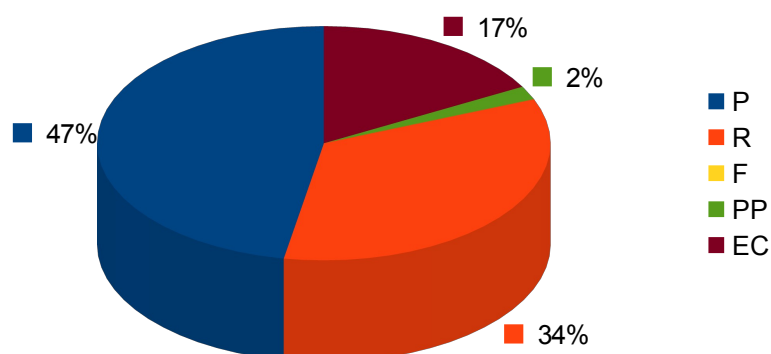
Objetivo específico 1.4 (20 estrategias): Promocionar la actividad investigadora como fundamento para el mejor abordaje de los problemas generados por las drogas y adicciones, apoyando la configuración de redes de profesionales en esta materia.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	11	13	12	5	16	15	3	9	11
R	5	7	5	5	3	3	6	6	4
F	2	0	1	1	0	1	0	1	1
PP	0	0	1	1	1	0	0	0	0
EC	2	0	1	8	0	1	9	4	4



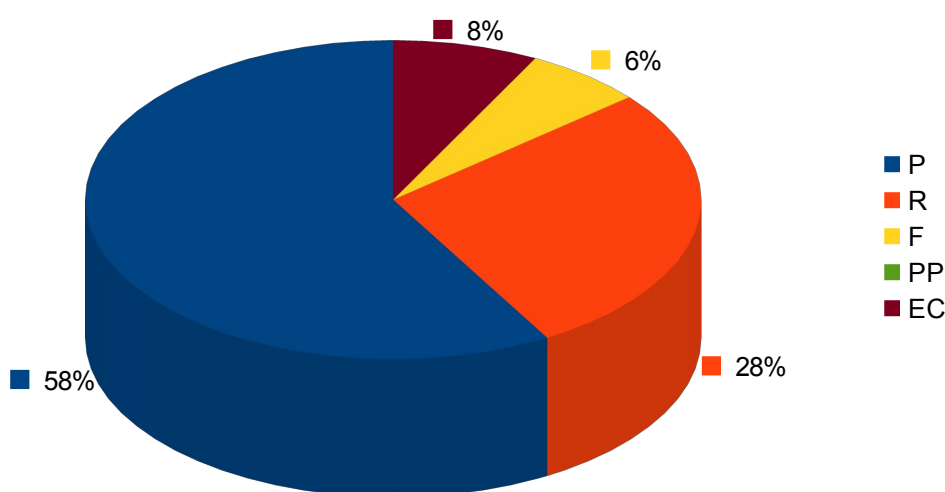
Objetivo específico 1.5 (6 estrategias): Promover la generación y divulgación del conocimiento sobre la evolución del fenómeno de las drogas y adicciones, teniendo en cuenta las nuevas tendencias del consumo y otras conductas adictivas, así como situaciones sociales emergentes, que incidan en una mayor comprensión del mismo.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	2	2	2	0	4	4	3	6	2
R	3	4	3	4	1	0	0	0	3
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	1	0	0	0	0
EC	1	0	1	1	0	2	3	0	1



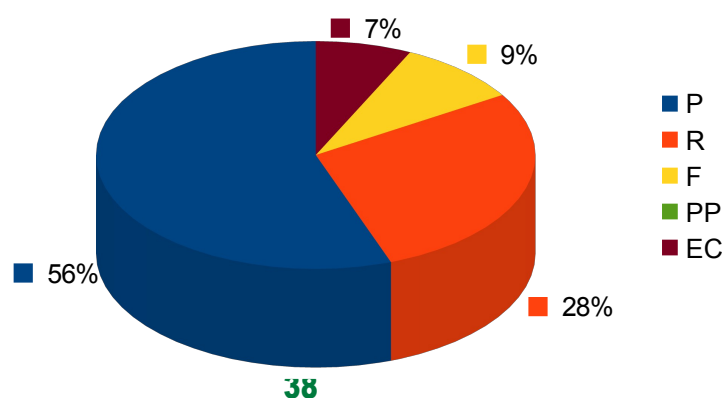
Objetivo General 2 (16 estrategias).- Diseñar un modelo de formación que aporte homogeneidad a la oferta formativa de los y las profesionales del III PASDA y aborde los nuevos retos emergentes en el ámbito de las drogas y adicciones, contando con el apoyo de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	8	10	8	1	16	11	15	7	8
R	3	6	7	10	0	3	0	7	4
F	4	0	1	2	0	2	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	1	0	0	3	0	0	1	2	4



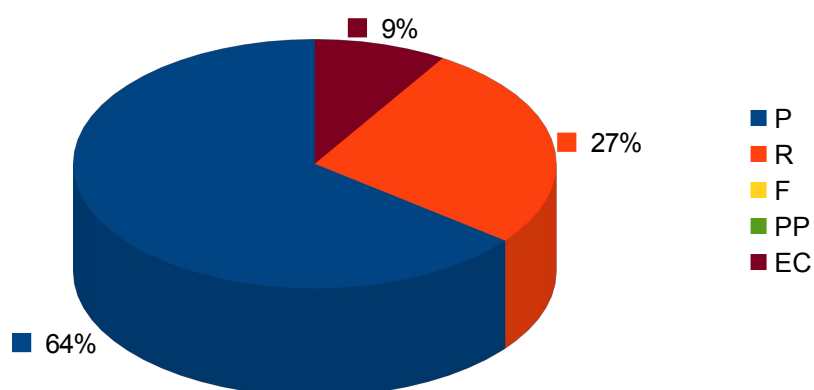
Objetivo específico 2.1 (11 estrategias): Impulsar la formación de profesionales de la Red de Drogodependencias y Adicciones bajo unas líneas comunes, en función de las necesidades emergentes, la evolución de los patrones perfiles de conductas adictivas y de los avances científico-técnicos.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	5	7	5	0	11	6	10	5	6
R	2	4	5	7	0	3	0	5	2
F	4	0	1	2	0	2	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	0	2	0	0	1	1	3



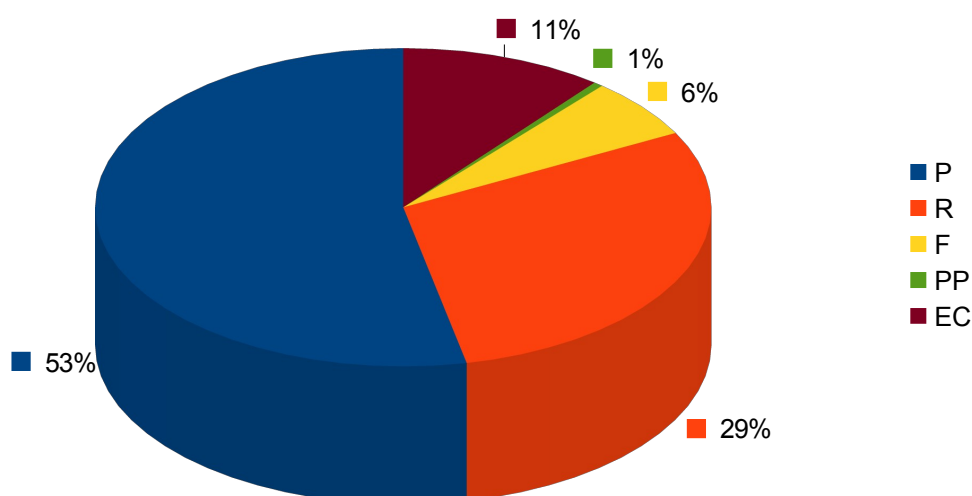
Objetivo específico 2.2 (5 estrategias): Favorecer el intercambio de conocimientos y experiencias, estableciendo espacios de comunicación entre profesionales de drogodependencias y adicciones y haciendo uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	3	3	3	1	5	5	5	2	2
R	1	2	2	3	0	0	0	2	2
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	1	0	0	1	0	0	0	1	1



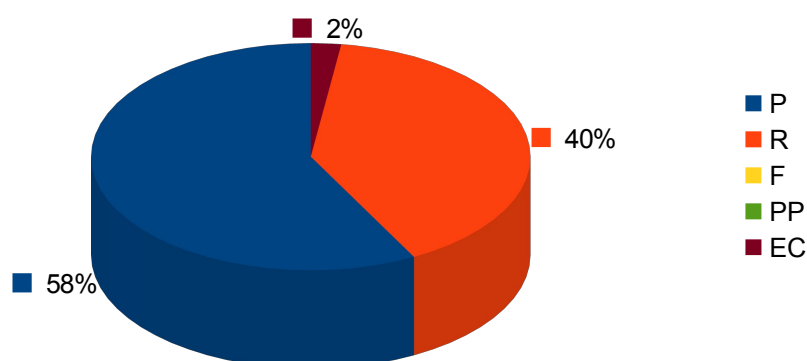
Objetivo General 3 (22 estrategias).- Implementar un modelo de seguimiento y evaluación, desde la perspectiva de gestión de la calidad, de las estrategias enmarcadas en las diversas Áreas del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	15	9	14	5	15	8	13	10	16
R	3	13	5	9	4	10	3	7	4
F	4	0	0	4	2	0	1	0	1
PP	0	0	0	0	1	0	0	0	0
EC	0	0	2	4	0	4	5	5	1



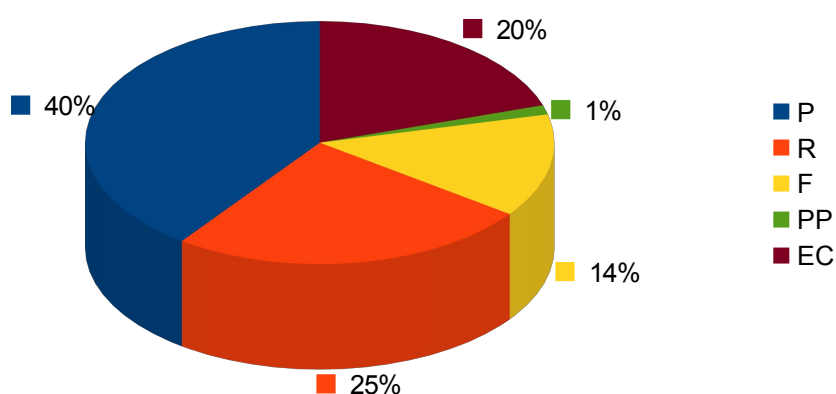
Objetivo específico 3.1 (5 estrategias): Garantizar la evaluación de la implementación del III Plan, a través del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones que coordinará las actuaciones para el seguimiento del mismo.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	3	1	5	3	4	3	3	1	3
R	2	4	0	2	1	2	2	3	2
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	0	0	0	0	0	1	0



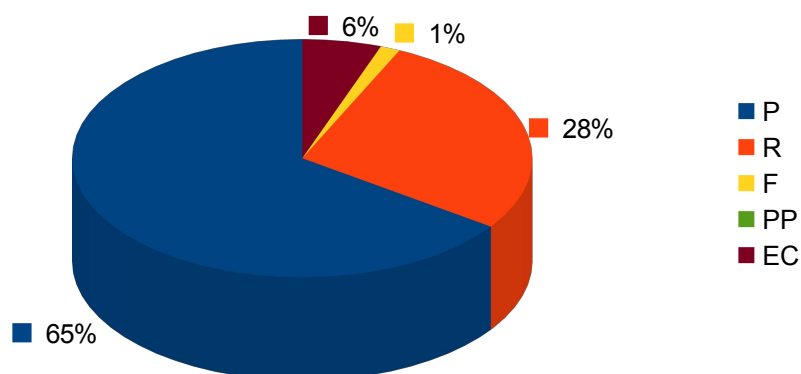
Objetivo específico 3.2 (9 estrategias): Incorporar la participación activa de las personas usuarias, profesionales, instituciones y la ciudadanía en su conjunto, a través de canales que permitan detectar sus necesidades y expectativas, y aportarlas al Área de Gestión del Conocimiento.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	4	5	3	0	5	2	4	2	7
R	1	4	3	4	1	3	1	3	0
F	4	0	0	3	2	0	1	0	1
PP	0	0	0	0	1	0	0	0	0
EC	0	0	2	2	0	4	3	4	1



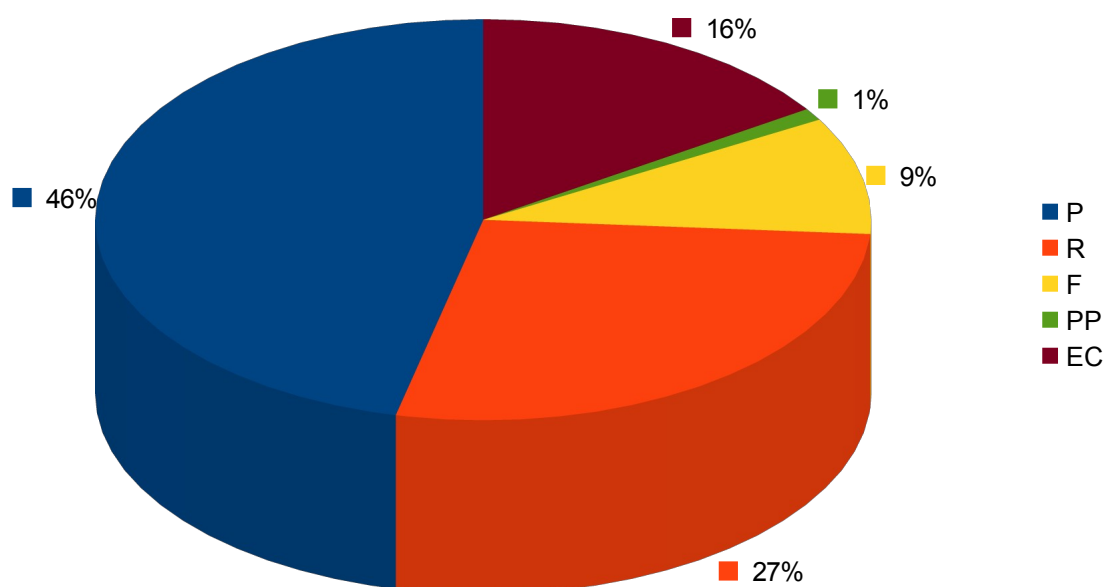
Objetivo específico 3.3 (8 estrategias): Promover la mejora continua de los procesos de formación, información e investigación, a través de un sistema de evaluación y medición con indicadores y estándares de calidad.

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	8	3	6	2	6	3	6	7	6
R	0	5	2	3	2	5	0	1	2
F	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EC	0	0	0	2	0	0	2	0	0



GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
(91 estrategias)

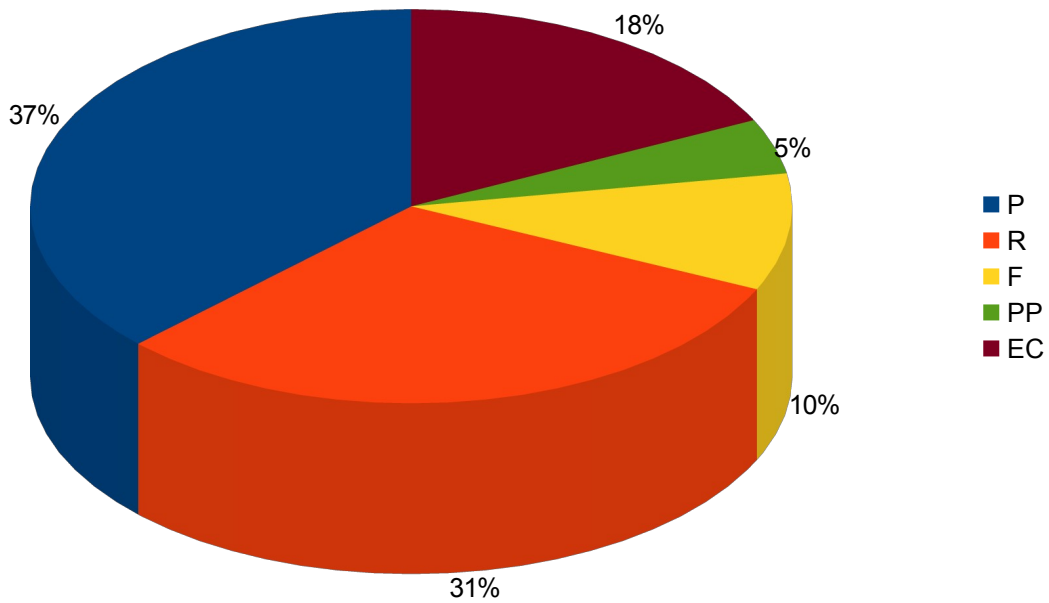
	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	45	42	47	11	63	48	37	40	45
R	16	48	25	30	14	22	16	29	24
F	24	1	8	18	9	7	1	2	7
PP	0	0	2	1	5	0	0	0	0
EC	6	0	8	30	0	14	35	20	15



VALORACIÓN GLOBAL

(354 estrategias)

	SGSS	AL	CA	CO	GR	HU	JA	MA	SE
P	163	148	165	44	171	135	111	98	153
R	88	165	104	151	90	91	73	124	92
F	59	5	8	93	23	68	10	11	34
PP	1	22	34	11	20	16	18	6	9
EC	43	11	41	52	48	40	136	114	65

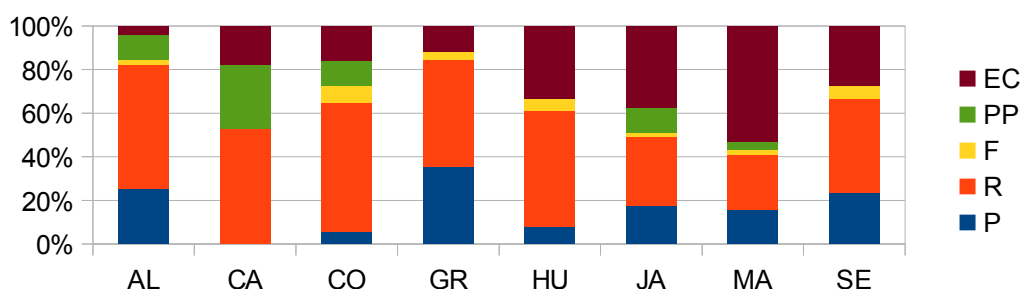


Evaluación cuantitativa a nivel provincial

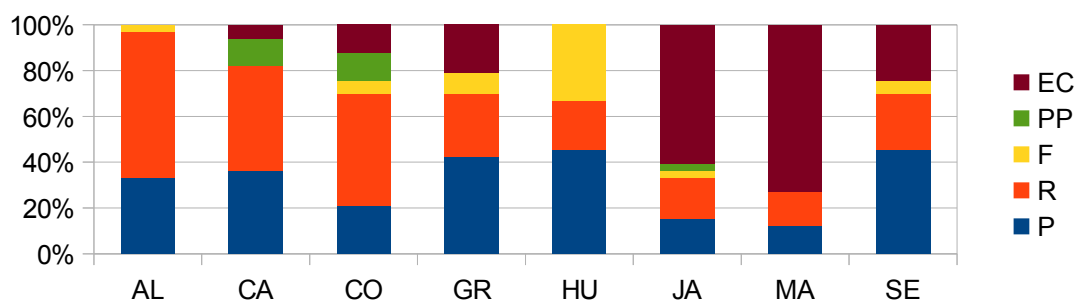


PREVENCIÓN

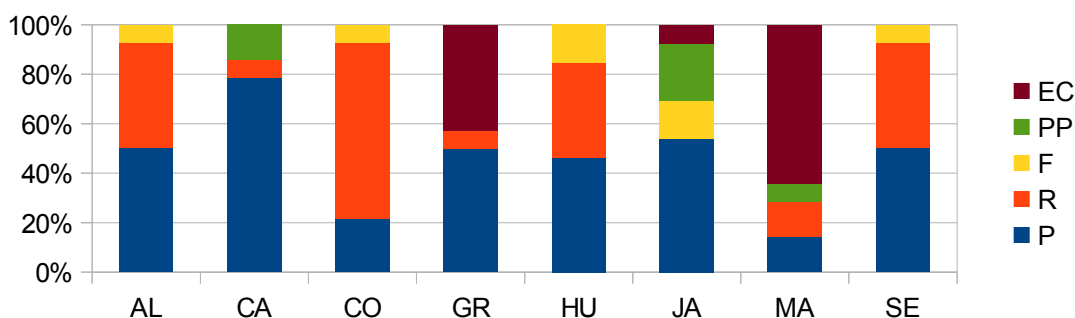
Objetivo General 1 (51 estrategias).- Evitar el consumo y/o retrasar la edad de inicio al consumo de las diversas sustancias psicoactivas así como de otras actividades susceptibles de convertirse en adicciones.



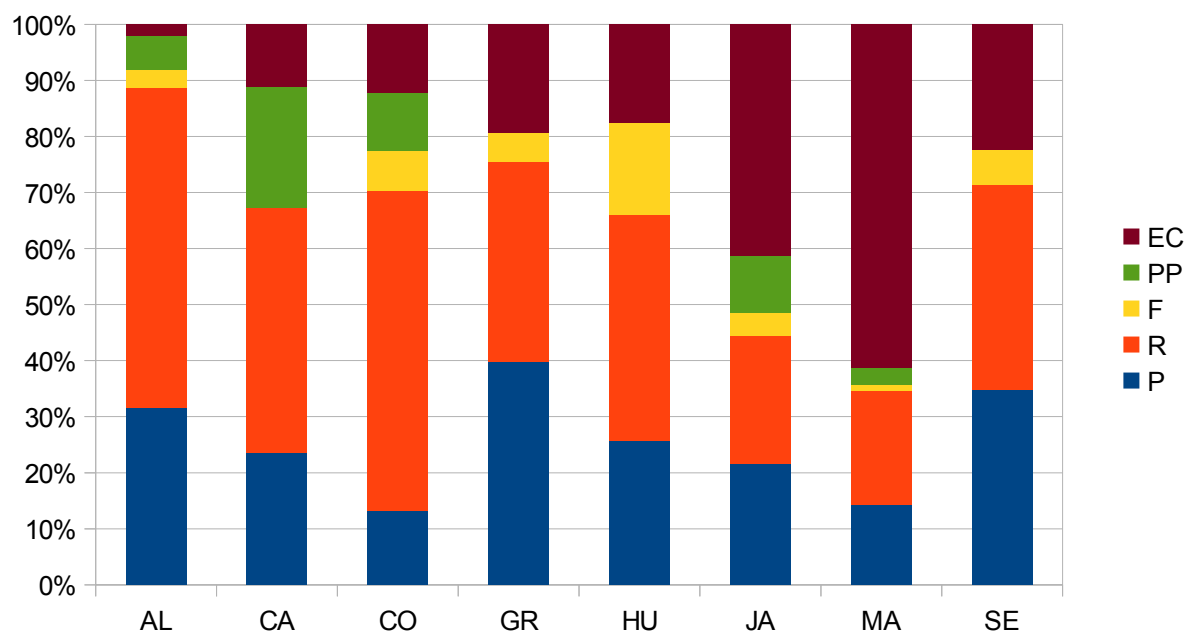
Objetivo General 2 (33 estrategias).- Evitar la instauración de conductas adictivas, la dependencia a sustancias psicoactivas y de consumos de riesgo y abusivos para reducir la mortalidad y morbilidad asociadas.



Objetivo General 3 (13 estrategias).- Incorporar la cultura de la calidad y de la evaluación con la definición de un modelo de intervención que integre la perspectiva de género en los distintos ámbitos de la prevención, que revierta en una mayor eficacia de las actuaciones y en una mayor equidad de género.

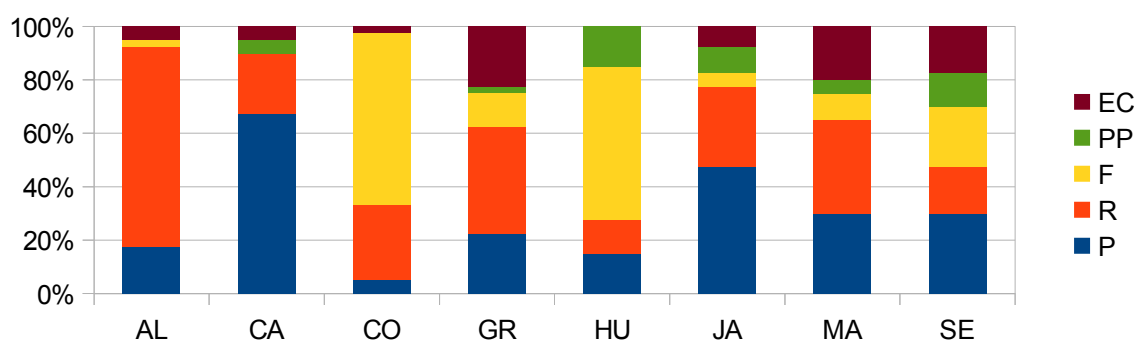


PREVENCIÓN
(97 estrategias)

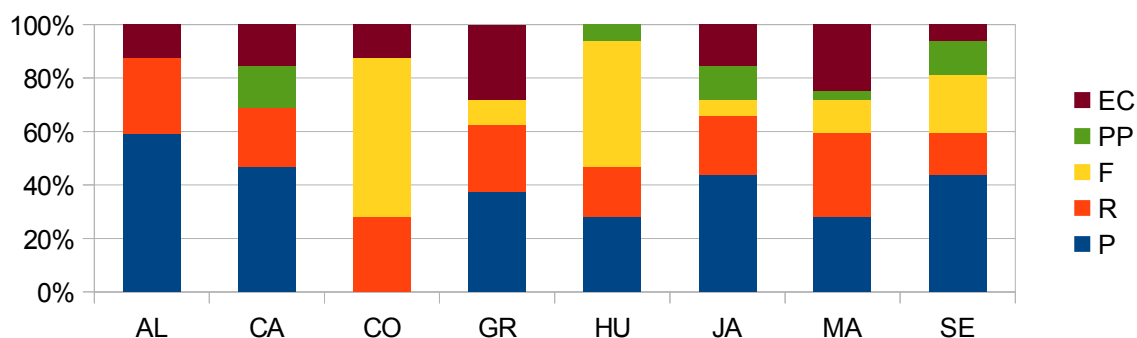


ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

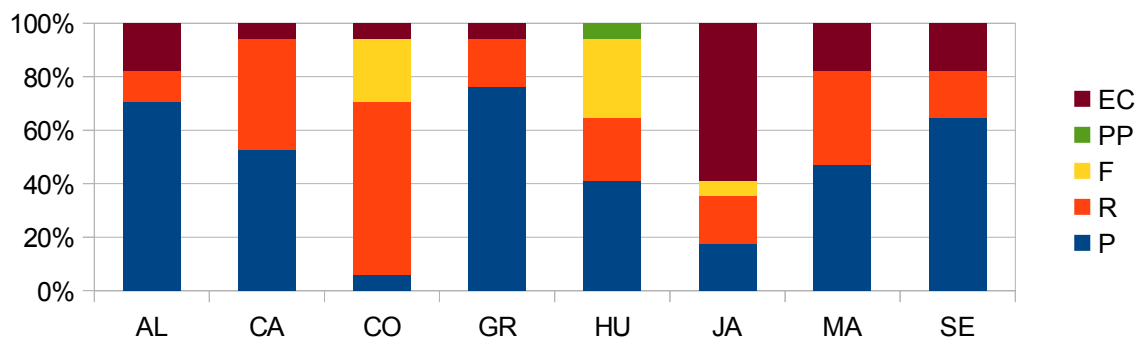
Objetivo General 1 (40 estrategias).- Mejorar la accesibilidad a la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, adaptándola a las características de la población con problemas de drogodependencias y otras adicciones, garantizando la equidad en la provisión de los servicios.



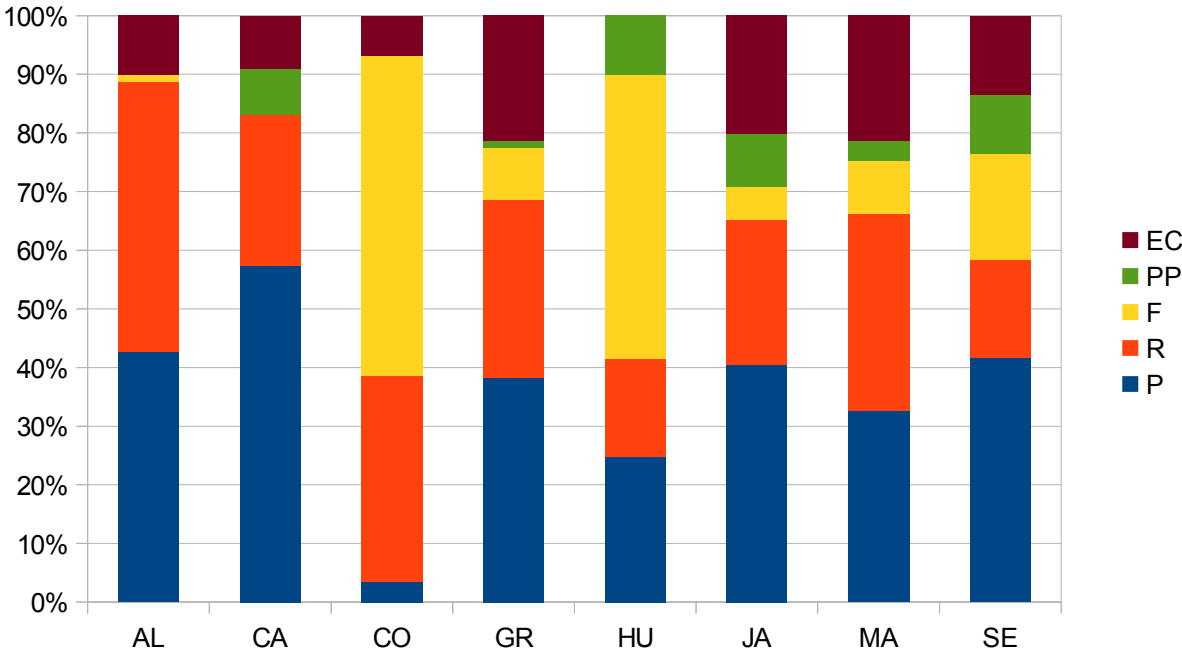
Objetivo General 2 (32 estrategias).- Garantizar la prestación de un catálogo de Servicios para las personas con problemas de drogodependencias y/o adicciones sin sustancia, estructurando y potenciando los espacios de cooperación y coordinación con otras instituciones implicadas en el ámbito de la atención a las personas en tratamiento.



Objetivo General 3 (17 estrategias).- Impulsar la utilización de sistemas y herramientas de evaluación de la calidad en la gestión de los diferentes programas y recursos asistenciales de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, que revierta en la mayor participación y satisfacción de las personas usuarias y de los y las profesionales.

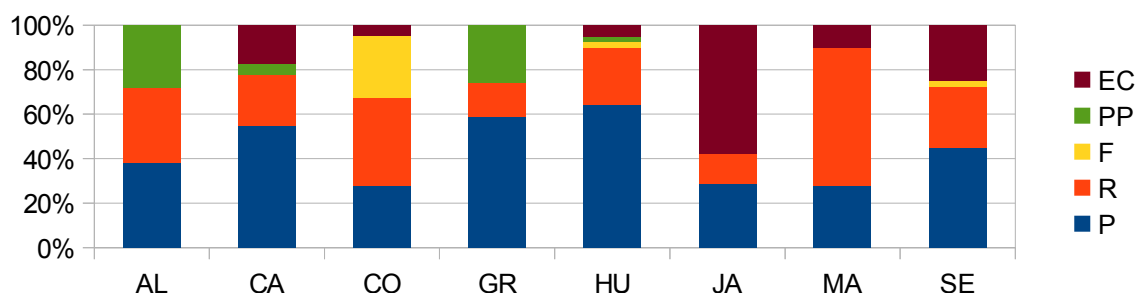


ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA
(89 estrategias)

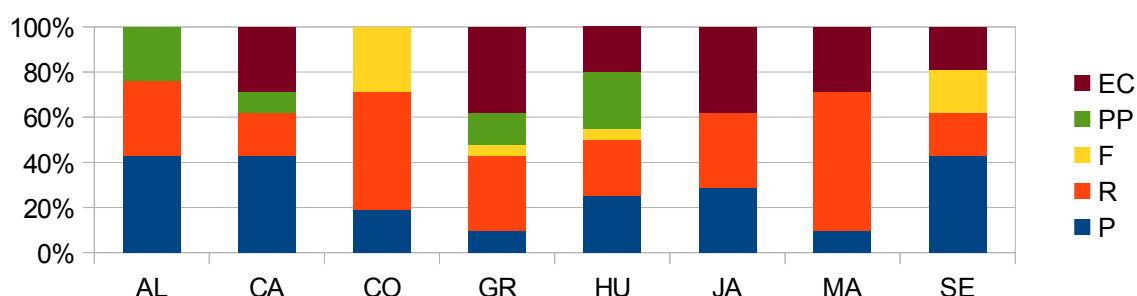


INCORPORACIÓN SOCIAL

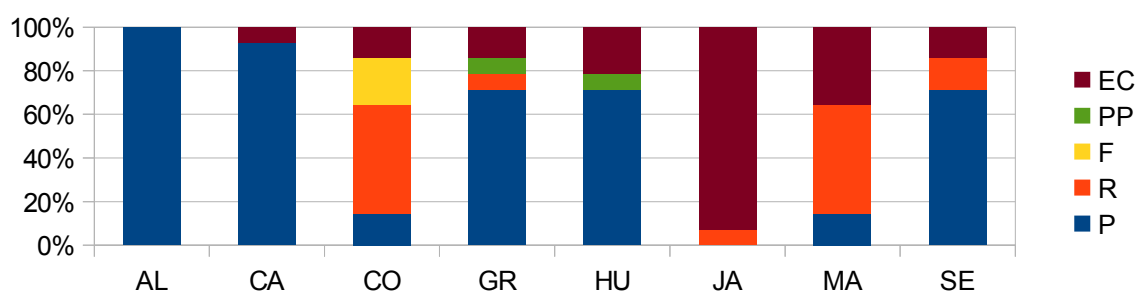
Objetivo General 1 (41 estrategias).- Favorecer la incorporación social y laboral de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, mejorando la accesibilidad a los recursos y programas de incorporación socio-laboral de la Red para las drogodependencias y Adicciones en Andalucía desde un análisis de género, y prestando especial atención a las personas más vulnerables, excluidas y o en riesgo de exclusión social.



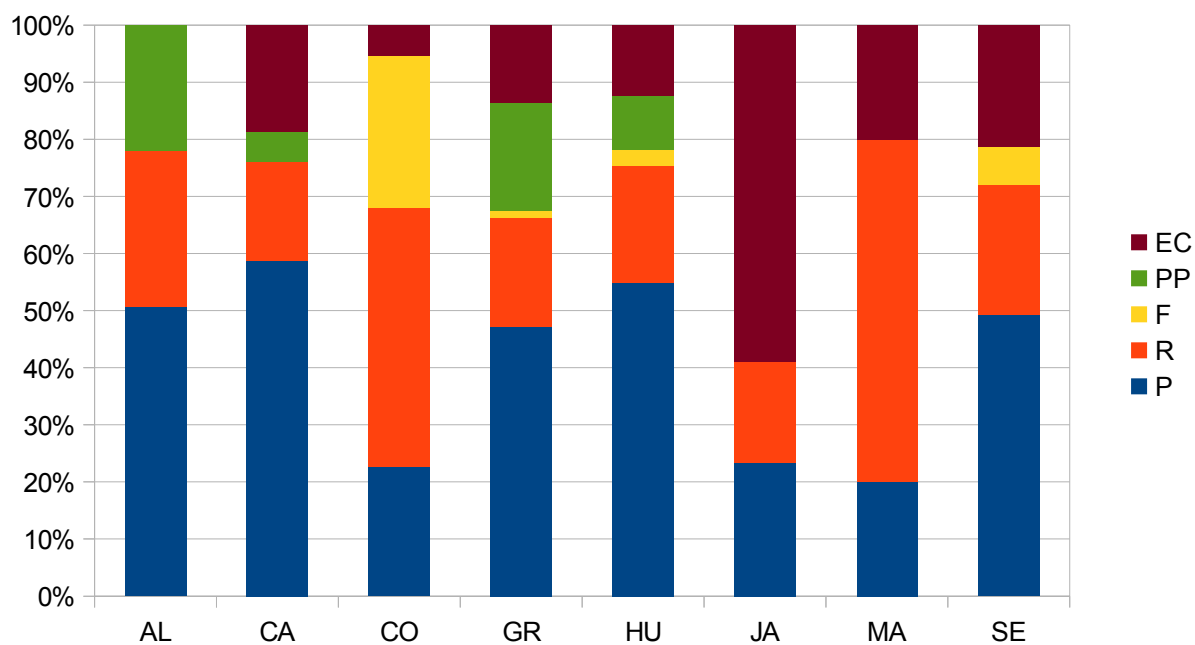
Objetivo General 2 (21 estrategias).- Impulsar la coordinación entre los diversos recursos de drogodependencias y adicciones, y de éstos con otras instituciones y agentes sociales, favoreciendo la accesibilidad a los recursos normalizados/ externos a la Red para la Atención a las Drogodependencias y adicciones y la participación de la sociedad en los procesos de incorporación social y de reducción de las desigualdades sociales y de género.



Objetivo General 3 (14 estrategias).- Promover una cultura de calidad y modernización en los recursos y programas de incorporación socio-laboral de la Red para las Drogodependencias y Adicciones en Andalucía, desde una perspectiva de género, que permita un mayor conocimiento de la realidad de estas personas y revierta en la mayor satisfacción de las personas usuarias.

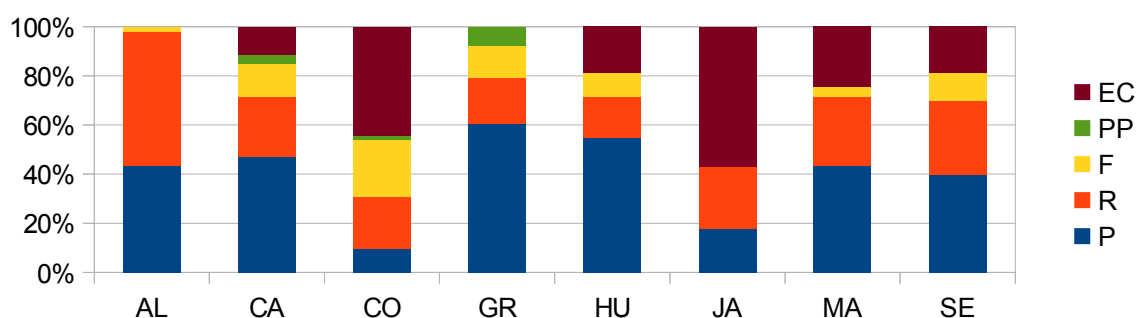


INCORPORACIÓN SOCIAL (76 estrategias)

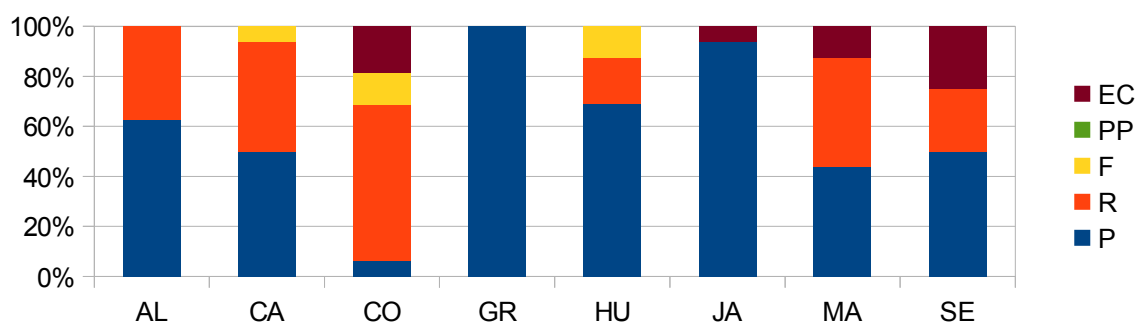


GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

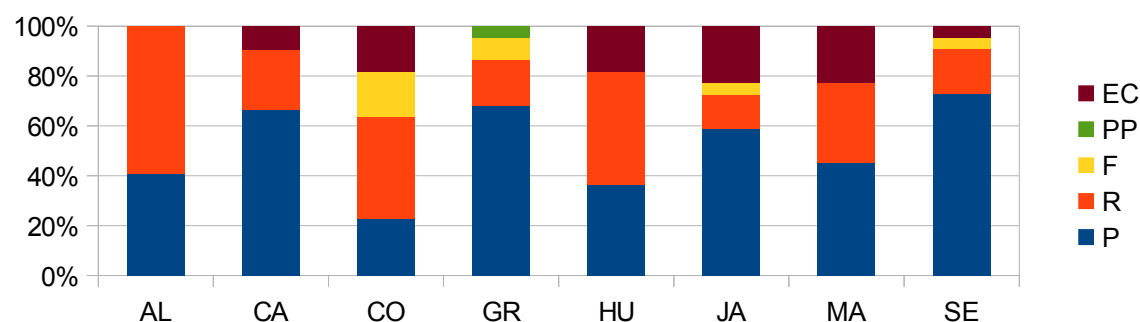
Objetivo General 1 (53 estrategias).- Impulsar la promoción y gestión del conocimiento en materia de drogas y adicciones, a través del desarrollo de sistemas de información para las diversas Áreas del III Plan y del fomento de la actividad investigadora en Andalucía.



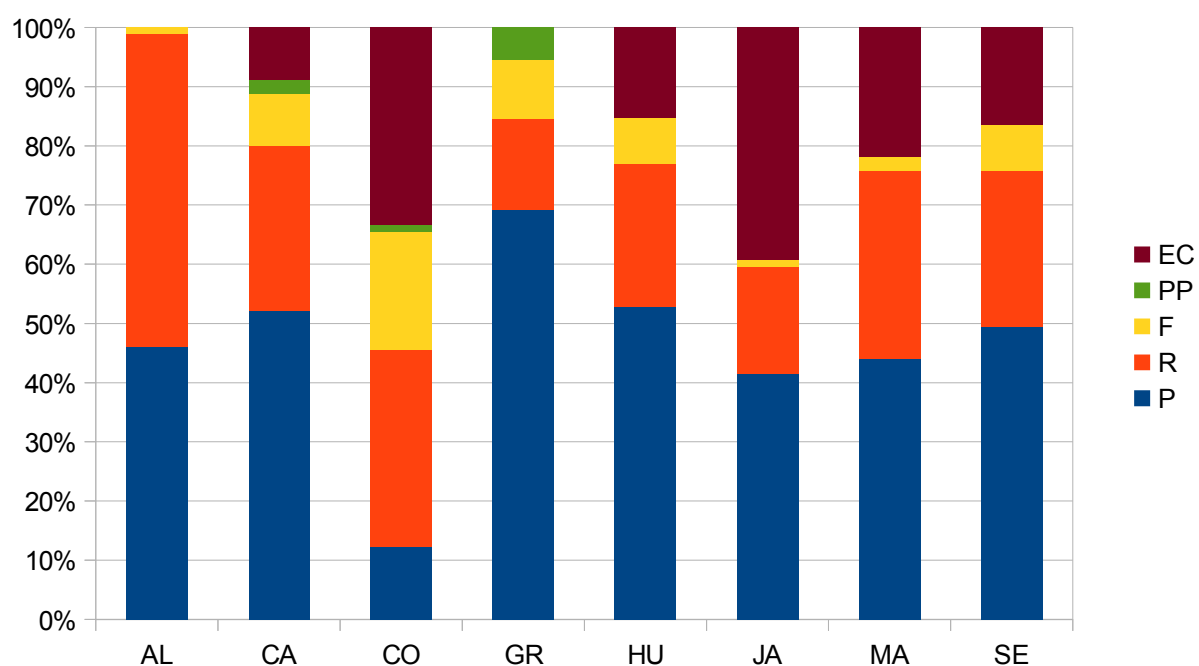
Objetivo General 2 (16 estrategias).- Diseñar un modelo de formación que aporte homogeneidad a la oferta formativa de los y las profesionales del III PASDA y aborde los nuevos retos emergentes en el ámbito de las drogas y adicciones, contando con el apoyo de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación.



Objetivo General 3 (22 estrategias).- Implementar un modelo de seguimiento y evaluación, desde la perspectiva de gestión de la calidad, de las estrategias enmarcadas en las diversas Áreas del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.



GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (91 estrategias)



Análisis de los datos cuantitativos

Valoración Global

Analizando los datos que arroja este primer análisis cuantitativo del nivel de cumplimiento de las estrategias del Plan, podemos, a partir de ahí, ver el nivel de cumplimiento de los objetivos específicos, los objetivos Generales, las áreas de actuación y el Plan en su totalidad.

Iniciando este análisis desde lo global a lo específico, hacemos una valoración de las estrategias del Plan en su totalidad, encontrando los siguientes datos:

Situación de las estrategias

Pendientes de realizar	37,00%
Realizándose	31,00%
Finalizadas	10,00%
Parcialmente realizadas	5,00%
Dependiente de otras Instituciones	18,00%

Centrándonos en estos datos, si aglutinamos las estrategias que están finalizadas (10 %) junto a las que están realizándose (31 %) nos encontramos que el nivel de estrategias con un nivel de cumplimiento aceptable supera el 40 %, dato que destaca al estar el plan en su primer tercio de funcionamiento. Este dato se puede explicar teniendo en cuenta que este es el III Plan que en Andalucía se ha diseñado en materia de actuación en drogodependencias y adicciones, y que la trayectoria del Plan andaluz sobre drogas y adicciones tiene ya más de 30 años, por lo que muchas de las estrategias que contempla este III PASDA, ya estaban contempladas y en funcionamiento en los otros dos planes anteriores, viniendo este tercer Plan a reforzarlas y adaptarlas a las nuevas realidades.

Otra causa que puede ayudar a entender este nivel alto de cumplimiento en la primera parte de vida del Plan, es el tiempo transcurrido desde que se comenzó a diseñar el Plan, y la publicación de éste, por lo que algunas de las estrategias nuevas previstas en este III PASDA, ya se han ido cumpliendo y realizando.

En referencia a las estrategias parcialmente realizadas (5 %) se ha podido apreciar que esta calificación se le ha atribuido, tanto a estrategias en las que su nivel de cumplimiento o de realización no se ha completado o aquellas que si se han cumplido o se están llevando a cabo en unos recursos y no en otros.



Analizando las estrategias que aun no se han realizado o puesto en marcha, encontramos que suponen un 37% del total de las estrategias del Plan. Estas estrategias aun por poner en marcha debe ser el objetivo principal de esta evaluación intermedia, pues en base a ellas, fundamentalmente, se debe diseñar el plan de actuación bienal que marca el III PASDA.

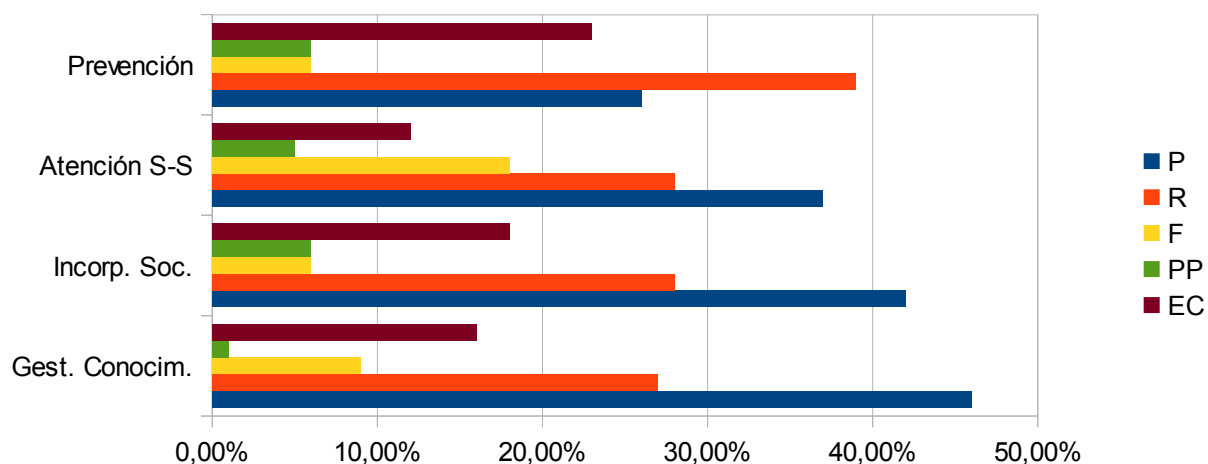
En cuanto a la categoría “Dependiente de otras Instituciones”, hemos podido comprobar que el término quizás no estaba perfectamente definido, y ha podido llevar a error en algunas valoraciones iniciales, que podemos suponer no ha influido significativamente en los resultados, al contar con varios miles de valoraciones que pueden atenuar estas desviaciones. Esta cuestión será necesario contemplarla para evaluaciones futuras.

Valoración por áreas de actuación

Si descendemos un escalón en este análisis de cumplimiento de estrategias, llegamos al nivel de las cuatro áreas que componen este III PASDA (Prevención, Atención socio-sanitaria, Incorporación social y Gestión del conocimiento). Los resultados se expresan en esta tabla:

Situación de las estrategias

	Pendientes	Realizándose	Finalizadas	Parcialmente realizadas	Dependiente otras Instituc.
Prevención	26,00%	39,00%	6,00%	6,00%	23,00%
Atención S-S	37,00%	28,00%	18,00%	5,00%	12,00%
Incorp. Soc.	42,00%	28,00%	6,00%	6,00%	18,00%
Gest. Conocim.	46,00%	27,00%	9,00%	1,00%	16,00%



Como se puede observar, el área donde existe un mayor número de estrategias pendientes es en el de Gestión del Conocimiento. Por otra parte, si juntamos las estrategias que están realizándose, las finalizadas y las parcialmente realizadas nos encontramos con los siguientes valores: Prevención (51%); Atención Socio-Sanitaria (51%); Incorporación social (40%) y Gestión del Conocimiento (37%).

En este aspecto destaca de nuevo el área de Gestión del Conocimiento, como el área con un número menor de estrategias, que podríamos considerar en situación de cumplimiento. Estas circunstancias se podrían explicar partiendo de que las otras áreas (Prevención, Atención Socio-Sanitaria e Incorporación Social) ya estaban presentes en los planes anteriores, lo que ha permitido que muchas de sus estrategias ya estuviesen cumplidas. Sin embargo el área de Gestión del Conocimiento, como área independiente, aparece por primera vez en este III PASDA, siendo una de las grandes apuestas del mismo.

En el extremo opuesto de nivel de cumplimiento de sus estrategias, encontramos el área de Prevención, con el menor número de estrategias pendientes de realizar (26%) y el máximo de estrategias en situación de cumplimiento (51%) y esto a pesar de contar con el mayor porcentaje de estrategias dependientes de otras instituciones (23%).

Al área de Prevención le sigue, en el porcentaje de estrategias en situación de cumplimiento, el área de Atención Socio-Sanitaria, con un 51% de sus estrategias, realizándose, finalizadas o en situación de parcialmente realizadas y con un 37% de estrategias pendientes de realizar.

Y por último el área de Incorporación Social, ocupa el segundo puesto en porcentaje de estrategias pendientes (42%), y el tercero en el de estrategias en situación de cumplimiento (40%).

Valoración por Objetivos Generales

Si descendemos al nivel de Objetivos Generales en el análisis de los porcentajes de estrategias Pendientes y estrategias en situación de cumplimiento (Realizándose, Finalizadas y Parcialmente realizadas) encontramos los siguientes datos:

Porcentaje de estrategias Pendientes de realizar

	Prevención	Atención S-S	Incorp. Soc.	Gest. Conocim.
Obj. General 1	17,00%	30,00%	44,00%	40,00%
Obj. General 2	32,00%	39,00%	31,00%	58,00%
Obj. General 3	48,00%	49,00%	54,00%	53,00%

Porcentaje de estrategias en situación de cumplimiento (Realizándose, Finalizadas y Parcialmente realizadas)

	Prevención	Atención S-S	Incorp. Soc.	Gest. Conocim.
Obj. General 1	59,00%	60,00%	41,00%	40,00%
Obj. General 2	43,00%	48,00%	49,00%	34,00%
Obj. General 3	38,00%	36,00%	23,00%	36,00%

Analizando las tablas destacar que, como era de esperar, el área con menor número de estrategias pendientes en sus objetivos generales, es el de Prevención, destacando dentro de ésta, el Objetivo General 1 (17% de estrategias Pendientes) centrado en evitar o retrasar la edad de inicio de los consumos y comportamientos adictivos. Igualmente, este Objetivo General 1 presenta uno de los mayores porcentajes de estrategias en situación de cumplimiento (59%).

En el extremo contrario de porcentaje de estrategias Pendientes, encontramos los Objetivos Generales 2 y 3 del área de Gestión del Conocimiento, a la vez que presentan los menores porcentajes de estrategias en situación de cumplimiento. Estos dos Objetivos Generales, hacen referencia a la formación de las personas que conforman la red (2) y a la implementación de un modelo de seguimiento y evaluación de la calidad.

Otro dato a destacar en este análisis es que podemos observar que en las tres áreas (Prevención, Atención Socio-Sanitaria e Incorporación Social) es el Objetivo general 3, el que presenta un mayor porcentaje de estrategias pendientes y también, un menor porcentaje de estrategias en situación de cumplimiento. En las tres áreas, el objetivo General 3 hace referencia fundamentalmente a la promoción de la cultura de la calidad y la evaluación en los programas y actuaciones llevadas a cabo.

En Atención Socio-sanitaria, el Objetivo General que mejor funciona, según el porcentaje de estrategias Pendientes (30%) y estrategias en situación de cumplimiento (60%) es el 1, relacionado con la accesibilidad a la Red de atención a las drogodependencias y adicciones y su adaptación a la población atendida.

En el área de Incorporación Social destacar el Objetivo General 3, relacionado con la cultura de la evaluación y la calidad, que como dijimos en un párrafo anterior, aparece deficitario en las tres áreas (Prevención, Atención Socio-Sanitaria e Incorporación Social), es en esta última en la que presenta unos mayores porcentajes de estrategias Pendientes (54%) y menores en situación de cumplimiento (23%).



Valoración por Objetivos Específicos

El III PASDA cuenta con 44 Objetivos Específicos repartidos en las cuatro áreas de actuación. Considerando que esta es una evaluación intermedia, cuyo objetivo último y primordial es elaborar el Plan de actuación bienal en base al análisis de la situación actual, nos centraremos en el análisis de aquellos Objetivos específicos, que dentro de cada área de actuación, tenga peores índices de cumplimiento ($\geq 50\%$ estrategias Pendientes) y por tanto requieran una atención especial en dicho Plan de actuación.

Si hacemos este análisis por áreas, podemos encontrar que en el área de **Prevención**, son los Objetivos específicos 3,1, (con un 50% de estrategias pendientes y relacionado con la definición de un modelo de actuación común, basado en la evidencia científica e incorporando el enfoque de género) y 3,3, (con el 57% de sus estrategias Pendientes y que hace referencia al establecimiento de un sistema de evaluación y medición de los programas de prevención), los que ofrecen unos niveles de cumplimiento más deficitarios.

En el área de **Atención Socio-Sanitaria** destacaría el objetivo específico 2.4. (relacionado con la coordinación con el Sistema de Servicios Sociales) con un 57% de sus estrategias Pendientes. Así mismo, destacar también los objetivos específicos 3.2. (relacionado con la participación activa de las personas usuarias, profesionales, instituciones y agentes implicados que permita detectar sus necesidades y expectativas) con un 56% de sus estrategias Pendientes y el 3.3. con un 51% y relacionado con el establecimiento de sistemas de evaluación y medición de los distintos recursos y programas.

Atendiendo al área de **Incorporación Social**, los objetivos específicos que destacan por su escaso nivel de cumplimiento son el 1.4. que versa sobre la promoción de la participación de los agentes económicos y sociales, medios de comunicación, instituciones y entidades y de la ciudadanía en su conjunto, en los procesos de incorporación social, con un 65% de estrategias Pendientes. Por detrás de este objetivo específico le siguen el 3.1. que trata sobre la homogeneización del proceso de incorporación social en la Red andaluza de atención a las drogodependencias incorporando la perspectiva de género, con un 58% de sus estrategias Pendientes. El objetivo específico 2.4. con un 56% de sus estrategias Pendientes y que trata de la coordinación con los agentes económicos y sociales para facilitar la formación y el empleo de las personas con trastornos adictivos. Y por último, el objetivo específico 3.3., con un 55% de sus



estrategias Pendientes, que trata sobre la implantación de un sistema de evaluación y medición de los programas y recursos de incorporación social para promover la mejora continua del proceso de incorporación social.

Por último, centrándonos en el área de **Gestión del Conocimiento**, que como veíamos en páginas anteriores, es el área con unos niveles de cumplimiento de sus estrategias más bajo, los objetivos específicos que cumplen el criterio de tener un porcentaje de sus estrategias Pendientes igual o superior al 50% son, en orden de menor a mayor nivel de cumplimiento: Objetivo específico 3.3. que vuelve a hacer referencia a evaluar y medir los procesos de formación, información e investigación llevados a cabo, con un 65% de sus estrategias pendientes de realizar; 2.2. con un 64% de estrategias Pendientes y referido al intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales de drogodependencias y adicciones; 3.1. con un 58% de sus estrategias pendientes y cuyo contenido hace referencia a la implementación por parte del Observatorio Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones del seguimiento del III PASDA; 2.1. con un 56% de sus estrategias por cumplir y se refiere a impulsar una formación común entre profesionales de la red andaluza de atención a las drogodependencias; 1.4. con un 53% de estrategias pendientes, centrándose en la promoción de la actividad investigadora apoyando la creación de redes profesionales en esta materia; 1.3. con el 51% de sus estrategias sin cumplir y referidas a la promoción del intercambio de información entre las instituciones implicadas en el ámbito de las drogodependencias y adicciones.



Resumen valoración cuantitativa

Resumiendo la valoración cuantitativa basada en el nivel de cumplimiento de las estrategias del Plan, nos encontramos con un nivel global de ejecución del mismo aceptable, pues tenemos un 46% de sus estrategias Realizándose, Finalizadas o Parcialmente realizadas, frente a un 37 % de estrategias Pendientes, teniendo en cuenta que estamos valorando el primer tercio de su ejecución.

Si nos centramos en los datos más deficitarios obtenidos en este análisis cuantitativo, de cara a centrar las propuestas del Plan de actuación bienal en ellos, podemos destacar que a nivel de las áreas generales de actuación del Plan, es el área de Gestión del Conocimiento el que adolece de un menor porcentaje de estrategias cumplidas. Esto puede deberse probablemente a que es la primera vez que la Gestión del Conocimiento es considerada como área independiente y con entidad propia, en los Planes de drogodependencias y adicciones en Andalucía. Por otra parte, si fijamos nuestra atención en las otras tres áreas de actuación del Plan (Prevención, Atención Socio-Sanitaria e Incorporación Social), podemos ver que en todas coincide que es en su Objetivo General número 3 donde el nivel de ejecución de sus estrategias es menor. Recordemos que en las tres áreas, este tercer Objetivo General hace referencia fundamentalmente a la ***cultura de la calidad*** y de ***la evaluación*** de lo que se hace, buscando una mayor eficacia de lo que hacemos, equidad de género y grado de satisfacción y participación de las personas usuarias y profesionales de la red.

Cuando descendemos en el detalle del análisis, a nivel de los objetivos específicos, y centrando nuestro interés en aquellos en los que el porcentaje de estrategias Pendientes es mayor, y por lo tanto sujetos de una mayor atención, podemos hacer un listado de estos en orden de mayor a menor porcentaje de estrategias Pendientes de realizar:

- La formación, información e investigación.
- La participación de los agentes económicos y sociales, medios de comunicación, instituciones y ciudadanía en general en los procesos de incorporación social.
- El intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales.
- El seguimiento desde el Observatorio del cumplimiento del III PASDA.
- La homogeneización del proceso de Incorporación social en nuestra red.
- La coordinación con el sistema de servicios sociales.
- La evaluación y medición de los programas de Prevención.
- Impulsar la formación común entre profesionales de la red.



- La coordinación con los agentes económicos y sociales para facilitar la la formación y el empleo de las personas con problemas adictivos.
- La participación activa de personas usuarias, profesionales y agentes implicados para detectar sus necesidades y expectativas.
- Implantación de un sistema de evaluación y medición de los programas y actuaciones en Incorporación Social.
- Promoción de la actividad investigadora, apoyando la creación de redes específicas.
- Promoción del intercambio de la información entre las instituciones implicadas.
- Establecimiento de sistemas de evaluación y medición de los distintos recursos y programas.
- Definición de un modelo común de Prevención basado en la evidencia científica e incorporando el enfoque de género.

Si distribuimos este listado en función de las áreas del Plan a las que pertenecen, para poder decidir donde es necesaria una mayor atención que garantice un nivel de cumplimiento adecuado, nos encontramos con lo siguiente:

Prevención:

1. Evaluación y medición de los programas de Prevención. (3.3)
2. Definición de un modelo común de Prevención basado en la evidencia científica e incorporando el enfoque de género. (3.1)

Atención Socio-sanitaria:

1. La coordinación con el sistema de Servicios Sociales. (2.4)
2. La participación activa de personas usuarias, profesionales y agentes implicados para detectar sus necesidades y expectativas. (3.2)
3. Establecimiento de sistemas de evaluación y medición de los distintos recursos y programas. (3.3)

Incorporación Social:

1. La participación de los agentes económicos y sociales, medios de comunicación, instituciones y ciudadanía en general en los procesos de incorporación social. (1.4)



2. La homogeneización del proceso de Incorporación social en nuestra red, incorporando la perspectiva de género. (3.1)
3. La coordinación con los agentes económicos y sociales para facilitar la la formación y el empleo de las personas con problemas adictivos. (2.4)
4. Implantación de un sistema de evaluación y medición de los programas y actuaciones en Incorporación Social. (3.3)

Gestión del Conocimiento:

1. La mejora en los procesos de formación, información e investigación, a través de un sistema de evaluación y medición con indicadores y estándares de calidad. (3.3)
2. El intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales de la red. (2.2)
3. El seguimiento desde el Observatorio del cumplimiento del III PASDA. (3.1)
4. Impulsar la formación común entre profesionales de la red. (2.1)
5. Promoción de la actividad investigadora, apoyando la creación de redes específicas. (1.4)
6. Promoción del intercambio de la información entre las instituciones implicadas en el ámbito de las drogodependencias y Adicciones. (1.3)

Podemos observar que ninguno de los objetivos específicos que aparecen en este listado hacen referencia a programas, recursos o actividades relacionados directamente con intervenciones sobre las personas usuarias en ninguna de las áreas de actuación. Con estos datos, podríamos inferir que esos objetivos relacionados con esas actuaciones directas sobre las personas usuarias, tienen un nivel de cumplimiento aceptable, al no destacar ninguno por el porcentaje de estrategias incumplidas.

Por el contrario, como decíamos en párrafos anteriores, si encontramos una coincidencia en el menor nivel de cumplimiento en todas las áreas generales de actuación del Plan, en los objetivos relacionados con la evaluación y la medida de la calidad de lo que hacemos. Incluso en las áreas más relacionadas con las actuaciones sobre las personas usuarias (Prevención, Atención Socio-Sanitaria e Incorporación Social), estos objetivos destacados por incumplimiento, hacen referencia a esta cultura de la evaluación de resultados y de la medida de la calidad, basada en modelos científicos, de lo que hacemos.



Si nos centramos en el área de Gestión del Conocimiento, podemos ver que en los objetivos específicos con menor nivel de cumplimiento, destaca en primer lugar la utilización de sistemas de evaluación y medición con indicadores y estándares de calidad, para mejorar los procesos de formación, información e investigación.

Estos resultados nos pueden hacer pensar que una de las carencias actuales del Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones, pueda ser la utilización reglada de una metodología científica que nos permita diseñar, a la vez que evaluar y medir la eficacia, eficiencia y calidad de lo que hacemos.

También encontramos referencias, en estos objetivos deficitarios, referidas a la formación, el intercambio de conocimientos y de información, la definición de modelos comunes de actuación y la investigación. Como vemos, todos muy relacionados con el área de Gestión del Conocimiento.

Por lo tanto, a la luz de los resultados de este análisis cuantitativo, es sobre estos aspectos, más relacionados con este área de Gestión del Conocimiento, sobre los que se tendría que prestar una mayor atención en el diseño del Plan de Actuación bienal.



Evaluación Cualitativa



Valoración Cualitativa

Tal y como establece el III PASDA en su apartado de evaluación, ésta debe tener una parte cuantitativa, presentada en las páginas anteriores y otra cualitativa. Dentro del apartado de evaluación cualitativa se establecen como técnicas, los grupos focales y las encuestas, entre otras, y como poblaciones de estudio, las personas usuarias y el colectivo de profesionales de la red.

Grupos focales

A) Personas usuarias

La realización de estos grupos focales formados por personas usuarias recayó en las federaciones Enlace y FAJER, realizándose con sus colectivo de afiliados. Se presentaron tres grupos DAFOs, dos de la federación Enlace (uno realizado específicamente con mujeres usuarias) y los otros dos con población usuaria general, correspondientes a las federaciones Enlace y FAJER . A continuación se presenta el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades obtenidos en los grupos focales de personas usuarias.

Comenzamos presentado lo planteado en el grupo de mujeres usuarias realizado desde Enlace:

Debilidades

- Hay información suficiente, pero falta motivación para acceder a los recursos, porque las adicciones son muy fuertes.
- Horarios de atención poco flexibles.
- En las CT hacen falta más zonas de deportes.
- Pocos centros de día.
- Mejorar la prevención de recaídas.
- Pocos recursos sólo para mujeres.
- Largos tiempos de espera para entrar en recursos
- Ayudas económicas.
- Facilitar más la búsqueda de empleo y las ayudas económicas.



Fortalezas

- Hay información suficiente sobre los recursos, a través del Centro de Salud y también en internet. Si llevas mucho tiempo con la adicción conoces todos los recursos.
- La cercanía y el gran apoyo por parte de los/as profesionales; el buen trato.
- La CT es un recurso muy completo porque se abordan todas las dificultades de la persona.
- En la CT me encuentro segura y protegida.
- El apoyo jurídico es rápido y eficaz para quienes tienen problemas judiciales.
- Son positivas las terapias ocupacionales.

A continuación presentamos el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades elaborados desde la federación Enlace:

Debilidades

- Algunos/as profesionales dan información de centros que no pertenecen a la Red (Reto, Betel...), por no tener alternativas más rápidas. Es fácil acceder a ellos pero después te dificultan la salida.
- Algunos CTA llevan varios pueblos y hay que esperar mes y medio para las citas.
- El horario insuficiente y el tiempo de espera largo.
- La atención recibida depende de las personas que te atiendan, de la formación y calidad humana. Factor suerte.
- Hay poca interacción entre personas usuarias y profesionales.
- Para entrar en Comunidad terapéutica, los tiempos de espera son muy largos.
- **Generalidades**
- Algunas instalaciones podrían mejorarse, modernizarse y dotarse de más medios.
- Debería agilizarse la lista de espera para quienes están en la calle.
- **CT**
- La distancia física a la Comunidad, que se dificulta cuando no hay bus u otro transporte público para llegar.



- Falta de ayuda económica para desplazarse en el ingreso.
- **CD**
- No desconectas de la calle.
- Si la relación familiar no es buena, necesitas más apoyo y contención.
- **VAR**
- Dificultades para encontrar empleo.
- La convivencia.
- **Apoyo Jurídico**
- No señalan debilidades.
- **VAT**
- Tiempos largos de estancia.
- Personas que consumen en las VAT (menos control).
- **CEA**
- Mucho tiempo de espera cuando se está en la calle.
- Falta de actividades para la ocupación del tiempo libre.
- Falta de camas para pernoctar. Habría que habilitar edificios públicos para las personas sin hogar.
- **Metadona**
- Trapicheos, aumentar las dosis y usarla como droga.
- Disminuir por su cuenta la dosis y sustituirla por cannabis o alcohol.
- Venderla para adquirir droga.
- Hacен falta más campañas preventivas y de impacto.
- Concienciar a la ciudadanía.
- Incidir en disminuir o controlar la oferta de drogas y alcohol.

Amenazas

- La publicidad de los recursos no se corresponde con la realidad porque cuesta acceder a ellos por las listas de espera.
- Saturación de algunos recursos por insuficiencia de profesionales.



- Saturación, al ir aumentando los problemas de alcohol y drogas.
- Complicarnos la vida mientras esperamos para el ingreso; problemas judiciales,
- deterioro físico...
- Saturación, que a veces dificulta la atención de calidad e individualizada.
- Los recortes sufridos con la crisis.
- Intereses políticos y farmacéuticos recaudatorios.
- Recortes económicos para el abordaje de las adicciones.
- Aparición de la drogodependencia en la historia clínica, que ha impedido el acceso a posibles empleos.

Fortalezas

- Mucha información de los recursos: internet, atención primaria, amigos, conocidos...
- Actualmente hay más recursos y más conocimiento de los mismos.
- Se adaptan los horarios para que también puedan asistir familiares.
- Horarios de atención de mañana y tarde de algunos recursos.
- Calidad en la atención: buena atención, buen trato, cercanía, firmeza y flexibilidad, amabilidad, empatía, información de distintas opciones de tratamiento.
- Profesionales con capacidad de adaptación, motivación y compromiso.
- Buena comunicación con profesionales de los recursos.
- Para acceder a Centro de Encuentro y Acogida, Centro de Tratamiento Ambulatorio o Programa Metadona, el tiempo de espera es menor.
- Experiencia de los programas y profesionales.

Generalidades

- La confianza en las personas usuarias.

CT

- Individualizar los programas.
- Adecuar los tiempos y periodicidad de salidas a las necesidades de las personas usuarias.
- Trabajar con las familias.



- **CD**

- Variedad de actividades.
- Información para búsqueda de empleo.

- **VAR**

- Información y recursos para la búsqueda de empleo.
- Apoyo Jurídico.
- Muy útil y efectivo para los que tienen problemas judiciales.

- **VAT**

- Suplen la labor de las familias, cuando no hay o no apoyan.

- **CEA**

- Cuidados muy necesarios para la supervivencia y dignidad.

- **Metadona**

- Apoyo importante si se usa bien.

Oportunidades

- Se realizan controles toxicológicos si los solicita la familia y con eso ayudan a clarificar situaciones de conflicto y desconfianza.
- El asesoramiento y la orientación de distintos profesionales de la Red.
- Que existe buena coordinación entre los distintos recursos.
- Valorar y aprovechar mejor los tratamientos.
- De recibir cuidados y aprendizaje.
- Variedad de recursos para distintas problemáticas y situaciones.
- Variedad de recursos.
- Profesionalización.

A continuación presentamos el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades elaborados desde la federación FAJER:

Debilidades

- Insuficiente tiempo de los profesionales para llegar a todas las actividades (Falta de



presupuesto).

- No en todos los centros hay horario de mañana, y en los que lo hay, no es diario por falta de presupuesto (dificultad de coordinación con otras entidades públicas o privadas, gestión documental, etc.).

Amenazas

- Dependencia de un presupuesto de Concierto público que condiciona la disponibilidad de apertura, profesionales, etc.
- Dificultad de los profesionales de FAJER para acceder a la formación que se presta de la Junta de Andalucía a los profesionales de “su red” y que sería muy útil en su trabajo.
- Los profesionales de Atención Primaria no tienen información o conocimiento de recursos específicos como los que prestan los centros de FAJER, para poder ser derivados.

Fortalezas

- Apertura diaria.
- Terapias de grupo semanales.
- Formación y compromiso tanto de profesionales como de monitores voluntarios.
- Tratamiento sistematizado con normas claras.
- Certificación de Calidad (garantía de que se hacen las cosas bien).
- Fácil acceso en la mayoría de los centros de FAJER.
- No hay listas de espera.
- Horarios de tarde para que se concilie con el horario laboral de los usuarios.

Oportunidades

- Las diez Asociaciones de FAJER constituyen centros acreditados por la Junta de Andalucía, nueve de ellos con concierto público que garantiza mínimo presupuesto para prestar servicio.
- Tratamiento gratuito para los usuarios.

* * *



Como complemento a estos grupos DAFO, y para dar participación a todas las provincias en las cuatro áreas de actuación del Plan, se realizó, una reunión con la participación de las coordinaciones de área en cada provincia, las representantes de las federaciones de personas usuarias y los miembros del grupo de trabajo sobre la evaluación del Plan, con un doble objetivo, analizar los resultados de los diferentes DAFOs. y proponer, en base a todos los datos recopilados en la evaluación, las líneas básicas del Plan de actuación bienal para cada área del III PASDA.

B) Colectivo profesional

Para el colectivo profesional y pensando en favorecer una máxima participación de todos los agentes implicados en el PASDA, se estableció que tuvieran la composición de las Comisiones Técnicas provinciales de cada área (Prevención, Atención Socio-Sanitaria e Incorporación Social), salvo para el área de Gestión del Conocimiento, que al no tener una Comisión Técnica Provincial propia, se deberían crear grupos focales ad hoc.

Se hizo una distribución por provincias y áreas de tal manera que cada área del Plan fuese analizada en dos provincias, una occidental y otra oriental, para no tener que analizar todas las áreas en todas las provincias, pero permitiendo una participación más amplia en cada una de ellas.

La distribución quedó de la siguiente manera:

- Prevención: (CO y JA)
- Atención socio-sanitaria: (CA y MA)
- Incorporación social: (AL y HU)
- Gestión del Conocimiento: (GR y SE)

De estos grupos programados, se llevaron a cabo los siguientes: Almería, Córdoba, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla.

Siguiendo la técnica DAFO, estos grupos focales analizaron las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que el III PASDA, presentaba en cada una de las áreas del mismo.



A continuación presentamos estos resultados resumidos:

Grupos Focales sobre Prevención

La realización de estos grupos focales sobre Prevención recayó en las provincias de Córdoba y Jaén. Analizando sus planteamientos y agrupándolos podemos destacar los siguientes aspectos:

Amenazas y Debilidades

A) Recursos humanos y materiales (Profesionales, Estabilidad programas, formación, etc)

Jaén

- Escasez de recursos humanos en todos los ámbitos de actuación. (Importancia Crucial)
- Falta de recursos económicos y su distribución adecuada. (Importancia Crucial)
- Escasos, y en ocasiones nulos, reconocimientos e incentivos a los profesionales implicados (Muy Importante)
- Escasez de formación específica en materia de prevención y promoción. (Muy Importante)
- Falta de continuidad en los programas de prevención. (Muy Importante)
- Falta de formación específica destinada a los agentes preventivos. (Muy Importante)
- Fórmula administrativa y la burocracia dificulta la estabilidad de los programas. (Muy Importante)
- Falta de conocimiento de los programas de hábito de vida saludables. (Muy Importante)
- La implicación en prevención depende de la voluntariedad de los profesionales. (Muy Importante)
- Falta de cualificación profesional por problemas de presupuesto, tiempo y agenda. (Muy Importante)
- Sobrecarga de los profesionales que impide tener un espacio en la agenda para la



prevención. (Muy Importante)

Córdoba

- Falta de formación continua de los coordinadores en nuevos modelos teóricos y en evaluación sobre el impacto de los distintos programas.
- NO coinciden fechas de inicio y finalización de todos los programas CAD
- Escasos recursos materiales y humanos para prevención.
- Poca estabilidad laboral de los coordinadores de prevención debido a Convenios que no garantizan la continuidad de los programas.
- Falta de financiación para la formación de los profesionales y la investigación.

B) Aspectos externos a la Red (Sociedad general, medios de comunicación, etc)

Jaén

- La prevención es percibida como no prioritaria, sin espacio propio. (Importancia Crucial)
- A nivel institucional, escasez de publicidad de prevención y promoción. (Importancia Crucial)
- Ausencia de objetivos preventivos en el sistema sanitario vinculados al ámbito de las adicciones. (Muy Importante)
- Falta de concienciación de la necesidad de prevención en general. (Muy Importante)
- Acceso fácil de menores a sustancias tóxicas por incumplimiento de la ley. (Importancia Crucial)
- Relacionar el consumo problemático de sustancias a violencia de género . (Muy Importante)
- Relacionar el consumo problemático de sustancias a alteraciones emocionales en la mujer. (Muy Importante)
- Falta de sensibilidad del empresariado de ocio y hostelería hacia la prevención. (Muy Importante)
- Percepción de normalidad del consumo de sustancias tóxicas por parte de menores edad. (Muy Importante)



- Falta de promoción de espacios de ocio y tiempo libre saludable. (Muy Importante)
- Percepción de incapacidad para cambiar la realidad social por parte de familias y profesionales (Muy Importante)
- Permisividad en el cumplimiento de la ley en materia de drogas y adicciones. (Muy Importante)
- Deterioro de la imagen social dada por los medios de comunicación de la juventud y adolescencia. (Muy Importante)

Córdoba

- Baja percepción de peligro o de riesgo y cierta tolerancia en el consumo de algunas sustancias, sobre todo alcohol y cánnabis. Creencias normativas
- Falta de sensibilidad en temas preventivos por parte de los responsables políticos de los municipios.
- Nulo o poco apoyo para actividades de ocio y tiempo libre para jóvenes en materia de prevención.
- La falta de adherencia de los municipios a la ley de prevención y asistencia a las adicciones y a los mecanismos sancionadores y al convenio regulador con la Junta para venta de tabaco y alcohol a
- menores
- Dificultad para lograr la implicación de las familias.
- Imágenes positivas del consumo a través de los medios de comunicación, sobre todo en lo referente al juego on-line participando personajes de éxito.
- No aplicación de la normativa en lo referente a sanciones a locales , ya sea por la venta de bebidas alcohólicas a menores o el acceso a juegos, incluida la vía on-line.

C) Coordinación

Jaén

- Falta de coordinación entre las consejerías a nivel regional que dificulta la coordinación provincia (Importancia Crucial)



- Falta de coordinación a nivel local entre entidades y ámbitos de actuación. (Muy Importante)
- La coordinación no se contempla como tarea en sí misma. (Muy Importante)
- Inexistencia del programa ciudades ante las drogas en la mayoría de los municipios. (Importancia Media)
- Ausencia de protocolo de derivación entre instituciones y entidades. (Importancia Media)

Córdoba

- Mancomunidades y Ayuntamientos no adscritos a la convocatoria.
- Falta de coordinación del programa CALD con otras áreas municipales y con el tejido asociativo local, así como con otros recursos.
- Falta de Planes Locales de Prevención y la inclusión de éste en otros Planes existentes en el municipio, siendo el gobierno local quien lidere dicha iniciativa.
- Escasa coordinación con algunas entidades y organizaciones: IAJ, Universidad, asociaciones juveniles.....
- Ausencia de jornadas de coordinación provinciales.
- La falta de observatorios y planes locales de prevención de las adicciones.
- Falta de compromiso de las administraciones locales para desarrollar programas preventivos.

D) Organización

Jaén

- Delimitación de competencias y funciones de los agentes implicados (Importancia Crucial)
- Priorización del enfoque asistencial, dejando a un lado el enfoque psicosocial y la prevención. (Importancia Crucial)
- Ausencia de definición de criterios de buenas prácticas. (Importancia Crucial)
- Falta de delimitación de espacios y competencias propios de agentes preventivos.



(Muy Importante)

- Desconocimiento de programas y recursos de la Unión Europea. (Importancia Media)
- Ausencia de planes locales de prevención. (Muy Importante)
- Ausencia de desarrollo legislativo para la prevención del consumo alcohol y juego. (Muy Importante)

Córdoba

- Realización, en ocasiones, de intervenciones puntuales

E) Evaluación e investigación aplicada sobre Prevención

Jaén

- Subvención de prácticas preventivas no basadas en evidencia científica (Importancia Crucial)

Córdoba

- Falta de instrumentos de evaluación consensuados y homogéneos en todos los Planes de actuación (PASDA, Salud, Salud Mental....)
- Falta de recursos para impulsar la investigación aplicada.
- Falta de de homogeneización en actividades comunes en CAD, de eficacia probada.

Fortalezas y Oportunidades

A) Coordinación con Educación, Salud, Servicios Sociales, Juventud, Infancia, Igualdad, etc

Jaén

- Existencia del programa HHVVSS a nivel educativo como programa prevención universal. (Importancia Crucial)
- Aumento de la coordinación con la creación de Comisión Técnica Provincial de



programas HHVVSS (Muy Importante)

- Aumento de la formación específica sobre prevención en drogodependencias en educación. (Muy Importante)
- Aumento de participación de centros educativos en programas de HHVVSS. (Muy Importante)
- Existencia de unidades de vigilancia epidemiológica y de promoción de salud en Distritos SAS. (Importancia Media)
- Existencia de AMPAs como apoyo para la prevención familiar. (Muy Importante)
- Existencia de planes locales de salud en algunos municipios. (Muy Importante)
- Incorporación de medidas comunes de prevención en Planes de juventud, infancia, igualdad, (Muy Importante)
- Incorporación transversal de la prevención en el curriculum en el ámbito educativo. (Muy Importante)
- Formación de mediadores educativos. (Muy Importante)
- Reorientación de atención primaria hacia la promoción de salud y la prevención. (Importancia Media)

Córdoba

- Buena coordinación provincial entre las instituciones implicadas: Delegación para la Igualdad, Salud y políticas Sociales, Educación, Sindicatos, IAM, federación MADINAT, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Ayuntamientos.....
- Posibilidad de utilizar a los ayuntamientos de la Red de Acción Local en salud, para potenciar los puntos Forma Joven y aunar criterios.
- Cursos de formación en prevención para mediadores sociales.
- Colaboración en la formación profesorado a través del CEP.
- Tener constituida la CTP
- Tener constituido el grupo de trabajo de la Red de Drogodependencias y Adicciones .
- Protocolo de coordinación con servicios sociales comunitarios.
- Establecer una coordinación con UGT y CCOO en el ámbito laboral y Ciudades ante las drogas, para que los/as técnicos/as conozcan las previsiones anuales y para que



cuenta con ellos para colaborar.

- Formación y asesoramiento a profesionales en Centros de Día y personas con discapacidad.
- La coordinación con Atención Primaria y Servicios sociales comunitarios.

B) Recursos humanos y materiales, organización y programas.

Jaén

- Existencia de la figura de coordinador/a provincial de prevención de drogodependencias y adicciones. (Muy Importante)
- Existencia de la asesoría Forma Joven como recurso complementario. (Muy Importante)
- Existencia de programas de tratamiento e intervención familiar para trabajar la prevención. (Muy Importante)
- Existencia de programa de promoción de salud en los lugares de trabajo. (Muy Importante)
- Existencia del coordinador/a del programa CAD como profesional de referencia a nivel local. (Muy Importante)
- Existencia de la aplicación informática para recogida de datos del Ciudades ante las Drogas. (Muy Importante)
- Red de coordinación provincial de ciudades ante las drogas consolidada. (Muy Importante)
- Existencia de estructuras de coordinación a nivel provincial. (Muy Importante)

Córdoba

- Profesionales formados y motivados y con competencia para promover acciones preventivas.
- Programas comunes y validados en algunos ámbitos: Unplugged, Servicio Responsable, Familias.
- Disponer de un plan de formación semestral abierto a todas las personas y entidades que de manera directa o indirecta están relacionadas con las adicciones.



- Página web del IPBS y de distintas entidades para difusión de material preventivo.
- Tener constituido el grupo de trabajo del Programa Ciudades ante las drogas.
- Tener elaborado el Catálogo de programas y de recursos.

Grupos Focales sobre Atención Socio-sanitaria

La realización de estos grupos focales sobre Atención Socio-sanitaria recayó en las provincias de Cádiz y Málaga, realizándose sólo en ésta última. A continuación se presenta el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades en el área de Atención socio-sanitaria, realizado desde Málaga:

Debilidades

- COMPETENCIAS: los recursos de la Red tienen diferentes dependencias institucionales. (Muy Importante)
- Nivel de participación: en general la provincia no puede decidir sobre su mapa de recursos. (Muy Importante)
- Imagen institucional y Publicidad: muy escasa y poca visualización de la misma en la calle (Muy Importante)
- Rigidez en ingresos en recursos residenciales en situaciones de crisis. (Muy Importante)
- Ausencia de protocolos específicos para migrantes. (Importancia Media)
- Ausencia de programa específico para intervención con mujeres. (Muy Importante)
- Falta de flexibilidad en el horario de atención. (Importancia Media)
- Ausencia de programas de reducción de riesgos/daños en adicciones como alcohol, THC y otras. (Importancia Media)
- Falta generalizar en la provincia instrumentos de medición de percepción de la atención recibida. (Muy Importante)
- Falta de protocolos de evaluación consensuados sobre recursos/programas. (Muy Importante)



- Ausencia de herramientas de medición de satisfacción de usuarios/familiares de recursos/programas. (Muy Importante)
- Poco uso de las nuevas tecnologías para consultas telemáticas y solicitud de citas. (Importancia Media)

Amenazas

- Disminución percepción social del problema de las adicciones en la población general. (Importancia Crucial)
- Aspectos económicos: limitación presupuestaria para la creación de Centros donde se precisen (Muy Importante)
- Aspectos legislativos/administrativos: tener que poner de acuerdo a dos administraciones (Muy Importante) Falta de recursos económicos para programas específicos para colectivos de riesgo especial. (Muy Importante)
- Prejuicios sociales que dificultan el tratamiento de las adicciones en las mujeres. (Muy Importante)
- Precariedad social y residencial de poblaciones migrantes. (Importancia Media)
- Poca visibilidad de los diferentes recursos de la Red Asistencial Pública en la población general. (Muy Importante)
- La dispensación de metadona no está adaptada a las necesidades de los usuarios en amplias zonas. (Muy Importante)
- Hay personal de dispensación de metadona sin la formación adecuada. (Muy Importante)
- Falta de protocolo de coordinación entre SAS-At. Primaria y Drogodependencias. (Importancia Crucial)
- Ausencia de comunicación entre los sistemas DIRAYA - SiPASDA. (Importancia Crucial)
- Falta de integración real de los EAIP en prisión. (Muy Importante)
- Falta de implementación del SiPASDA en prisión. (Importancia Crucial)
- Carencia de EAIP en algunas prisiones. (Importancia Crucial)

Fortalezas



- Coordinación Interna de la red: bien a través del SiPASDA o entre técnicos. (Muy Importante)
- Sistema Funcional: tanto el operar todos con el III Plan como con el SiPASDA (Muy Importante)
- Equipos profesionales muy formados y motivados. (Muy Importante)
- Definido proceso de intervención a menores medidas judiciales profesionales que los atienden. (Muy Importante)
- Está adaptado el programa de metadona a las necesidades de usuarios. (Muy Importante)
- Buena gestión de citas de usuarios y pacientes en proceso de abandono. (Muy Importante)
- Intervención sistemática en reducción de riesgos/daños en alcohol, THC y otras adicciones. (Muy Importante)
- Se está elaborando un de Protocolo de Intervención con Servicios Sociales. (Muy Importante)
- Amplia implantación de la atención ofrecida por el EAIP con gran volumen de pacientes atendidos. (Muy Importante)
- Homogeneidad en el Catálogo de Servicios ofrecidos por la Red Provincial. (Muy Importante)
- Participación activa de los usuarios en su proceso de intervención. (Muy Importante)
- Existencia de instrumentos de valoración de la intervención sociosanitaria por parte de los usuarios (Muy Importante)
- Existencia de instrumentos de valoración de la atención, percibida por los familiares. (Muy Importante)
- Colaboración y asesoramiento al movimiento asociativo. (Importancia Media)

Oportunidades

- Cursos de formación específica de la EASP. (Importancia Media)
- Existencia de protocolo de actuación conjunta con Salud Mental. (Muy Importante)
- Colaboración con la ONG's que atienden a migrantes. (Muy Importante)
- Coordinación con entidades que atienden a mujeres en riesgo de exclusión social.



(Muy Importante)

- Coordinación institucional con el IML. (Importancia Media)

Grupos Focales sobre Incorporación social

La realización de estos grupos focales sobre Incorporación social recayó en las provincias de Almería y Huelva. A continuación se presenta el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades en el área de Incorporación social, realizado en ambas provincias:

Debilidades

Almería

- Falta de referentes normalizados para la incorporación social. (Importancia Media).
- Falta de recursos económicos en el sistema de Atención a Drogodependencias (usuarios/profesionales). (Importancia Media)
- Profesionales con dificultades de compartir experiencias en el Área de Incorporación Social (Importancia Media).
- Desconocimiento del Sector Empresarial de los diferentes programas de empleo y formativos propios. (Muy Importante).
- Falta de Indicadores Sociales en el SiPASDA para el abordaje de nuevos perfiles de usuarios (Muy Importante).
- Falta de la figura profesional que trabaje la intermediación laboral y formativa (Importancia Media).
- Falta de criterios comunes para realizar una mejora en la Incorporación Social (Muy Importante).
- Dificultades de coordinación de la Red Publica frente a la privada (Importancia Media).
- Necesidad de controlar las consecuencias de los procesos en la búsqueda activa de empleo (Muy Importante).



Huelva

- No existencia de recursos de emergencia social-RESIDENCIAL para la población más excluida (Importancia Media).
- El diagnóstico social es un instrumento de valoración y evaluación, y por tanto consideramos que debe estar integrado en el área socio sanitaria (Importancia Crucial).
- La falta de renovación o alternativa a los programas de centro de día (Importancia Media).
- La tendencia sanitarista del modelo de intervención del SiPASDA, lo que se traduce en una pérdida del modelo biopsicosocial, en la separación del diagnóstico clínico del social, y la necesidad de validación de diagnóstico clínico para poder enviar un protocolo (aun por parte de profesionales que no son clínicos).

Amenazas

Almería

- Adaptación y actualización de la Red pública y concertada a los usuarios (Muy Importante).
- Delegación del resto de Recursos a nuestros sistema (SM, menores medidas judiciales, etc..) (Importancia Media).
- Estancamiento del sistema actual en la atención a personas usuarias de nuestra Red (Importancia Media).
- Escaso apoyo del sistema en la autonomía para la incorporación social de los usuarios (Importancia Media).
- Aumento de la ratio de población afectada por recursos (Importancia Media).
- Voluntariedad de los profesionales de la Red (Importancia Media).
- Escasa competencia de los recursos colaboradores (asociacionismos, ONGs... (Importancia Media).
- Abordaje de nuevos perfiles (patología dual, mujeres en exclusión, sin techo, menores...) (Muy Importante).
- Permanencia de prejuicios sociales (Muy Importante).



- Fortalecimiento del sector privado/concertado (Importancia Media).

Huelva

- La financiación actual de la concurrencia competitiva de cara al acceso de los programas y recursos de incorporación social por parte de las ONG conlleva falta de durabilidad y estabilidad.
- La escasa presencia de profesionales del Trabajo Social tanto en la redacción del III Plan Andaluz sobre Drogas como en el Observatorio Andaluz sobre Drogas.
- No existen cursos de formación y capacitación académica específicos o reserva de plazas conveniadas.
- Desconocimiento de la Red Pública de Atención a las Drogodependencias entre la población general y los nuevos profesionales de los servicios / recursos públicos.

Fortalezas

Almería

- Red de Atención a Drogodependencias y Adicciones consolidada (Importancia Crucial).
- Profesionales de la Red muy preparados y con experiencias profesionales demostradas (Muy Importante).
- Coordinación Interna dentro de la propia Red a través de la herramienta del SiPASDA. (Importancia Crucial).
- Inserción directa a Programas normalizados de empleo, formativos, sociales... (Muy Importante).
- Oportunidades para la difusión en los medios de comunicación (Importancia Crucial).
- La mejora y reducción de prejuicios y estereotipos que existen en el entorno social. (Muy Importante).

Huelva

- La evaluación de los recursos de I.S. han permitido una mayor adaptación a la nueva



realidad (V.A.R.).

- La interdisciplinariedad de los equipos.
- La intermediación laboral realizada por Trabajadores Sociales de los C.T.A. garantizan el éxito de los programas.
- La realización de las I Jornadas de formación dirigidas exclusivamente al colegio de abogados.
- La formación y el asesoramiento de los trabajadores sociales del servicio ofrecido por parte del abogado de enlace.
- La falta tanto de ítem de registro como de indicadores cuantitativos y cualitativos de I.S. que no permiten hacer una evaluación precisa de las intervenciones.
- Manual de incorporación social en drogodependencias, donde se enumeran los instrumentos de diagnóstico social.
- El trabajo desde la individualización de los procesos.

Oportunidades

Almería

- Adaptación de un manual propio de la red de Buenas Prácticas en y para la Incorporación Social. (Muy Importante).
- Crecimiento del Colectivo (Importancia Media)
- Trabajar por el cambio en la percepción de ser agente colaborativo más que competitivo. (Importancia Media)
- Campañas para facilitar la I.S entre las diferentes entidades Empresariales (Muy Importante)
- Ley de Servicios Sociales de Andalucía (Muy Importante)
- Mediación laboral (Muy Importante)
- Mejorar la imagen de los recursos públicos ante la sociedad (CTA, CT, VAR, Centros de Día...) (Muy Importante)
- Creación de un mapa de Recursos propios de la Red para la Incorporación Social. (Importancia Media)
- Desarrollo de Programas de Formación Integral y trabajar competencias



profesionales de los usuarios. (Muy Importante)

Huelva

- La experiencia de trabajo en red para la I.S.
- La nueva Ley de Servicios Sociales
- Las redes sociales como medio de difusión y conocimiento.
- La utilización de medios de comunicación para la incorporación laboral y como forma de canalizar la nueva imagen social de las personas con problemas de adicciones (banalización y normalización de las adicciones).

Grupos Focales sobre Gestión del Conocimiento

La realización de estos grupos focales sobre Gestión del Conocimiento recayó en las provincias de Granada y Sevilla, realizándose sólo en ésta última. A continuación se presenta el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades en el área de Gestión del Conocimiento, realizado desde Sevilla:

Debilidades

- No integración del SiCAD en el SiPASDA. (Importancia Crucial)
- Ausencia de canales de participación y aportaciones de profesionales y usuarios. (Importancia Media)
- No presencia en toda la red de sistemas de calidad. (Muy Importante)
- Brecha digital de algunos profesionales. (Poco Importante)
- Poca continuidad en la formación (Actividades formativas puntuales). (Importancia Crucial)
- Formación escasa (Prevención indicada, nuevos perfiles, etc). (Muy Importante)
- Complejidad de la estructura organizativa (administraciones, instituciones, etc). (Importancia Crucial)
- Falta de adaptación de la formación a realidades emergentes. (Importancia Media)



- No aparece el eje localidad en estudios epidemiológicos. (Muy Importante)
- Web de la Junta de Andalucía poco accesible y actualizada. (Poco Importante)
- Pocos incentivos y reconocimiento a los profesionales para investigar o formarse. (Muy Importante)
- Falta de estudios epidemiológicos regulares que transmitan información actualizada sobre situaciones. (Importancia Media)
- Falta de recursos humanos en la red. (Muy Importante)
- Falta de intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales a través de encuentros o jornadas. (Importancia Media)
- Escasa difusión de los recursos propios. (Muy Importante)

Amenazas

- Falta de conexión entre el SiPASDA y otros sistemas. (Importancia Crucial)
- Falta de recursos para fomentar la investigación aplicada. (Importancia Crucial)
- Aparición de nuevas conductas de riesgo en la población: Sexo-drogas. (Importancia Media)
- Escasa coordinación entre instituciones. (Muy Importante)
- Escasa o nula formación de nuevos profesionales en planes de estudios sobre drogodependencias en Andalucía. (Importancia Crucial)
- Realidad cambiante del perfil de consumos emergentes. (Importancia Media)
- Lentitud en la consolidación OASDA y RAIDA. (Poco Importante)
- Poco reconocimiento social de la necesaria profesionalización para trabajar en adicciones. (Importancia Media)
- Falta de conexión entre lo académico y lo profesional. (Muy Importante)
- Desconocimiento externo (población y otras instituciones) de la red de drogodependencias.
- (Muy Importante)



Fortalezas

- Historia clínica única, implantación del SiPASDA. (Importancia Crucial)
- Impulso del OASDA. (Importancia Media)
- Creación de la RAIDA. (Importancia Media)
- Agilidad y adaptación del SiPASDA a las mejoras propuestas. (Muy Importante)
- Larga experiencia de la red de profesionales. (Muy Importante)
- Interdisciplinariedad en la red. (Importancia Crucial)
- Inclusión en el propio III PASDA de indicadores de seguimiento. (Importancia Crucial)

Oportunidades

- Inclusión en la agenda de los medios de comunicación del problema de las drogodependencias que ayuden a focalizarlo. (Muy Importante)
- Avances en evidencias científicas en drogodependencias y adicciones. (Muy Importante)
- Rotaciones por los servicios de los residentes de Salud mental. (Importancia Crucial)
- Nueva ley de Servicios sociales (Prestaciones garantizadas). (Importancia Crucial)
- Redes sociales para la comunicación e información. (Muy Importante)

Cuestionarios***A) Personas usuarias***

Para conocer la opinión que las personas usuarias tienen sobre el Plan, se optó, además de los grupos focales organizados desde sus federaciones, por diseñar un cuestionario. Inicialmente esta tarea de diseñar, elaborar y presentar el cuestionario de valoración a las personas usuarias, se le asignó a las representantes del movimiento asociativo, que forman parte del grupo de trabajo para la primera evaluación intermedia del III Plan. Posteriormente se trasladó la propuesta al resto del grupo de trabajo, para su discusión y su aprobación, decidiendo que este cuestionario de



opinión se les presentara a través de sus asociaciones y también a través de los recursos públicos.

Cuestionario personas usuarias

Este cuestionario, al que respondieron 278 personas, consta de cuatro partes.

En la **primera** se piden una serie de datos personales, exclusivamente con un fin estadístico, que permita definir el perfil de la muestra que ha participado en el estudio, pero sin desvelar la identidad de cada persona.

Personas usuarias participantes.....	278
Hombres.....	215 (77,3 %)
Mujeres.....	58 (20,9 %)
Ns/Nc.....	5 (1,8 %)
Edad Media.....	44,1 años
Hombres.....	43,4 años
Mujeres.....	46,9 años
Procedencia:	
Recursos públicos.....	102 (36,7 %)
Almería.....	10
Cádiz.....	15
Córdoba.....	15
Granada.....	9
Huelva.....	9
Jaén.....	7
Málaga.....	14
Sevilla.....	23
Recursos privados.....	176 (63,3%)
ENLACE.....	144
FAJER.....	32
Tipo de adicción preferente:	
Alcohol.....	73 (26,3 %)
Cocaína.....	58 (20,9 %)
Revuelto.....	44 (15,8 %)
Juego patológico.....	32 (11,5 %)
Cannabis.....	13 (4,7 %)
Heroína.....	11 (4,0 %)
Benzodiacepinas.....	3 (1,1 %)
Metadona.....	2 (0,7 %)
Tabaco.....	2 (0,7 %)



Extasis.....	1	(0,4 %)
Ns/Nc.....	39	(14 %)

Tipo de recurso actual:

Centro de Tratamiento Ambulatorio.....	135	(48,6 %)
Comunidad Terapéutica.....	60	(21,6 %)
Centro de Encuentro y Acogida.....	27	(9,7 %)
Vivienda de Apoyo a la Reinserción.....	27	(9,7 %)
Centro de Día.....	16	(5,8 %)
Vivienda de Apoyo al Tratamiento.....	2	(0,7 %)
Ns/Nc.....	11	(4,0 %)

En la **segunda**, referida a cuestiones generales de la atención, se ha usado un formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, para evitar la tendencia natural a la centralidad, que intenta analizar la percepción que las personas usuarias tienen de esa atención recibida. Se han presentado una serie de afirmaciones sobre las que la persona debe indicar su grado de acuerdo. Se optó por este tipo de formato para esta parte del cuestionario, porque se pretendía que la persona expresara una opinión, más que una valoración.

Para poder cuantificar esa opinión, le hemos asignado un valor numérico a cada una de las opciones de respuestas:

Muy en desacuerdo.....	1
En desacuerdo.....	2
De acuerdo.....	3
Muy de acuerdo.....	4

Posteriormente se han promediado los valores de las respuestas obtenidas para cada una de las afirmaciones (sobre 4 puntos máximo), obteniendo los valores numéricos que aparecen en el encabezamiento de cada una. Estos valores se han trasladado a la gráfica, lo que nos permite visualizar la opinión media de las personas usuarias para cada una de las afirmaciones planteadas.

En la **tercera** parte del cuestionario, se ha intentado explorar la valoración que estas personas usuarias hacen de programas concretos, aplicando ya un sistema de puntuación directa (1 a 5 puntos), lo que nos ofrece, al promediar las puntuaciones obtenidas, la calificación que las personas usuarias dan a cada uno de estos programas.

Por último, en la **cuarta** parte, se dejaban dos cuestiones abiertas para que cada una de las personas que han participado en el estudio pudiesen expresar libremente su opinión sobre la



atención recibida en general y sobre el programa en el que en ese momento participaba. El análisis de estas respuestas requerirá un estudio más detenido y un ejercicio de compilación de las respuestas ofrecidas, aunque se puede adelantar que las opiniones expresadas son en una inmensa mayoría muy favorables, destacando el buen trato personal, la profesionalidad, la comprensión, la participación, la colaboración, etc del personal de la red.

Los principales resultados de este cuestionario se muestran a continuación

Resultados del cuestionario de satisfacción para personas usuarias

Valoración general

1.- *Me ha sido fácil encontrar información sobre a qué centro acudir para solucionar mi problema.....* (3,42)

Muy en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo



2.- *He encontrado una respuesta adecuada a mi problema.....* (3,49)

Muy en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo



3.- *El tiempo de espera para que me atiendan ha sido corto.....* (3,14)

Muy en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

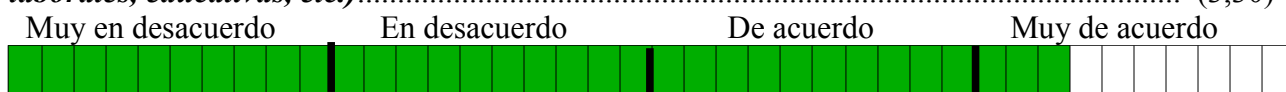


4.- *Se han cubierto mis necesidades asistenciales.....* (3,53)

Muy en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo



5.- He podido compatibilizar el horario de atención con otras responsabilidades (familiares, laborales, educativas, etc.)..... (3,30)

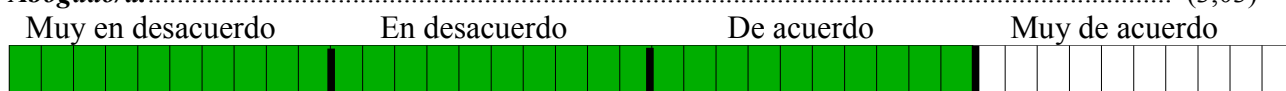


6.- He recibido atención por todos/as los/as profesionales del centro..... (3,63)

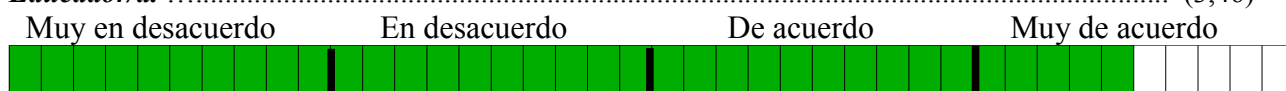


7.- Las citas con los/as profesionales del centro son suficientes:

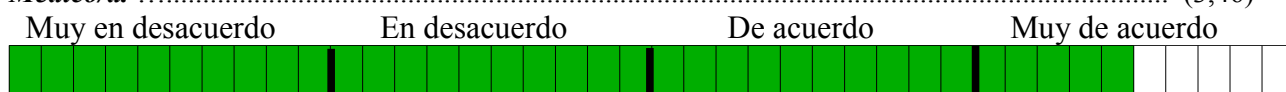
Abogado/a..... (3,03)



Educador/a. (3,46)



Médico/a. (3,46)



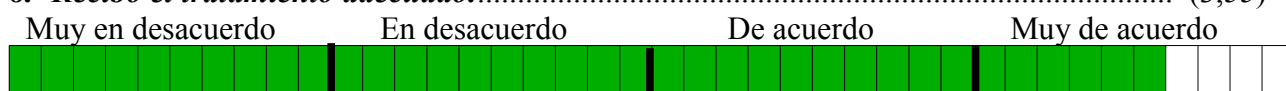
Psicólogo/a. (3,56)



Trabajador/a social. (3,53)



8.- Recibo el tratamiento adecuado..... (3,55)



9.- Como mujer, el tratamiento se adapta a mis necesidades..... (3,63)

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

10.- La periodicidad de las citas es adecuada. (3,31)

Muy en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

11.- *Ha mejorado mi situación desde que acudo a tratamiento.*..... (3,59)

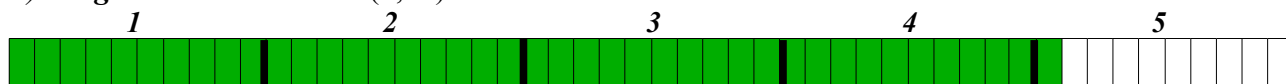
Muy en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

La valoración general media (3,45)

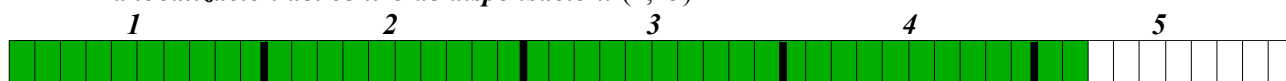
Muy en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Valoración de programas (1 a 5)

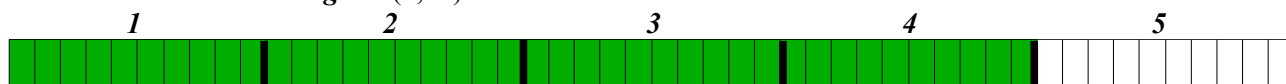
A) Programa de Metadona (4,14)



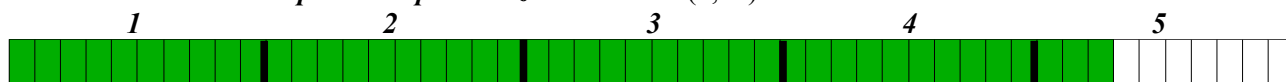
La localización del centro de dispensación. (4,15)



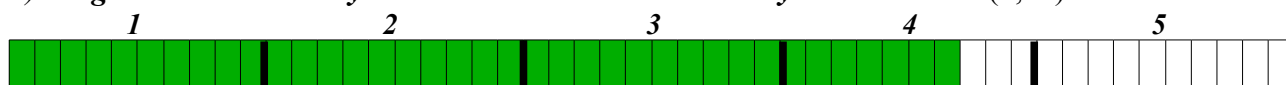
El horario de recogida. (3,95)



La atención del personal que realiza el servicio. (4,34)



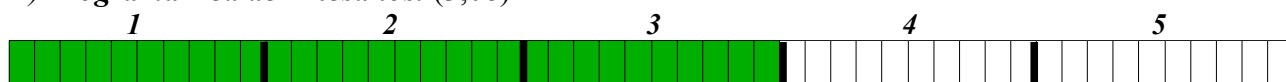
B) Programa de Atención y Asesoramiento Jurídico-Penal y Penitenciario. (3,66)



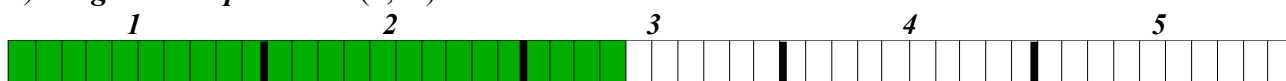
C) Programa de Atención en Comisaría. (3,11)



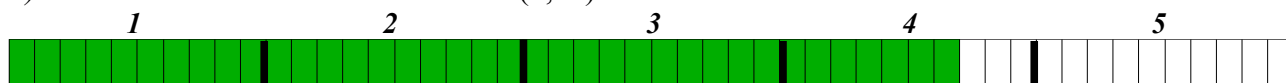
D) Programa Red de Artesanos. (3,08)



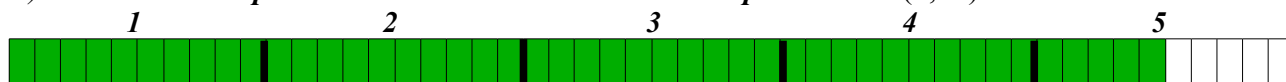
E) Programa Arquímedes. (2,35)



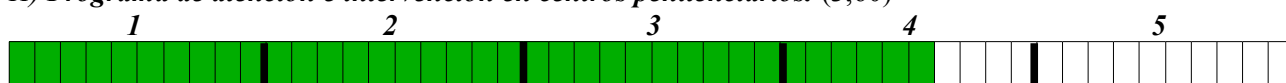
F) Formación Permanente de adultos. (3,69)



G) El tratamiento que recibes actualmente o el servicio que recibes. (4,54)



H) Programa de atención e intervención en centros penitenciarios. (3,60)



La valoración media de programas es..... (3,98)



Análisis de las valoraciones de personas usuarias

Como se puede apreciar de los datos obtenidos por el cuestionario presentado a las personas usuarias de la red andaluza de atención a las drogodependencias, la valoración que éstas hacen de la red es mayoritariamente buena.

Así, en la parte segunda del cuestionario, donde se abordan cuestiones generales de la calidad de la atención recibida, la valoración media global que realizan es de 3.45 puntos (sobre un máximo de 4). Realizando una extrapolación artificial, aunque aclaradora, de esta valoración a una puntuación sobre 10, nos encontraríamos con una valoración global de la atención recibida de 8.63 puntos, lo que nos permite inferir que la opinión que las personas usuarias tienen de esta atención general recibida es muy satisfactoria.

Ahondando en el análisis de los datos de esta segunda parte del cuestionario, y centrándonos en los ítems que han obtenido una mayor valoración (≥ 3.5), encontramos que las personas que han respondido al cuestionario opinan que sus necesidades asistenciales están cubiertas, que han sido atendidos por todos los profesionales del centro, que reciben el tratamiento adecuado, que el tratamiento se adapta a sus necesidades como mujeres y que su situación ha mejorado desde que iniciaron tratamiento.

Por el extremo opuesto, sin que en ningún caso las valoraciones sean negativas, pero sí menos positivas, encontramos el tiempo de espera para recibir atención, el número de citas con los abogados del programa de asesoría jurídica, la posibilidad de compatibilizar el horario de atención con otras obligaciones personales, familiares, laborales, etc y la periodicidad en las citas. Todas estas cuestiones deberán tenerse en cuenta a la hora de elaborar el Plan de actuación bienal.

Si pasamos al análisis de los datos obtenidos en la tercera parte del cuestionario, la que mide la valoración que hacen las personas usuarias de los programas y actividades concretas, nos encontramos igualmente con una valoración excelente, que alcanza como valor medio un 3.98 (sobre un máximo de 5), lo que equivaldría a una puntuación estándar de 7.96, no tan alta como en el apartado de valoración general, pero que también indica una buena aceptación general.

Si hacemos el mismo ejercicio que en el apartado anterior, reseñando aquellos ítems con una mejor puntuación (≥ 4), encontramos que los programas mejor valorados son el programa de Metadona, sobre todo en la atención recibida por el personal, y cuando se les pide que valoren en general el servicio o tratamiento que reciben, que es el ítem que en este apartado alcanza la



máxima puntuación (4,54).

En el extremo contrario encontramos, que los programas peor valorados por las personas que han participado, son el programa Arquímedes, el programa Red de Artesanos y por último el programa de atención en comisarías, aunque el único que no superaría el aprobado sería el Programa Arquímedes. Sería conveniente estudiar cuál o cuáles son las causas para esta evaluación deficitaria en un contexto de valoraciones excelentes, para plantear soluciones.

Por último, en el cuestionario diseñado para conocer la opinión de las personas usuarias, se dejaban dos cuestiones abiertas para que cada una de las personas que han participado en el estudio, pudiesen expresar libremente su opinión sobre la atención recibida en general y sobre el programa en el que en ese momento participaba.

La medición de estas opiniones, al ser completamente abiertas las respuestas, no se pueden cuantificar fácilmente. Hemos establecido una categorización de comentarios en: Negativos, Positivos y Muy Positivos.

Para tener una idea de a que nos referimos en cada categoría, mostramos algunos ejemplos:

Negativos:

- “Pocas citas con los profesionales”*
- “Faltan profesionales para tantos pacientes”*
- “Listas de espera largas para ingresar en centros”*
- “Necesidad de más ayudas económicas y de empleo”*
- “Poco presupuesto”*
- “Mejorar horario de terapias y transporte”*

Positivas:

- “Atención adecuada a mis problemas”*
- “Estoy contento con el trato recibido”*
- “Me ayudan a cambiar”*
- “Atención correcta y respetuosa”*
- “Actitud de ayuda por los profesionales”*

Muy Positivas:

- “Muy buena atención”*
- “Siempre que los he necesitado he tenido a los profesionales”*
- “Muy implicados conmigo todos los profesionales”*
- “He recibido una gran ayuda”*
- “Atención muy humana y profesional”*
- “Son personas muy competentes”*



“La actitud del personal y los programas son excelentes”

“Excelente, no puedo pedir más”

“Muy contento con el trato que recibo”

“Inmejorable la atención”

“Sólo tengo agradecimiento”

Hay un total de 196 personas usuarias que han utilizado este cuarto apartado del cuestionario, donde se dejaban dos espacios abiertos para una valoración personal de la atención recibida y la proposición de sugerencias de mejora.

Atendiendo a la clasificación de los comentarios descrita anteriormente podemos establecer:

Comentarios negativos 44 (22,45%)

Comentarios Positivos..... 72 (36,73%)

Comentarios Muy positivos..... 80 (40,82%)

Como podemos ver, entre comentarios Positivos y Muy Positivos sumamos 152 (77,55%), superando los tres cuartos de las opiniones y prácticamente todas hacen alusión a la profesionalidad, trato, entrega, ayuda, etc ofrecida por parte de profesionales de la red, tanto en recursos de titularidad pública como privada.

En el apartado de comentarios Negativos, que es el que más nos interesa de cara a proponer mejoras en la atención y en los programas, hay que puntualizar, que aunque colocados en el apartado de Comentarios negativos, muchos de ellos tienen una buena o muy buena opinión en general de la atención recibida, pero establecen alguna queja o sugerencias de mejora.

Analizando éstas podemos establecer que las quejas/propuestas de mejoras más frecuentes han sido, por orden de frecuencia de mayor a menor:

- Pocas citas o muy separadas entre ellas.
- Listas de espera largas para ingresar en centros.
- Más ayudas económicas y de empleo.
- Escasez de profesionales para atender a tantos usuarios.
- Mejorar horarios de atención.
- Facilitar el transporte para desplazarse a los centros.
- Poca atención en prisión.
- Poco presupuesto.
- Personalizar más los tratamientos.



Cuestionario para profesionales

Para conocer también la opinión del colectivo profesional que conforma la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones, se confeccionó, por parte del grupo de trabajo sobre la evaluación del III PASDA, un cuestionario que recogiera sus opiniones.

Este cuestionario, que fue cumplimentado por **368 profesionales** de la red andaluza de atención a las drogodependencias y Adicciones, fue distribuido a través del SiPASDA, y a través del programa de Ciudades ante las drogas, con la intención de facilitar al mayor número posible de profesionales el acceso al mismo. Este cuestionario consta de tres partes.

En la **primera** parte, se recogen una serie de datos de filiación que nos permitan describir estadísticamente la muestra, aunque manteniendo el anonimato de las personas participantes. Los datos que nos arroja esta primera parte son:

Sexo:

Mujer	240	(65,22%)
Hombre	128	(34,78%)

Edad:..... **44,5** años

Profesión:

Psicóloga/o.....	120	(32,61%)
Trabajadora/or Social.....	75	(20,38%)
Médica/o.....	62	(16,85%)
Educadora/or.....	26	(7,07%)
Profesional C.E.A.....	21	(5,71%)
Enfermería S.A.S.....	13	(3,53%)
Técnicas/os en prevención.....	9	(2,45%)
Enfermeras/os. DUEs.....	8	(2,17%)
Auxiliar administrativo.....	8	(2,17%)
Monitora/or.....	5	(1,36%)
Abogada/o.....	4	(1,09%)
Farmacia distrito S.A.S.....	4	(1,09%)
Administrativa/o.....	4	(1,09%)
Auxiliar de clínica.....	2	(0,54%)
Técnica/o incorporación socio-laboral.....	1	(0,27%)
Gestión de programas y recursos.....	1	(0,27%)
Programa atención en comisarías.....	1	(0,27%)
Otra.....	4	(1,09%)



Tipo de centro/programa donde trabaja:

Centro de Tratamiento Ambulatorio.....	201	(54,62%)
Comunidad Terapéutica.....	49	(13,32%)
Ciudades Ante las Drogas.....	38	(10,33%)
Administración.....	27	(7,34%)
Centro de Encuentro y Acogida.....	21	(5,71%)
Vivienda de Apoyo a la Reinserción.....	6	(1,63%)
Centro de Día.....	3	(0,82%)
Delegaciones Territoriales.....	3	(0,82%)
Vivienda de Apoyo a Enfermos de SIDA.....	1	(0,27%)
Ns/Nc.....	19	(5,16%)

Institución u organismo al que pertenece:

Público.....	205	(55,7%)
Privado/concertado.....	159	(43,2%)
Ns/Nc.....	4	(1,08%)

Tipo de contrato:

Indefinido.....	297	(80,70%)
Eventual.....	69	(18,75%)
Ns/Nc.....	2	(0,59%)

Años de trabajo en la red andaluza de atención a

las drogodependencias y adicciones:..... **15,3** años

En una **segunda** parte, se le pide al profesional que señalaran, hasta cinco de las características que se describen en el cuestionario, indicando en primer lugar las que considera que mejor funcionan en la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones y en segundo lugar, aquellas características mencionadas, también con un máximo de cinco, que le gustaría se vieran reforzadas en el Plan de actuación bienal.

Ordenando estas características, aparece las siguientes listas, ordenadas de mayor a menor, en función del número de personas que han decidido señalarlas.



Resultados del cuestionario para profesionales

Orden de preferencia de las características que *mejor* funcionan actualmente en el Plan:

Comunicación entre profesionales.....	206	(55,98%)
Implicación de profesionales.....	202	(54,89%)
Trabajo en equipo.....	140	(38,04%)
Coordinación interna de la red.....	116	(31,52%)
Vocación profesional.....	112	(30,43%)
Coordinación entre recursos.....	106	(28,80%)
Motivación profesional.....	95	(25,82%)
Líneas comunes de actuación.....	87	(23,64%)
Planificación del trabajo.....	60	(16,30%)
Comunicación institucional.....	53	(14,40%)
Participación de profesionales en toma de decisiones.....	48	(13,04%)
Visibilidad de la red.....	45	(12,23%)
Estabilidad laboral.....	35	(9,51%)
Evaluación de los programas y recursos.....	35	(9,51%)
Coordinación con entidades externas.....	34	(9,23%)
Recursos humanos.....	34	(9,24%)
Coordinación entre provincias.....	33	(8,97%)
Satisfacción profesional.....	33	(8,97%)
Formación.....	28	(7,61%)
Información institucional.....	23	(6,25%)
Intercambio de conocimientos.....	20	(5,43%)
Promoción de la formación.....	14	(3,80%)
Recursos materiales.....	13	(3,53%)
Reparto equitativo y ajustado de recursos.....	11	(2,99%)
Investigación.....	2	(0,54%)
Promoción de la investigación.....	2	(0,54%)
Promoción profesional del personal de la red.....	2	(0,54%)
Expectativas de cambio profesional.....	1	(0,27%)
Sistema de incentivos profesionales.....	1	(0,27%)
Otras.....	3	(0,82%)



Orden de preferencias de las características a *potenciar* en el III PASDA:

Formación.....	190	(51,63%)
Estabilidad laboral.....	136	(36,96%)
Coordinación con entidades externas.....	89	(24,18%)
Coordinación entre recursos.....	78	(21,20%)
Intercambio de conocimientos.....	75	(20,38%)
Colaboración entre profesionales.....	74	(20,11%)
Promoción de la formación.....	73	(19,84%)
Investigación.....	70	(19,02%)
Visibilidad de la red.....	67	(18,21%)
Recursos materiales.....	66	(17,93%)
Evaluación de los programas y recursos.....	64	(17,39%)
Líneas comunes de actuación.....	62	(16,85%)
Participación de profesionales en toma de decisiones.....	54	(14,67%)
Sistema de incentivos profesionales.....	53	(14,40%)
Reparto equitativo y ajustado de recursos.....	52	(14,13%)
Motivación profesional.....	52	(14,13%)
Recursos humanos.....	50	(13,59%)
Comunicación interprofesional.....	46	(12,50%)
Comunicación institucional.....	38	(10,33%)
Coordinación entre provincias.....	47	(12,77%)
Promoción profesional del personal de la red.....	47	(12,77%)
Promoción de la investigación.....	38	(10,33%)
Expectativas de cambio profesional.....	32	(8,70%)
Trabajo en equipo.....	27	(7,34%)
Coordinación interna de la red.....	25	(6,79%)
Implicación de profesionales.....	24	(6,52%)
Satisfacción profesional.....	21	(5,71%)
Planificación del trabajo.....	13	(3,53%)
Información institucional.....	9	(2,45%)
Vocación profesional.....	0	(0%)
Otras.....	1	(0,27%)



En una tercera parte del cuestionario, utilizando un modelo tipo Likert de cuestionario, se hacen una serie de afirmaciones y se le pide al profesional que valore el grado de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas.

Para poder cuantificar esa opinión, se le asigna un valor numérico a cada una de las opciones de respuestas:

Muy en desacuerdo.....1
En desacuerdo.....2
De acuerdo.....3
Muy de acuerdo.....4

arrojando los siguientes resultados:

1. La visibilización social de la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones es adecuada y suficiente..... 1,36

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
☒	☒	☐	☐

2. La perspectiva de género está perfectamente contemplada e integrada en la organización de programas y recursos..... 1,64

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
☒	☒	☐	☐

3. Los recursos asistenciales en mi provincia son suficientes y están distribuidos adecuadamente..1,32

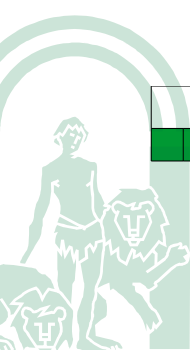
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
☒	☒	☐	☐

4. La formación/información de profesionales de instituciones ajenas a la red, pero con participación en el III PASDA (Salud, Juventud, Servicios Sociales, Justicia, etc) en materia de adicciones es adecuada..... 1,26

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
☒	☒	☐	☐

5. La opinión profesional de los miembros de la red sobre la coordinación, desarrollo y funcionamiento de programas y recursos es tomada en cuenta..... 1,64

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
☒	☒	☐	☐



6. Los recursos y programas son evaluados según la evidencia científica.....1,64

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

7. El papel de las coordinaciones provinciales de cada área es fundamental.....2,25

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

8. Existe un modelo asistencial común para toda la red.....1,68

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

9. Los recursos de Incorporación Social responden a las necesidades de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión.....1,23

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

10. Se da una buena coordinación/colaboración con recursos externos (movimiento asociativo, Servicios sociales comunitarios, SAS, S Mental, Justicia, FAISEM, servicios de orientación laboral, etc).....1,46

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

11. Hay que utilizar los medios de comunicación como forma de normalizar la imagen de las personas con problemas adictivos.....2,28

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

12. La investigación debe ser un medio para mejorar la calidad de las actuaciones.....2,59

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

13. Los criterios de derivación a los diferentes recursos (UDH, CT, VAT, VAR, etc.) están claros..1,95

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

14. La coordinación en la red es adecuada.....1,86

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo



15. La puesta en marcha y desarrollo de las Comisiones Técnicas Provinciales mejora la coordinación en la provincia.....1,96

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

16. Existe una buena comunicación y trasvase de la información entre profesionales de la red de diferentes recursos y provincias.....1,59

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

17. La formación del personal de la red responde a sus necesidades.....1,49

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

18. Los programas y recursos de la red se adaptan a los nuevos perfiles de personas usuarias..1,47

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

19. Existen criterios comunes y un modelo unificado de Intervención social en adicciones en Andalucía.....1,58

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

20. Se facilitan y promocionan la formación y la investigación.....1,25

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

21. La prevención se contempla como tarea prioritaria en las actuaciones de la red.....1,55

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

22. Los programas de prevención siguen unas líneas comunes de actuación en la red.....1,59

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

23. La red de drogas estaría mejor integrada en otras redes sanitarias.....1,70

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo



24. El programa Ciudades ante las drogas tiene una regulación y dotación adecuada.....1,23

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
☐	☐	☐	☐

Análisis de las valoraciones profesionales

Iniciamos este análisis de los resultados del cuestionario presentado al colectivo de profesionales de la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones, centrándonos en la segunda parte del cuestionario, donde se les pedía que señalaran un máximo de cinco características de los listados que se les presentaba, igual en ambos casos, pero en los que tenían que marcar, en el primer listado, aquellas que consideraran que mejor se daban actualmente en el III PASDA y, en el segundo listado, aquellas que consideraran más necesarias de mejorar en el futuro, en este mismo III PASDA.

En el primer grupo de opciones vemos que las mejor valoradas, es decir, aquellas características que se consideran que mejor funcionan actualmente en el Plan, hacen referencia al propio colectivo profesional, en cuanto a la **comunicación** entre ellos, la **implicación**, el **trabajo en equipo**, la **coordinación** entre profesionales y entre recursos y la **vocación** y la **motivación** profesional, opinión que va en la misma línea que la expresada por el colectivo de personas usuarias, en el cuestionario que se les presentó y cuyos resultados ya hemos analizado, y donde se destaca también la profesionalidad y entrega del colectivo profesional.

En el extremo opuesto, es decir, aquellas opciones menos señaladas, encontramos por una parte, aspectos puramente laborales, como el **sistema de incentivos** profesionales, las **expectativas de cambio** profesional y la **promoción** profesional, aunque no por ello menos importantes, pues es este colectivo profesional el que sustenta, desarrolla y ejecuta el III PASDA. Otros aspectos que también destacan por estar muy poco señalados, son la **investigación** y su promoción.

Podemos resumir que hay una buena autovaloración, en cuanto a la entrega y profesionalidad, y la expresión de una necesidad de revisar y mejorar las condiciones laborales del colectivo, así como promocionar la investigación.

En el apartado de características de la red a potenciar por el III PASDA, presentadas en el segundo listado, nos encontramos como destaca, y con diferencia sobre el resto, la necesidad de potenciar la **formación**. Más de la mitad de las personas participantes en la encuesta, consideran



que la formación es una de las cuestiones a reforzar desde el Plan, incluso en mayor medida que cuestiones laborales, como la **estabilidad**. En este grupo de características que encabeza este listado, y redundando en la formación, también destacan, el **intercambio de conocimientos**, la **promoción de la formación** y la **investigación**, y la **colaboración entre profesionales**. Otro aspecto a destacar en estos resultados es la necesidad de mejorar la **coordinación con entidades externas** y **entre los recursos**.

A continuación nos centramos en el análisis de los resultados obtenidos en la tercera parte del cuestionario para profesionales, aquella en la que se realizan una serie de afirmaciones, relacionadas con aspectos de la red y sobre las que los participantes en el cuestionario, utilizando un formato tipo Likert, deben expresar el grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas.

Para poder cuantificar esa opinión, le hemos asignado un valor numérico a cada una de las opciones de respuestas:

Muy en desacuerdo.....	1
En desacuerdo.....	2
De acuerdo.....	3
Muy de acuerdo.....	4

Posteriormente se han promediado los valores de las respuestas obtenidas para cada una de las afirmaciones (sobre 4 puntos máximo), obteniendo los valores numéricos que aparecen en el encabezamiento de cada una. Estos valores, se han trasladado a la gráfica, lo que nos permite tener también una impresión visual de la opinión media del colectivo profesional para cada una de las afirmaciones planteadas.

Todas las afirmaciones están redactadas en positivo, es decir, representan situaciones que deberían formar parte del funcionamiento habitual de la red. Por ello, se puede comparar fácilmente aquellas afirmaciones que compartimos, es decir aquellas cuya valoración media supere el 2, con las que no estamos de acuerdo (con valoraciones inferiores a 2), sobre una puntuación máxima de 4 puntos, lo que indica aspectos de la red que consideramos deficitarios o que deben mejorar.

A grandes rasgos es posible comprobar que existe una gran mayoría de afirmaciones con las que los profesionales no están de acuerdo, es decir, consideran que existen carencias de las mismas en la red. Suman 21 (87,5 %) estos aspectos deficitarios, frente a las 3 (12,5 %) que sí compartimos como profesionales de la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones.

Si observamos las afirmaciones compartidas, destaca, en primer lugar, la importancia que



le damos a la **investigación** como medio necesario para mejorar en calidad. También parece que hay acuerdo en asumir la **utilización de los medios de comunicación** como medio para normalizar la imagen de las personas con problemas adictivos, así como, la importancia del papel que las **coordinaciones provinciales de área** tienen.

Centrándonos en el análisis de aquellos aspectos deficitarios a juicio del colectivo profesional, podemos agruparlas por áreas de interés y ver así la valoración que este colectivo que ha participado en la encuesta, hace de dichas áreas.

Sobre la Coordinación

- La puesta en marcha y desarrollo de las Comisiones Técnicas Provinciales mejora la coordinación en la provincia..... **1,96**
- Los criterios de derivación a los diferentes recursos (UDH, CT, VAT, VAR, etc.) están claros.....**1,95**
- La coordinación en la red es adecuada.....**1,86**
- Existe un modelo asistencial común para toda la red.....**1,68**
- Existe una buena comunicación y trasvase de la información entre profesionales de la red de diferentes recursos y provincias.....**1,59**
- Los programas de Prevención siguen unas líneas comunes de actuación en la red..... **1,59**
- Existen criterios comunes y un modelo unificado de Intervención social en adicciones en Andalucía..... **1,58**
- Se da una buena coordinación/colaboración con recursos externos (movimiento asociativo, Servicios sociales comunitarios, SAS, S Mental, Justicia, FAISEM, servicios de orientación laboral,etc).....**1,46**

Sobre la Organización de la Red

- La perspectiva de género está perfectamente contemplada e integrada en la organización de programas..... **1,64**
- La prevención se contempla como tarea prioritaria en las actuaciones de la red..... **1,55**
- Los programas y recursos de la Red se adaptan a los nuevos perfiles de personas usuarias.... **1,47**



- Los recursos de Incorporación Social responden a las necesidades de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión..... **1,23**

Sobre las Actuaciones institucionales

- La red de drogas estaría mejor integrada en otras redes sanitarias.....**1,70**
- La opinión profesional de los miembros de la red sobre la coordinación, desarrollo y funcionamiento de programas y recursos es tenida en cuenta.....**1,64**
- La visibilización social de la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones es adecuada y suficiente.....**1,36**
- Los recursos asistenciales en mi provincia son suficientes y están distribuidos adecuadamente.....**1,32**
- El programa Ciudades ante las drogas tiene una regulación y dotación adecuada.....**1,23**

Sobre la formación y el rigor científico de la red

- Los recursos y programas son evaluados según la evidencia científica.....**1,64**
- La formación del personal de la red responde a sus necesidades.....**1,49**
- La formación/información de profesionales de instituciones ajenas a la red, pero con participación en el III PASDA (Salud, Juventud, Servicios Sociales, Justicia, etc) en materia de adicciones es adecuada.....**1,26**
- Se facilitan y promocionan la formación y la investigación.....**1,25**

Vemos como aspectos fundamentales para el funcionamiento de la red, como la coordinación, la organización, las actuaciones de las instituciones implicadas y el rigor científico no gozan de una buena valoración por parte del colectivo profesional, presentándonos una red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones con una serie de carencias y que requiere una actualización y atención, por parte de todos, tendentes a corregir estas desviaciones. No obstante, esta afirmación contrasta con la valoración tan positiva que hacen los ciudadanos a los que prestamos nuestro servicio y que, a través de su cuestionario, ofrecían una excelente valoración de nuestro trabajo.



En resumen, según los datos ofrecidos por este cuestionario presentado al colectivo profesional de la Red andaluza de atención a las drogodependencias, podemos señalar que existe una buena apreciación de este colectivo sobre sí mismo, sobre su actuación profesional, en cuanto a su implicación, vocación y motivación, que contrasta con la existencia de algunas carencias en las condiciones laborales (incentivos, expectativas y promoción), así como en cuestiones relacionadas con el funcionamiento de aspectos fundamentales de la red (Coordinación, organización, apoyo institucional y rigor científico). A pesar de esto, esta red está prestando un servicio a la ciudadanía que cuenta con la aprobación clara y manifiesta de la misma.

Por otra parte, vuelve a hacerse patente, también en este cuestionario, al igual que en otros apartados de esta evaluación, la necesidad de fomentar y promocionar la formación y la investigación, como medios de seguir mejorando nuestras actuaciones y por tanto, la calidad del servicio prestado a la población de personas con problemas adictivos.

* * *

Propuestas de Actuación

(Grupos de trabajo para el análisis de los grupos focales)

Para dar participación a todas las provincias y a los colectivos de usuarios en todas las áreas de actuación del Plan, se convocaron 5 grupos de trabajo, uno por cada una de las áreas de actuación del Plan (Prevención, Atención socio-sanitaria, Incorporación social y Gestión del Conocimiento) y otra por el colectivo de personas usuarias.

Los resultados de estos grupos, basados en los resultados de los grupos focales, que se exponen a continuación, servirán fundamentalmente para presentar las propuestas que en cada área del Plan y por parte del colectivo de personas usuarias, estarán presentes en el Plan de actuación bienal, producto final de esta evaluación.



PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PERSONAS USUARIAS**Aspectos generales****Atención socio-sanitaria**

Favorecer la información de los recursos de la red, desde los servicios de atención Primaria

1. Realizar actuaciones de información /formación sobre la Red de recursos de Adicciones dirigidas al personal sanitario de Atención Primaria, con objeto de que puedan derivar al recurso más adecuado.
2. Establecer protocolos de coordinación y/o derivación entre profesionales de Atención Primaria y profesionales de la Red de Adicciones.

Aumentar los recursos humanos para agilizar las citas y disminuir las listas de espera.

3. Aumentar el tiempo de dedicación profesional (CTA concertados) y el número de profesionales (CTA saturados), plazas o instalaciones (lista de espera de Comunidades Terapéuticas o de UDH), dotando así de recursos suficientes y dando una respuesta asistencial adecuada para cada provincia.

Mantener la atención en centros penitenciarios durante todo el año

4. Garantizar el acceso al tratamiento de adicciones a todas las personas que están en prisión, a través de equipos de apoyo que funcionen durante todo el año.

Agilizar las listas de espera y la habilitación de camas en los CEAs para personas sin hogar

5. Agilizar el acceso a los recursos residenciales de personas que se encuentran en situación de exclusión, en la calle y/o situación de crisis.
6. Habilitar los Centros de Encuentro y Acogida con camas para dar la posibilidad de pernoctación, a las personas usuarias en situación de calle, especialmente en épocas de bajas temperaturas.

Incorporación social

Las personas usuarias manifiestan tener muchas dificultades para encontrar empleo.

7. Reforzar a las empresas de inserción existentes y apoyar la creación de otras nuevas, facilitando la labor terapéutica y de tránsito al mercado laboral que realizan con personas con problemas de adicciones, dándoles prioridad en la asignación de plazas para los programas Red de Artesanos y Arquímedes.



8. Financiar a los Centros de Día que se conviertan en centros especializados de formación para el empleo de las personas en tratamiento en la Red de Adicciones.
9. Realizar actuaciones informativas y de sensibilización dirigidas al sector empresarial sobre los programas Red de Artesanos y Arquímedes.
10. Establecer convenios de colaboración con el sector empresarial para favorecer que las personas en tratamiento en la Red de Adicciones puedan formarse, realizar prácticas laborales o acceder a un empleo.
11. Crear una cartera de empresas colaboradoras en la incorporación social de las personas con problemas de adicciones.

Género

Las mujeres usuarias piden que existan más recursos sólo para mujeres.

12. Formar en perspectiva de género a todos/as los/las profesionales que intervienen en adicciones.
13. Teniendo en cuenta la relación entre género y adicciones, adecuar los recursos y programas a las características de las mujeres, incluyendo la creación de algunos específicos para ellas.
14. Establecer protocolos de detección de violencia de género en el ámbito de las adicciones, tanto en mujeres usuarias como en mujeres familiares de usuarios.
15. Incrementar las plazas destinadas a mujeres adictas en los centros de acogida para mujeres víctimas de violencia de género.

Estrategias

Área de Atención socio-sanitaria

Estrategia 1.1.3. y 1.3.1.

- Aumentar el tiempo de dedicación profesional (CTA concertados) y el número de profesionales (CTA saturados), plazas o instalaciones (lista de espera de Comunidades Terapéuticas o de UDH), dotando así de recursos suficientes y dando una respuesta asistencial adecuada para cada provincia.

Estrategia 2.3.2.

- Realizar actuaciones de información /formación sobre la Red de recursos de Adicciones dirigidas al personal sanitario de Atención Primaria, con objeto de que puedan derivar al recurso más adecuado.



- Establecer protocolos de coordinación y/o derivación entre profesionales de Atención Primaria y profesionales de la Red de Adicciones.

Estrategia 1.3.5. y 2.5.4.

- Garantizar el acceso al tratamiento de adicciones a todas las personas que están en prisión, a través de equipos de apoyo que funcionen durante todo el año.

Estrategia 1.2.3.

- Agilizar el acceso a los recursos residenciales de personas que se encuentran en situación de exclusión, en la calle y/o situación de crisis.
- Habilitar los Centros de Encuentro y Acogida con camas para dar la posibilidad de pernoctación, a las personas usuarias en situación de calle, especialmente en épocas de bajas temperaturas.

Área de Incorporación social

Estrategia 1.3.1. y 1.3.7.

- Reforzar a las empresas de inserción existentes y apoyar la creación de otras nuevas, facilitando la labor terapéutica y de tránsito al mercado laboral que realizan con personas con problemas de adicciones, dándoles prioridad en la asignación de plazas para los programas Red de Artesanos y Arquímedes.
- Financiar a los Centros de Día que se conviertan en centros especializados de formación para el empleo de las personas en tratamiento en la Red de Adicciones.

Estrategia 2.4.1., 2.4.3. y 2.4.4.

- Realizar actuaciones informativas y de sensibilización dirigidas al sector empresarial sobre los programas Red de Artesanos y Arquímedes.
- Establecer convenios de colaboración con el sector empresarial para favorecer que las personas en tratamiento en la Red de Adicciones puedan formarse, realizar prácticas laborales o acceder a un empleo.
- Crear una cartera de empresas colaboradoras en la incorporación social de las personas con problemas de adicciones.

Género

Estrategia 2.1.1. y 2.1.5.

- Formar en perspectiva de género a todos/as los/las profesionales que intervienen en adicciones.
- Teniendo en cuenta la relación entre género y adicciones, adecuar los recursos y programas a las características de las mujeres, incluyendo la creación de algunos específicos para ellas.
- Establecer protocolos de detección de violencia de género en el ámbito de las adicciones, tanto en mujeres usuarias como en mujeres familiares de usuarios.
- Incrementar las plazas destinadas a mujeres adictas en los centros de acogida para mujeres víctimas de violencia de género.



PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN PREVENCIÓN

Propuestas generales

- Definir criterios de calidad para las actuaciones, incorporando a todas las entidades públicas y privadas del ámbito de la prevención.
- Mejorar la financiación del Área de Prevención.
- Crear un espacio de reunión específico del Área de Prevención a nivel autonómico.

Propuestas por estrategias

Estrategia 1.1.1.-

- Unificar los contenidos de trabajo de las CTP de las ocho provincias, proponiendo temas comunes a debatir.
- Establecer calendario de reuniones autonómicas por áreas que perfilen los acuerdos tomados en las CTP.
- Instar al cumplimiento de lo establecido en Reglamento de Funcionamiento de las CTP.

Estrategia 1.1.2.-

- Adaptando los Planes Provinciales a través de las CTP.
- Se propone una convocatoria específica para las entidades locales con Planes locales de Drogodependencias.

Estrategia 1.1.6.-

- Proponer otra forma de financiación para el programa Ciudades ante las drogas, diferente a la concurrencia competitiva que permita la estabilidad de los programas.
- Adecuar las actuaciones de los programas locales a las estrategias del III PASDA.

Estrategia 1.1.10.-

- Esperar directrices de la próxima reunión comisión sobre esta estrategia en el PNSD.

Estrategia 1.1.12.-

- Toma de contacto con responsables de la Consejería de Empleo a fin de establecer un calendario de actuaciones conjuntas.
- Crear alianzas con Salud y trabajar conjuntamente en los Programas de promoción de salud en los lugares de trabajo.

Estrategia 1.1.13.-

- Diseñar un curso de formación dirigido al personal técnico, sanitario y de otros ámbitos, que realiza actividades en Forma Joven.

Estrategia 1.2.5.-

- Revisar el modelo de convenio y promover la adhesión de los Ayuntamientos al Convenio de Colaboración en materia normativa sancionadora establecida en la Ley 4/1997 de prevención y asistencia en materia de drogas.

Estrategia 1.2.7.-

- Diseñar con la Dirección General de Discapacidad un programa de formación para



profesionales de los centros de día y residenciales de personas adultas con discapacidad .

Estrategias 1.2.8. 1.2.9. y 1.3.11.-

- Formación de mediadores/as.

Estrategia 1.3.5.-

- Colaborar con el personal técnico contratado en la ZTS para incluir en los planes de actuación protocolos de coordinación y actuación en el ámbito de las adicciones.

Estrategia 2.1.1.-

- Establecer un protocolo de actuación con la Federación Andaluza de Auto-Escuelas (Unión Federal de Auto-Escuelas de Andalucía) diseñando material informativo sobre el consumo de alcohol y otras drogas y los riesgos derivados en la conducción de vehículos a motor.

Estrategia 2.4.3.-

- Revisarla y consensuar el programa de prevención indicada.

Estrategias 3.1.3 y 3.1.4.-

- Continuar con el trabajo de la Comunidad de Prácticas.

Estrategia 3.2.4.-

- Definir la figura de Responsable del área de Prevención en cada centro Provincial de Drogodependencias.

Estrategia 3.2.5.-

- Definir un plan de formación que incorpore cursos sobre Investigación-Acción-Participación al análisis de las necesidades y evaluación de las actuaciones.



PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

Estrategias 1.1.2., 1.1.3., 1.1.4.-

- Instar a las administraciones competentes a la unificación institucional y funcional de la Red, mediante la puesta en marcha un Plan de Reordenación de Recursos de la Red de Adicciones en Andalucía, atendiendo a las necesidades reales de la población, la cobertura territorial, la localización estratégica, la accesibilidad física y analizando las dotaciones de los centros según necesidades.

Estrategias 1.3.6., 1.3.8.,

- Promocionar y poner en valor la Red Pública mediante estrategias de marketing y con campañas de difusión a cerca de las actividades y recursos disponibles por parte de las instituciones competentes.

Estrategias 1.3.4., 2.1.2., 2.3.2., 2.3.3., 2.5.1. y 2.5.7.

- Establecer protocolos de actuación innovadores dotándolos de los recursos necesarios que permitan absorber los nuevos perfiles de usuarios como las situaciones de graves crisis y de patologías duales, en coordinación con los dispositivos de salud mental, de drogodependencias y la administración justicia, considerando la necesidad de una reorganización geográfica de los recursos.

Estrategias 1.2.3., 1.2.6., 1.2.8., 1.3.10., 1.3.11.,

- Elaborar protocolos especiales para colectivos de alto riesgo y dotar de los recursos necesarios para menores, migrantes y mayores, así como con las personas sin hogar, donde tengan cabida las actuaciones de otras administraciones como Ayuntamientos, Justicia Juvenil, etc.

Estrategias 1.2.9., 1.2.10., 1.3.2.,

- Estudiar y poner en marcha protocolos de actuación que faciliten el acceso de las mujeres con trastornos adictivos en colaboración con las instituciones implicadas como Centros Asesores de la Mujer, Servicios Sociales, etc.

Estrategia 1.4.3.

- Estudiar por las distintas administraciones implicadas la posibilidad de la flexibilización horaria de los profesionales de los Centros, para adecuar los tiempos de atención a las necesidades/posibilidades actuales de los usuarios.



Estrategia 1.3.4., 2.1.4.

- Instar a las entidades que les corresponda a diseñar e implementar programas de reducción de daños-riesgos, conjuntamente con otras entidades y ONGs, para implementar dichos programas en los escenarios de consumo.

Estrategias 3.1.3., 3.2.2., 3.2.3., 3.2.4., 3.3.2., 3.3.3., 3.3.5.,

- Promover el diseño y la implementación de sistemas de evaluación continuada de la calidad asistencial prestada y de satisfacción de los usuarios y familiares.

Estrategia 1.2.7. y 1.3.9.

- Instar a las instituciones correspondientes a poner en marcha protocolos que permitan la gestión de consulta y citas por sistemas telemáticos.

Estrategias 1.2.4., 1.2.5., 1.3.3., 2.1.11. y 2.3.6.

- Estudiar la situación actual del PTM en Andalucía con el objeto de actualizar procesos, funciones y actividades a desarrollar en el mismo, teniendo en consideración: la necesidad de formación de dispensadores con apoyo de los Centros de Drogodependencias y cursos online, la búsqueda de formas de dispensación más personalizadas y adaptada a los cupos, el énfasis en la mejora de la coordinación entre los profesionales y la complementariedad de la dispensación con otros programas de salud integral.

Estrategias 2.3.1., 2.3.2. y 2.3.4.

- Diseñar y poner en marcha un protocolo en coordinación con la Atención Primaria de Salud, donde se reflejen las funciones, los canales de comunicación las actuaciones conjuntas y los mecanismos de derivación entre ambas redes.

Estrategias 2.3.5.

- Instar a las administraciones competentes para que de una forma urgente y definitiva se realicen las conexiones entre los sistemas de información entre el SAS y la Red de Drogodependencias (DIRAYA y SIPASDA) para poder disponer y compartir los datos y la información clínica de los usuarios.

Estrategia 2.5.1.

- Instar a analizar y revisar a las instituciones competentes el Acuerdo Sectorial en materia de drogas en la Resolución del BOE nº 228 de 23 de septiembre de 2005, respecto de la Intervención en Instituciones Penitenciarias a través de los Equipos de Apoyo a las Drogodependencias, del que pueda extraerse un protocolo de actuaciones donde se defina claramente el papel de estos equipos y las funciones y actividades a realizar, dotándolos de los recursos necesarios.



Estrategia 2.3.3.

- Reforzar e implementar de forma coordinada la implementación de los protocolos de Actuación entre la Red de Salud Mental y Drogodependencias en todos los distritos y áreas sanitarias de Andalucía.

Estrategias 2.2.1., 2.2.2., 2.2.4. y 2.2.5.

- Instar a las administraciones correspondientes a que se promocióne y establezcan foros de encuentros técnicos continuados entre los distintos profesionales de la Red.

Estrategias 2.1.2., 2.1.3., 3.1.2., 3.1.4., 3.1.5. y 3.1.6.

- Actualizar y homogeneizar el Catálogo de Servicios y Recursos que se ofrecen desde los Centros de Atención a Drogodependientes en Andalucía así como el Manual de Procedimientos Asistencial que se llevan a cabo en los distintos programas.



PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN INCORPORACIÓN SOCIAL

- Ofertar una atención personalizada en el ámbito de la I.S y Sociosanitaria, unificando instrumentos de diagnóstico (SiPASDA), elaborando protocolos de coordinación desde la perspectiva sociosanitaria y de la I.S.
Adaptar la atención y los recursos y programas a los nuevos perfiles.
(Se podría incluir en el Área de Atención Socio-Sanitaria)
- Crear lugares de encuentro entre profesionales para el intercambio de experiencias, desarrollando como mínimo una acción formativa al año a nivel andaluz para mejorar metodologías de intervención social (jornadas, reuniones, seminarios...)
- Lograr la estabilización y desarrollo de los programas de i.s. y adaptándolos a nuevas realidades.
- Aprovechar la puesta en marcha de la nueva Ley de Servicios sociales para adaptar los recursos y adaptarla a los usuarios.
- Incluir en la Historia clínica indicadores sociales, para la mejora de la intervención social y los nuevos perfiles profesionales.

Estrategia 1.1.9.

Aumentar las líneas de financiación de los programas específicos del Área de I.S.-

- Generando un presupuesto estable que permita una financiación propia, permanente y alargada en el tiempo así como la resolución de los plazos en los programas de Incorporación social.

Estrategia 1.5.1.

Lograr un modelo de Intervención Homogéneo a nivel Andaluz.-

- Adecuando la perspectiva biopsicosocial al trabajo en red, a la elaboración de los protocolos de coordinación, al trabajo coordinado que mejora la intervención individualizada de los procesos. (Plan Integral de la Persona).
Modelo transversal entre Áreas (Socio sanitaria, Incorporación Social y Prevención)

Estrategia 2.3.3.

Fomentar la realizando jornadas de trabajo y coordinación a nivel profesional.-

- Creando un plan de formación y trabajo conjunto con profesionales de distintos ámbitos (judicial, empresarial, sanitario...)

Estrategia 3.1.3.

Unificar y homogeneizar el trabajo en red.-

- Desarrollando espacios formales de participación conjunta para el intercambio de experiencias, así como el intercambio de buenas prácticas ya existentes y de forma transversal con otras Áreas.



Estrategias 1.4.1., 1.4.6., 2.3.2. y 2.4.4.

Difusión de la Red Andaluza de atención a las drogodependencias.-

- A través de campañas de información, comunicación y difusión entre la población en general y profesionales, así como la difusión de los recursos propios instando a las administraciones competentes el fomento de la coordinación y difusión.

Estrategia 2.3.1.

Aprovechar los recursos y los medios de comunicación a nuestro alcance.-

- Colaborando en la mejora de la imagen de los recursos propios de la Red.

Estrategias 1.4.2., 1.4.3., 1.4.4. y 1.4.5.

Lograr incluir en la agenda de la administración y de las diversas entidades la difusión en los medios de comunicación.-

- Solicitando a los medios de comunicación un mejor tratamiento de las noticias que se ofrecen a la opinión pública relacionadas con los usuarios.

Estrategia 1.5.2. y 1.5.3.

Adaptar la oferta de recursos y programas.-

- Aumentando /adaptando los recursos y dispositivos de apoyo a los nuevos perfiles.

Estrategia 1.1.1.

Crear y coordinar nuevos programas adaptados a nuevos perfiles de usuarios.-

- Definiendo programas adaptándonos a nuevos perfiles de usuarios (patología dual, mujer, menores, inmigración...)

Estrategias 2.1.4. y 3.1.4.

Difusión de un catálogo de servicios actualizado.-

- Realizando campañas de difusión, formativas e informativas a agentes económicos y sociales.

Estrategias 2.4.1., 2.4.2. y 2.4.3.

Posibilidad de crear una Alianza con la Red Empresarial y Asociativa desde lo público.

Estrategia 3.2.4.

Impulsar los Planes Locales en Atención a las Drogodependencias, desde todas las Áreas.-

- Desarrollar nuevas estrategias para incluir la Incorporación social, la prevención y la atención socio sanitaria en los Planes Locales de Drogas.

Estrategias 3.1.3. y 3.3.5.

Crear un manual común de buenas prácticas Profesionales adaptado a la Incorporación Social y de forma transversal en el resto de Áreas.-



PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**Información**

Estrategias 1.1.1., 1.1.3., 1.2.1., 1.2.3., 1.3.3., 1.3.4., 1.3.5. y 1.3.6.

- Integración de los diferentes sistemas de información (SiPASDA, DIRAYA, SiCAD,...)

Estrategias 1.1.6., 1.1.7. y 1.3.2.

- Unificación de la historia clínica (SiPASDA-DIRAYA)

Formación

Futuros profesionales:

Estrategia 2.1.5.

- Potenciar la formación de futuros profesionales, utilizando los conocimientos, interdisciplinariedad y experiencia del colectivo profesional de la red.
- Establecer acuerdos de colaboración con las Universidades andaluzas para la formación de postgrado en materia de adicciones.
- Regularizar y protocolizar la formación por parte de profesionales de la red hacia otros colectivos profesionales (MIR, PIR,...)

Profesionales de la red:

Estrategia 2.1.6.

- Potenciar mediante incentivos profesionales y curriculares la presencia de profesionales de la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones en cursos, jornadas y congresos.

Estrategia 2.1.7.

- Creando un directorio de docentes entre el colectivo profesional de la red.

Estrategia 2.2.1.

- Realizando Jornadas, Encuentros y Congresos que faciliten el intercambio de experiencias y conocimientos entre profesionales.

Investigación

Estrategias 1.4.1., 1.4.3., 1.4.7., 1.4.8., 1.4.9., 1.4.12., 1.4.13., 1.4.14., 1.4.15. y 1.4.16.

- Fomentar la investigación en drogodependencias y adicciones.

Estrategias 1.4.4., 1.4.10. y 1.4.11.

- Fomento de la investigación aplicada, aprovechando la creación de la RAIDA.
- Promover la creación de grupos mixtos de investigación.
- Estudio sobre nuevas conductas y consumos.
- Utilización de las redes para la difusión de los avances científicos.



Evaluación

Estrategias 3.3.1., 3.3.5., y 3.3.6.

- Promover la aplicación de la evidencia científica a las técnicas y programas diseñados.

Estrategias 1.2.4., 3.3.3. y 3.3.8.

- Potenciar el intercambio sobre buenas prácticas profesionales y de investigación.

Estrategias 1.3.1.

- Evaluando las aplicaciones y funcionalidades del SiPASDA (CEA, Programa jurídico, Historia clínica).

Estrategias 3.1.1., 3.1.2., 3.1.3., 3.1.4. y 3.1.5.

- Aplicando los cambios y mejoras detectadas en esta evaluación del SiPASDA.



RESUMEN FINAL



RESUMEN FINAL

Una vez vistos todos los apartados que componen esta primera evaluación intermedia del III Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos y desde la perspectiva de las personas usuarias, a las que va dirigido el mismo y desde el colectivo profesional que los sustenta y ejecuta, podemos concluir lo siguiente:

Análisis cuantitativo

A nivel cuantitativo nos encontramos un Plan, que a pesar de estar valorando su primer tercio de existencia, nos arroja unos niveles de realización y cumplimiento de sus estrategias aceptable. Si lo valoramos globalmente, el 40% de las mismas se encuentran finalizadas o llevándose a cabo. Estos resultados pueden tener dos posibles explicaciones, por una parte, la larga trayectoria de planes de drogodependencias y adicciones en Andalucía, de más de 30 años, viniendo este III Plan a reforzar los anteriores y adaptándolo a las nuevas realidades; y por otra parte, que desde el inicio de su redacción, hasta la aprobación final del mismo en 2016, transcurrieron varios años, durante los cuales, algunas de las estrategias nuevas, previstas en este Plan, ya habían comenzado a llevarse a cabo.

Si hacemos un análisis más detallado, mirando por separado cada una de las áreas de actuación del mismo (Prevención, Atención socio-sanitaria, Incorporación social y Gestión del Conocimiento) observamos que existen claras diferencias entre ellas en ese nivel de cumplimiento: Prevención (51%); Atención Socio-Sanitaria (51%); Incorporación social (40%) y Gestión del Conocimiento (37%).

Como se puede observar, es el área de Gestión del Conocimiento la que menor porcentaje de estrategias finalizadas o realizándose presenta, no llegando ni al 40% de las mismas y con un 46% de las estrategias aun pendientes. En contraposición con las áreas de Prevención y Atención sociosanitaria que superan el 51 % de estrategias cumpliéndose y con un bajo porcentaje de estrategias pendientes de realizar, 26% y 37 % respectivamente. El área de Incorporación social se sitúa en una situación intermedia con un 40% de las estrategias cumpliéndose y un 42% de estrategias pendientes.

Esta diferencia en el nivel de cumplimiento de las diferentes áreas de actuación del Plan, con ese déficit de cumplimiento en el área de Gestión del Conocimiento, puede explicarse, entre otras cosas, porque las otras tres áreas ya estaban presentes en anteriores planes de



drogodependencias y adicciones en Andalucía, mientras que el área de Gestión del Conocimiento, es en este III Plan cuando aparece como entidad propia e independiente de las demás, convirtiéndose en una de las grandes apuestas del mismo.

Si descendemos en el análisis a un nivel inferior, el de Objetivos generales, se destaca en los datos obtenidos que, consecuente con lo anterior, es en los objetivos generales número 2 y 3 del área de Gestión del Conocimiento, que hacen referencia a aspectos de formación e implementación de sistemas de evaluación de la calidad y de seguimiento, donde se dan los menores porcentajes de cumplimiento. Por otra parte, en las otras tres áreas del III Plan, los objetivos generales menos desarrollados coinciden en el número tres, que en todos los casos hace referencia, sobre todo, a la cultura de la calidad y de la evaluación de los programas llevados a cabo.

Por último, como resultados de este análisis cuantitativo, valoramos los objetivos específicos. Este Plan cuenta con 44 de estos objetivos específicos repartidos entre las cuatro áreas de actuación. Centrándonos en aquellos con un menor desarrollo, es decir con un porcentaje de sus estrategias pendientes $\geq 50\%$, nos encontramos con que es de nuevo en el área de Gestión del conocimiento donde encontramos un mayor número de estos objetivos específicos que cumplan con esa condición.

En definitiva, nos encontramos con un Plan que, en su primer tercio de vida, tiene unos niveles aceptables de estrategias cumplidas y en funcionamiento, sobre todo en las áreas de Prevención y Atención socio-sanitaria y que adolece fundamentalmente de un desarrollo pobre de aquellos aspectos relacionados con la formación, la investigación y la evaluación con criterios científicos de sus programas y actuaciones, correspondientes fundamentalmente al área de Gestión del conocimiento.

Análisis Cualitativo

Encuestas

A) Personas usuarias

Se diseñó una encuesta para el colectivo de personas usuarias, en el que participaron 278 personas, a través, fundamentalmente de sus federaciones. Este cuestionario, constaba de cuatro partes, una primera, diseñada exclusivamente para obtener datos estadísticos que pudieran describir la muestra. Una segunda parte, donde mediante afirmaciones, con un formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, se pretendía valorar la opinión de este colectivo sobre aspectos generales de la atención que se les presta desde la red andaluza de atención a las



drogodependencias y adicciones. Un tercer apartado, que usando un sistema de puntuación directa (1 a 5), pretendía que el colectivo valorara programas y actuaciones concretas, y por último, un cuarto apartado donde se proponían dos preguntas abiertas, referidas a la atención recibida, tanto a nivel general, como en el programa o recurso concreto donde participara en ese momento.

En general, los resultados obtenidos nos muestran un grado de satisfacción muy alto en los apartados dos, tres y cuatro. Donde más clara aparece esta opinión favorable de la atención recibida es en el apartado dos, donde se valoraba la calidad de la atención recibida en general. Nos encontramos en este apartado con una puntuación media de 3,75 (sobre 4) lo que equivaldría a una puntuación estándar de 8,63 (sobre 10).

Centrándonos en aquellos aspectos de este apartado, con una valoración más alta (≥ 3.5 puntos) podríamos decir que el colectivo usuario al que prestamos servicio encuentra que sus necesidades asistenciales están cubiertas, que han sido atendidos por todos los profesionales del centro, que reciben el tratamiento adecuado, que el tratamiento se adapta a sus necesidades como mujeres y que su situación ha mejorado desde que iniciaron tratamiento.

En la parte contraria, es decir, aquellos aspectos de la atención general peor valorados (nunca valoraciones negativas), destacar el tiempo de espera para recibir atención, el número de citas con los abogados del programa de asesoría jurídica, la posibilidad de compatibilizar el horario de atención con otras obligaciones personales, familiares, laborales, etc y la periodicidad en las citas.

En el apartado tres del cuestionario, encontramos también unas valoraciones muy altas, con un valor medio de 3,98 (sobre 5), equivalente a una puntuación estándar de 7,96, que no siendo tan alta como la del apartado anterior, no deja de ser excelente.

Si hacemos como con los resultados del apartado dos y señalamos aquellos ítem que han conseguido una mayor puntuación (≥ 4), podemos ver que los programas mejor valorados por el colectivo de personas usuarias es el programa de metadona, sobre todo en el aspecto de atención dada por el personal. Aunque la máxima puntuación se alcanza cuando se les pide que valoren en general el servicio o tratamiento que reciben. Por la parte contraria, es decir, de valoración menor, encontramos los programas Arquímedes y Red de artesanos, así como el de atención en comisarías.

Por último, el cuarto apartado de este cuestionario presentaba dos cuestiones abiertas, uno para que cada persona valorara la atención recibida en general y el otro, el programa en que en ese momento participara. Al ser totalmente abiertas las respuestas, cuantificar los resultados es más complejo que en los casos anteriores. Para conseguir esto, se clasificaron estos comentarios



en: Negativos, Positivos y Muy positivos.

De un total de 196 personas que cumplimentaron este cuarto apartado, los datos que nos encontramos, de forma muy resumida, son:

Comentarios negativos	44 (22,45%)
Comentarios Positivos.....	72 (36,73%)
Comentarios Muy positivos.....	80 (40,82%)

Resumiendo aun más, un 77,55% de comentarios positivos y muy positivos, la inmensa mayoría haciendo referencia a la profesionalidad, trato, entrega, ayuda, etc ofrecida por parte del colectivo de profesionales de la red, tanto en recursos de titularidad pública como privada. frente a esto, un 22,45% de comentarios negativos, de los cuales una gran mayoría, iban acompañados de una valoración muy buena de la atención recibida en general y por programas, pero correspondían a quejas concretas y a propuestas de mejoras.

B) Profesionales de la red

De este colectivo también nos interesaba su opinión, por lo que se diseñó un cuestionario para el mismo, centrándonos, más que en aspectos concretos del Plan, en aspectos de la red de atención a las drogodependencias y adicciones de Andalucía, como estructura en la que se apoya y sustenta fundamentalmente el III Plan.

Este cuestionario, como el anterior, contaba con una primera parte de datos personales no identificativos, que nos permitiera dibujar el perfil medio de la persona participante, sin perder el carácter anónimo del mismo. Cumplimentaron este cuestionario, que se presentó a través del SiPASDA y a través del programa Ciudades ante las Drogas, por no tener sus profesionales acceso al SiPASDA un total de 368 personas.

En una segunda parte se presentaban dos listas iguales, de características que podían estar presentes en la red, ordenadas alfabéticamente, en las que la persona participante debía señalar un máximo de cinco, en el primer listado, aquellas que considerara que mejor se dan en la red y, en el segundo caso, aquéllas que en su opinión le gustaría que se vieran reforzadas en el III Plan.

En el primer caso, las características que han sido elegidas por más profesionales, como las que mejor se dan actualmente en la red, hacen referencia al propio colectivo de profesionales, destacando la **comunicación** entre el colectivo, la **implicación**, el **trabajo en equipo**, la **coordinación** entre profesionales y entre recursos y la **vocación** y **motivación** profesional, opiniones coincidentes, como podemos ver, con lo expuesto en párrafos anteriores referentes a la



opinión sobre este colectivo profesional por parte de las personas usuarias.

Entra las características menos señaladas por el colectivo profesional en esta lista, destacan primero aspectos puramente laborales, como el **sistema de incentivos profesionales**, las **expectativas de cambio** y la **promoción profesional**, que cobran importancia al ser en este grupo de profesionales donde se desarrolla y ejecuta fundamentalmente el Plan. También destaca en este grupo de características menos señaladas como de buen funcionamiento, la **investigación** y su promoción.

Si analizamos el segundo listado de características, donde se debía señalar aquellas características con una mayor necesidad de se potenciadas en el III Plan, nos encontramos con que la más frecuentemente seleccionada, por más del 50% de las personas participantes, ha sido la necesidad de potenciar la **Formación**. Esta característica ha estado seguida de la **estabilidad laboral** y otras también relacionadas con la formación, como el **intercambio de conocimientos**, la **promoción de la formación** y la **investigación** y la **colaboración entre profesionales**. También se destacan en estos resultados la necesidad de mejorar la **coordinación con entidades externas** y **entre los recursos**.

La tercera parte de este cuestionario, presentaba 24 afirmaciones que representan situaciones que deberían formar parte del funcionamiento habitual de la red, con las que la persona participante debía señalar su grado de acuerdo o desacuerdo, según un formato tipo Likert de cuatro opciones.

Muy en desacuerdo.....	1
En desacuerdo.....	2
De acuerdo.....	3
Muy de acuerdo.....	4

Al estar redactadas todas las afirmaciones en positivo, podemos considerar que aquellas que superen la puntuación media de 2, pueden ser consideradas cumplidas de forma satisfactoria para el personal, frente a aquellas que no lo superan, que nos indican una deficiente presencia o desarrollo de las mismas en la red.

Podemos comprobar como una gran parte de estas afirmaciones no superan los dos puntos, en concreto 21 (87,5%). Entre las 3 afirmaciones que si lo superan (12,5%) están la **importancia de la investigación** para mejorar la calidad de nuestra atención, la necesidad de **utilizar los medios de comunicación** como medio de normalización de la imagen de las personas con problemas adictivos y la importancia del **papel de las coordinaciones provinciales** de cada área del Plan.



Con el resto de características, podemos considerar que el colectivo profesional de la red considera que no se dan, o no están suficientemente desarrolladas. Así, agrupando estas afirmaciones por afinidad temática, vemos que aspectos como la **coordinación**, la **organización**, las **actuaciones de las instituciones** implicadas y el **rigor científico** no son considerados como aspectos presentes y bien desarrollados dentro de la red.

Resumiendo los datos arrojados por este cuestionario, podemos concluir que el colectivo profesional que conforma la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones, tiene una buena autopercepción sobre sus actuaciones profesionales, destacando su motivación, implicación y vocación, que contrasta con la existencia de carencias laborales como la falta de incentivos, y las escasas expectativas de cambio y promoción profesional, junto a la necesidad de mejorar aspectos relacionados con la red como la coordinación, la organización, las actuaciones institucionales y el rigor científico, lo que contrasta con la opinión que la ciudadanía tiene con respecto al servicio prestado por la red y sus profesionales.

En este cuestionario también se destaca. Como en otros apartados de esta evaluación del Plan, la necesidad de fomentar y promocionar la formación y la investigación como medios de seguir mejorando la calidad del servicio prestado.

Grupos focales

Para profundizar más en los datos obtenidos por el análisis cuantitativo y los cuestionarios presentados al colectivo de personas usuarias y al personal de la red, se conformaron grupos focales del colectivo de personas usuarias y de profesionales de la red, optando por emplear la técnica DAFO.

Los contenidos de estos grupos focales se presentan agrupados y resumidos en el documento extenso de la evaluación.

A) Personas usuarias

Para la población usuaria, se organizaron estos grupos focales desde sus principales federaciones, Enlace y FAJER.

B) Profesionales de la red

Se establecieron inicialmente 8 grupos focales de profesionales, repartidos por las ocho provincias andaluzas, siguiendo un criterio de reparto homogéneo. Así cada área de actuación del



Plan (Prevención, Atención socio-sanitaria, Incorporación social y Gestión del conocimiento) estuvo representada en dos provincias, una occidental y otra oriental, siguiendo la siguiente distribución:

- Prevención: (CO y JA)
- Atención socio-sanitaria: (CA y MA)
- Incorporación social: (AL y HU)
- Gestión del Conocimiento: (GR y SE)

De estos 8 grupos focales previstos, se llevaron a cabo 6, faltando los grupos focales de Atención socio-sanitaria (Cádiz) y de Gestión del conocimiento (Granada).

* * *

Como paso último para esta primera evaluación intermedia del III Plan, se organizó una reunión con las coordinaciones de área de cada provincia, las federaciones de usuarios y los miembros del grupo de trabajo para la evaluación, donde, por grupos se analizaron los resultados de los grupos focales anteriormente mencionados y se propusieron, en base a ellos, las medidas correctoras necesarias, sobre las estrategias del Plan, que formaran parte del Plan de actuación bienal, producto final de esta evaluación. Los resultados de estos grupos de trabajo también se presentan en el documento extenso de la evaluación.



PLAN DE ACTUACIÓN BIENAL
(2018-2019)



Basándonos en todo lo visto anteriormente en la primera evaluación intermedia del III Plan andaluz sobre drogodependencias y adicciones, en todos sus apartados, y siguiendo lo establecido en el propio Plan, presentamos el Plan bienal de Actuación para los dos años siguientes (2018-2019).

Área de Prevención

Aunque esta área del III Plan, según la valoración cuantitativa realizada, es la que mayor porcentaje de estrategias desarrolladas y en desarrollo presenta y el menor porcentaje de estrategias pendientes, en esta evaluación se recogen algunos aspectos a reforzar. Entre ellos destacamos:

- Definir un modelo común de Prevención basado en la evidencia científica e incorporando el enfoque de género. (Evaluación cuantitativa y cuestionario para profesionales)
- Contemplar la Prevención como tarea prioritaria en las actuaciones de la red. (Cuestionario profesionales)
- La dotación y regulación adecuada del programa Ciudades ante las Drogas. (Cuestionario profesionales)

Como propuestas concretas de reforzamiento de estrategias en el área de prevención, proponemos:

Estrategia 1.1.1.-

- Unificar los contenidos de trabajo de las CTP de las ocho provincias, proponiendo temas comunes a debatir.
- Establecer calendario de reuniones autonómicas por áreas que perfilen los acuerdos tomados en las CTP.
- Instar al cumplimiento de lo establecido en Reglamento de Funcionamiento de las CTP.
-

Estrategia 1.1.2.-

- Adaptando los Planes Provinciales a través de las CTP.
- Se propone una convocatoria específica para las entidades locales con Planes locales de Drogodependencias.

Estrategia 1.1.6.-

- Proponer otra forma de financiación para el programa Ciudades ante las drogas, diferente a la concurrencia competitiva que permita la estabilidad de los programas.
- Adecuar las actuaciones de los programas locales a las estrategias del III PASDA.

Estrategia 1.1.10.-

- Esperar directrices de la próxima reunión comisión sobre esta estrategia en el PNSD.



Estrategia 1.1.12.-

- Toma de contacto con responsables de la Consejería de Empleo a fin de establecer un calendario de actuaciones conjuntas.
- Crear alianzas con Salud y trabajar conjuntamente en los Programas de promoción de salud en los lugares de trabajo.
-

Estrategia 1.1.13.-

- Diseñar un curso de formación dirigido al personal técnico, sanitario y de otros ámbitos, que realiza actividades en Forma Joven.
-

Estrategia 1.2.5.-

- Revisar el modelo de convenio y promover la adhesión de los Ayuntamientos al Convenio de Colaboración en materia normativa sancionadora establecida en la Ley 4/1997 de prevención y asistencia en materia de drogas.
-

Estrategia 1.2.7.-

- Diseñar con la Dirección General de Discapacidad un programa de formación para profesionales de los centros de día y residenciales de personas adultas con discapacidad .

Estrategias 1.2.8. 1.2.9. y 1.3.11.-

- Formación de mediadores/as.

Estrategia 1.3.5.-

- Colaborar con el personal técnico contratado en la ZTS para incluir en los planes de actuación protocolos de coordinación y actuación en el ámbito de las adicciones.

Estrategia 2.1.1.-

- Establecer un protocolo de actuación con la Federación Andaluza de Auto-Escuelas (Unión Federal de Auto-Escuelas de Andalucía) diseñando material informativo sobre el consumo de alcohol y otras drogas y los riesgos derivados en la conducción de vehículos a motor.

Estrategia 2.4.3.-

- Revisarla y consensuar el programa de prevención indicada.

Estrategias 3.1.3 y 3.1.4.-

- Continuar con el trabajo de la Comunidad de Prácticas.

Estrategia 3.2.4.-

- Definir la figura de Responsable del área de Prevención en cada centro Provincial de Drogodependencias.

Estrategia 3.2.5.-

- Definir un plan de formación que incorpore cursos sobre Investigación-Acción-Participación al análisis de las necesidades y evaluación de las actuaciones.



Área de Atención socio-sanitaria

En este área destacaríamos como necesidades de reforzamiento en III Plan:

- La coordinación con el sistema de Servicios Sociales. (Evaluación cuantitativa)
- Clarificar los criterios de derivación a los diferentes recursos. (Cuestionario profesionales)
- Diseñar un modelo asistencial común para toda la red. (Cuestionario profesionales)
- La participación activa de personas usuarias, profesionales y agentes implicados para detectar sus necesidades y expectativas. (Evaluación Cuantitativa)
- Establecimiento de sistemas de evaluación y medición de los distintos recursos y programas. (Evaluación cuantitativa)
- Adaptar los recursos y programas de la red a los nuevos perfiles de personas usuarias. (Cuestionario profesionales)
- Reforzar y distribuir adecuadamente los recursos asistenciales en cada provincia. (Cuestionario profesionales)

Como propuestas concretas de reforzamiento de estrategias en el área de atención socio-sanitaria, proponemos:

Estrategias 1.1.2., 1.1.3., 1.1.4.-

- Instar a las administraciones competentes a la unificación institucional y funcional de la Red, mediante la puesta en marcha un Plan de Reordenación de Recursos de la Red de Adicciones en Andalucía, atendiendo a las necesidades reales de la población, la cobertura territorial, la localización estratégica, la accesibilidad física y analizando las dotaciones de los centros según necesidades.

Estrategias 1.3.6., 1.3.8.,

- Promocionar y poner en valor la Red Pública mediante estrategias de marketing y con campañas de difusión a cerca de las actividades y recursos disponibles por parte de las instituciones competentes.

Estrategias 1.3.4., 2.1.2., 2.3.2., 2.3.3., 2.5.1. y 2.5.7.

- Establecer protocolos de actuación innovadores dotándolos de los recursos necesarios que permitan absorber los nuevos perfiles de usuarios como las situaciones de graves crisis y de patologías duales, en coordinación con los dispositivos de salud mental, de drogodependencias y la administración justicia, considerando la necesidad de una reorganización geográfica de los recursos.



Estrategias 1.2.3., 1.2.6., 1.2.8., 1.3.10., 1.3.11.,

- Elaborar protocolos especiales para colectivos de alto riesgo y dotar de los recursos necesarios para menores, migrantes y mayores, así como con las personas sin hogar, donde tengan cabida las actuaciones de otras administraciones como Ayuntamientos, Justicia Juvenil, etc.

Estrategias 1.2.9., 1.2.10., 1.3.2.,

- Estudiar y poner en marcha protocolos de actuación que faciliten el acceso de las mujeres con trastornos adictivos en colaboración con las instituciones implicadas como Centros Asesores de la Mujer, Servicios Sociales, etc.

Estrategia 1.4.3.

- Estudiar por las distintas administraciones implicadas la posibilidad de la flexibilización horaria de los profesionales de los Centros, para adecuar los tiempos de atención a las necesidades/posibilidades actuales de los usuarios.

Estrategia 1.3.4., 2.1.4.

- Instar a las entidades que les corresponda a diseñar e implementar programas de reducción de daños-riesgos, conjuntamente con otras entidades y ONGs, para implementar dichos programas en los escenarios de consumo.

Estrategias 3.1.3., 3.2.2., 3.2.3., 3.2.4., 3.3.2., 3.3.3., 3.3.5.,

- Promover el diseño y la implementación de sistemas de evaluación continuada de la calidad asistencial prestada y de satisfacción de los usuarios y familiares.

Estrategia 1.2.7. y 1.3.9.

- Instar a las instituciones correspondientes a poner en marcha protocolos que permitan la gestión de consulta y citas por sistemas telemáticos.

Estrategias 1.2.4., 1.2.5., 1.3.3., 2.1.11. y 2.3.6.

- Estudiar la situación actual del PTM en Andalucía con el objeto de actualizar procesos, funciones y actividades a desarrollar en el mismo, teniendo en consideración: la necesidad de formación de dispensadores con apoyo de los Centros de Drogodependencias y cursos online, la búsqueda de formas de dispensación más personalizadas y adaptada a los cupos, el énfasis en la mejora de la coordinación entre los profesionales y la complementariedad de la dispensación con otros programas de salud integral.



Estrategias 2.3.1., 2.3.2. y 2.3.4.

- Diseñar y poner en marcha un protocolo en coordinación con la Atención Primaria de Salud, donde se reflejen las funciones, los canales de comunicación las actuaciones conjuntas y los mecanismos de derivación entre ambas redes.

Estrategias 2.3.5.

- Instar a las administraciones competentes para que de una forma urgente y definitiva se realicen las conexiones entre los sistemas de información entre el SAS y la Red de Drogodependencias (DIRAYA y SIPASDA) para poder disponer y compartir los datos y la información clínica de los usuarios.

Estrategia 2.5.1.

- Instar a analizar y revisar a las instituciones competentes el Acuerdo Sectorial en materia de drogas en la Resolución del BOE nº 228 de 23 de septiembre de 2005, respecto de la Intervención en Instituciones Penitenciarias a través de los Equipos de Apoyo a las Drogodependencias, del que pueda extraerse un protocolo de actuaciones donde se defina claramente el papel de estos equipos y las funciones y actividades a realizar, dotándolos de los recursos necesarios.

Estrategia 2.3.3.

- Reforzar e implementar de forma coordinada la implementación de los protocolos de Actuación entre la Red de Salud Mental y Drogodependencias en todos los distritos y áreas sanitarias de Andalucía.

Estrategias 2.2.1., 2.2.2., 2.2.4. y 2.2.5.

- Instar a las administraciones correspondientes a que se promocióne y establezcan foros de encuentros técnicos continuados entre los distintos profesionales de la Red.

Estrategias 2.1.2., 2.1.3., 3.1.2., 3.1.4., 3.1.5. y 3.1.6.

- Actualizar y homogeneizar el Catálogo de Servicios y Recursos que se ofrecen desde los Centros de Atención a Drogodependientes en Andalucía así como el Manual de Procedimientos Asistencial que se llevan a cabo en los distintos programas.



Área de Incorporación Social

Este área del III Plan, es la que presenta un menor número de estrategias realizadas o en desarrollo de las tres que recogen las actuaciones directas sobre el personal usuario (Prevención, Atención socio-sanitaria e Incorporación social), por lo que a nivel cuantitativo requiere de una mayor atención que las otras dos. Entre estas necesidades destacamos:

- Fomentar la participación de los agentes económicos y sociales, medios de comunicación, instituciones y ciudadanía en general en los procesos de Incorporación social. (Evaluación cuantitativa)
- Homogeneizar los programas de Incorporación social en nuestra red. (Evaluación cuantitativa y cuestionario profesionales)
- Adaptar los recursos de Incorporación social a las necesidades de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión. (Cuestionario profesionales)
- Reforzar los programas Arquímedes y Red de artesanos. (Cuestionario personas usuarias)
- Facilitar la formación y el empleo, coordinando a los agentes económicos y sociales. (Evaluación cuantitativa)
- Evaluar y medir los programas de incorporación social. (Evaluación cuantitativa)
- Reforzar la coordinación/colaboración con recursos externos (movimiento asociativo, Servicios sociales comunitarios, SAS, S Mental, Justicia, FAISEM, servicios de orientación laboral, etc). Cuestionario profesionales)
- Ofertar una atención personalizada en el ámbito de la I.S y Sociosanitaria, unificando instrumentos de diagnóstico (SiPASDA), elaborando protocolos de coordinación desde la perspectiva sociosanitaria y de la I.S.

Adaptar la atención y los recursos y programas a los nuevos perfiles.

(Se podría incluir en el Área de Atención Socio-Sanitaria)

- Crear lugares de encuentro entre profesionales para el intercambio de experiencias, desarrollando como mínimo una acción formativa al año a nivel andaluz para mejorar metodologías de intervención social (jornadas, reuniones, seminarios...)
- Lograr la estabilización y desarrollo de los programas de i.s. y adaptándolos a nuevas realidades.
- Aprovechar la puesta en marcha de la nueva Ley de Servicios sociales para adaptar los



recursos y adaptarla a los usuarios.

- Incluir en la Historia clínica indicadores sociales, para la mejora de la intervención social y los nuevos perfiles profesionales.

Como propuestas concretas de reforzamiento de estrategias en el área de incorporación social, proponemos:

Estrategia 1.1.9.

Aumentar las líneas de financiación de los programas específicos del Área de I.S.-

- Generando un presupuesto estable que permita una financiación propia, permanente y alargada en el tiempo así como la resolución de los plazos en los programas de Incorporación social.

Estrategia 1.5.1.

Lograr un modelo de Intervención Homogéneo a nivel Andaluz.-

- Adecuando la perspectiva biopsicosocial al trabajo en red, a la elaboración de los protocolos de coordinación, al trabajo coordinado que mejora la intervención individualizada de los procesos. (Plan Integral de la Persona).
Modelo transversal entre Áreas (Socio sanitaria, Incorporación Social y Prevención)

Estrategia 2.3.3.

Fomentar la realizando jornadas de trabajo y coordinación a nivel profesional.-

- Creando un plan de formación y trabajo conjunto con profesionales de distintos ámbitos (judicial, empresarial, sanitario...)

Estrategia 3.1.3.

Unificar y homogeneizar el trabajo en red.-

- Desarrollando espacios formales de participación conjunta para el intercambio de experiencias, así como el intercambio de buenas prácticas ya existentes y de forma transversal con otras Áreas.

Estrategias 1.4.1., 1.4.6., 2.3.2. y 2.4.4.

Difusión de la Red Andaluza de atención a las drogodependencias.-

- A través de campañas de información, comunicación y difusión entre la población en general y profesionales, así como la difusión de los recursos propios instando a las administraciones competentes el fomento de la coordinación y difusión.

Estrategia 2.3.1.



Aprovechar los recursos y los medios de comunicación a nuestro alcance.-

- Colaborando en la mejora de la imagen de los recursos propios de la Red.

Estrategias 1.4.2., 1.4.3., 1.4.4. y 1.4.5.

Lograr incluir en la agenda de la administración y de las diversas entidades la difusión en los medios de comunicación.-

- Solicitando a los medios de comunicación un mejor tratamiento de las noticias que se ofrecen a la opinión pública relacionadas con los usuarios.

Estrategia 1.5.2. y 1.5.3.

Adaptar la oferta de recursos y programas.-

- Aumentando /adaptando los recursos y dispositivos de apoyo a los nuevos perfiles.

Estrategia 1.1.1.

Crear y coordinar nuevos programas adaptados a nuevos perfiles de usuarios.-

- Definiendo programas adaptándonos a nuevos perfiles de usuarios (patología dual, mujer, menores, inmigración...)

Estrategias 2.1.4. y 3.1.4.

Difusión de un catalogo de servicios actualizado.-

- Realizando campañas de difusión, formativas e informativas a agentes económicos y sociales.

Estrategias 2.4.1., 2.4.2. y 2.4.3.

Posibilidad de crear una Alianza con la Red Empresarial y Asociativa desde lo público.

Estrategia 3.2.4.

Impulsar los Planes Locales en Atención a las Drogodependencias, desde todas las Áreas.-

- Desarrollar nuevas estrategias para incluir la Incorporación social, la prevención y la atención socio sanitaria en los Planes Locales de Drogas.

Estrategias 3.1.3. y 3.3.5.

Crear un manual común de buenas prácticas Profesionales adaptado a la Incorporación Social y de forma transversal en el resto de Áreas.



Área de Gestión del Conocimiento

Posiblemente este área de actuación sea el que necesita un mayor impulso dentro de este III Plan por ser en éste, cuando por primera vez aparece como área con entidad propia.

Este área presenta el mayor porcentaje de estrategias pendientes y el menor de estrategias cumplidas o realizándose. Entre sus objetivos fundamentales se encuentran la promoción de la formación, la investigación y la utilización de la metodología científica en el diseño, evaluación y seguimiento de los recursos y programas. Esto nos indica que este III Plan presenta un probable déficit en su rigor científico y en la promoción del conocimiento a través de la formación y la investigación, como medios de avanzar en el conocimiento y en la mejora de los servicios prestados, lo que nos indica la necesidad de profundizar en estos aspectos en este plan de actuación.

Esta necesidad se refleja en varios de los apartados de esta evaluación. Así está presente en la valoración cuantitativa, donde de forma clara y contundente se pone de manifiesto la necesidad de implementar esta medida, no sólo en el área de Gestión del Conocimiento, como área que recoge específicamente estos aspectos, sino que también en las otras tres áreas de actuación del Plan (Prevención, Atención socio-sanitaria e Incorporación social) se recoge esta necesidad de implementar medidas encaminadas a promover la evaluación de los programas y recursos empleado, basándose en la evidencia científica.

Concretando estas necesidades de mejora en este área encontramos:

- Impulsar la formación del colectivo profesional de la red. (Evaluación cuantitativa, Cuestionario profesionales)
- Promoción de la investigación en adicciones. (Evaluación cuantitativa, Cuestionario profesionales)
- Mejorar los procesos de evaluación y medición de los programas y recursos, basándonos en la evidencia científica.
- Promover el intercambio de conocimientos entre profesionales. (Evaluación cuantitativa, Cuestionario profesionales)
- Potenciar desde las instituciones responsables la participación del colectivo profesional en tareas de formación, e investigación, mediante la puesta en marcha de incentivos profesionales y curriculares. (Cuestionario profesionales)



Como propuestas concretas de reforzamiento de estrategias en el área de Gestión del conocimiento, proponemos:

Formación

Futuros profesionales:

Estrategia 2.1.5.

- Potenciar la formación de futuros profesionales, utilizando los conocimientos, interdisciplinariedad y experiencia del colectivo profesional de la red.
- Establecer acuerdos de colaboración con las Universidades andaluzas para la formación de postgrado en materia de adicciones.
- Regularizar y protocolizar la formación por parte de profesionales de la red hacia otros colectivos profesionales (MIR, PIR,...)

Profesionales de la red:

Estrategia 2.1.6.

- Potenciar mediante incentivos profesionales y curriculares la presencia de profesionales de la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones en cursos, jornadas y congresos.

Estrategia 2.1.7.

- Creando un directorio de docentes entre el colectivo profesional de la red.

Estrategia 2.2.1.

- Realizando Jornadas, Encuentros y Congresos que faciliten el intercambio de experiencias y conocimientos entre profesionales.

Investigación

Estrategias 1.4.1., 1.4.3., 1.4.7., 1.4.8., 1.4.9., 1.4.12., 1.4.13., 1.4.14., 1.4.15. y 1.4.16.

- Fomentar la investigación en drogodependencias y adicciones.

Estrategias 1.4.4., 1.4.10. y 1.4.11.

- Fomento de la investigación aplicada, aprovechando la creación de la RAIDA.
- Promover la creación de grupos mixtos de investigación.
- Estudio sobre nuevas conductas y consumos.
- Utilización de las redes para la difusión de los avances científicos.

Evaluación

Estrategias 3.3.1., 3.3.5., y 3.3.6.

- Promover la aplicación de la evidencia científica a las técnicas y programas diseñados.

Estrategias 1.2.4., 3.3.3. y 3.3.8.

- Potenciar el intercambio sobre buenas prácticas profesionales y de investigación.

Estrategias 1.3.1.



- Evaluando las aplicaciones y funcionalidades del SiPASDA (CEA, Programa jurídico, Historia clínica).

Estrategias 3.1.1., 3.1.2., 3.1.3., 3.1.4. y 3.1.5.

- Aplicando los cambios y mejoras detectadas en esta evaluación del SiPASDA.

Personas usuarias

Como establece el III Plan, la valoración del mismo por parte del colectivo de personas usuarias tiene una importancia fundamental en el proceso de evaluación, como sujetos de las actuaciones del mismo. Esta valoración se ha realizado a través de sus federaciones Enlace y FAJER, que nos ha permitido conocer su opinión y sus propuestas de mejora.

Entre ellas destacamos:

- Aumentar los recursos humanos para agilizar las citas y disminuir las listas de espera. (Cuestionario usuarios, Grupos focales)
- Mantener la atención en centros penitenciarios durante todo el año. (Cuestionario usuarios, Grupos focales)
- Personalizar más los tratamientos (Cuestionario usuarios)
- Más recursos específicos para mujeres. (Grupos focales)
- Ampliar horarios de atención. (Cuestionario usuarios)
- Favorecer la información de los recursos de la red, desde los servicios de atención Primaria. (Cuestionario usuarios)
- Reforzar las actuaciones que faciliten la incorporación laboral. (Grupos focales)

Como propuestas concretas de reforzamiento de estrategias desde el colectivo de personas usuarias, proponemos:

Área de Atención socio-sanitaria

Estrategia 1.1.3. y 1.3.1.

- Aumentar el tiempo de dedicación profesional (CTA concertados) y el número de profesionales (CTA saturados), plazas o instalaciones (lista de espera de Comunidades Terapéuticas o de UDH), dotando así de recursos suficientes y dando una respuesta asistencial adecuada para cada provincia.



Estrategia 2.3.2.

- Realizar actuaciones de información /formación sobre la Red de recursos de Adicciones dirigidas al personal sanitario de Atención Primaria, con objeto de que puedan derivar al recurso más adecuado.
- Establecer protocolos de coordinación y/o derivación entre profesionales de Atención Primaria y profesionales de la Red de Adicciones.

Estrategia 1.3.5. y 2.5.4.

- Garantizar el acceso al tratamiento de adicciones a todas las personas que están en prisión, a través de equipos de apoyo que funcionen durante todo el año.

Estrategia 1.2.3.

- Agilizar el acceso a los recursos residenciales de personas que se encuentran en situación de exclusión, en la calle y/o situación de crisis.
- Habilitar los Centros de Encuentro y Acogida con camas para dar la posibilidad de pernoctación, a las personas usuarias en situación de calle, especialmente en épocas de bajas temperaturas.

Área de Incorporación social

Estrategia 1.3.1. y 1.3.7.

- Reforzar a las empresas de inserción existentes y apoyar la creación de otras nuevas, facilitando la labor terapéutica y de tránsito al mercado laboral que realizan con personas con problemas de adicciones, dándoles prioridad en la asignación de plazas para los programas Red de Artesanos y Arquímedes.
- Financiar a los Centros de Día que se conviertan en centros especializados de formación para el empleo de las personas en tratamiento en la Red de Adicciones.

Estrategia 2.4.1., 2.4.3. y 2.4.4.

- Realizar actuaciones informativas y de sensibilización dirigidas al sector empresarial sobre los programas Red de Artesanos y Arquímedes.
- Establecer convenios de colaboración con el sector empresarial para favorecer que las personas en tratamiento en la Red de Adicciones puedan formarse, realizar prácticas laborales o acceder a un empleo.
- Crear una cartera de empresas colaboradoras en la incorporación social de las personas con problemas de adicciones.

Género

Estrategia 2.1.1. y 2.1.5.

- Formar en perspectiva de género a todos/as los/las profesionales que intervienen en adicciones.
- Teniendo en cuenta la relación entre género y adicciones, adecuar los recursos y programas a las características de las mujeres, incluyendo la creación de algunos específicos para ellas.
- Establecer protocolos de detección de violencia de género en el ámbito de las adicciones,



tanto en mujeres usuarias como en mujeres familiares de usuarios.

- Incrementar las plazas destinadas a mujeres adictas en los centros de acogida para mujeres víctimas de violencia de género.

Organización de la Red

Como estructura que sustenta el III Plan y encargada fundamental de su desarrollo, la red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones, requiere también una atención especial en esta evaluación. Para ello, se ha preguntado al colectivo profesional que la compone, sobre su valoración de la organización de la misma. Los resultados obtenidos nos indican que en este plan de actuación, se preste también atención a esta organización, estudiando cuales son las áreas de mejora en la misma.

Agrupando por áreas de interés las cuestiones a mejorar nos encontramos:

Coordinación

- Mejorar la coordinación/colaboración con recursos externos a la red.
- Establecer criterios claros de derivación a los recursos.
- Mejorar la coordinación interna de la red.
- Establecer un modelo asistencial común para toda la red, en todas las áreas de actuación.

Organización

- Adaptar los recursos de incorporación social a las necesidades de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión.
- Seguir adaptando los recursos y programas a los nuevos perfiles de personas usuarias.
- Promocionar la Prevención en las actuaciones de la red.
- Reforzar la perspectiva de género en las actuaciones de la red.
- Mantener y fomentar las Comisiones Técnicas Provinciales

Papel institucional

- Regular y dotar adecuadamente el programa Ciudades ante las drogas.
- Reforzar y redistribuir geográficamente los recursos de la red en función las necesidades reales.



- Atender a las propuestas y opiniones del colectivo profesional.
- Mantener la independencia de la red y reforzar su presencia y visibilidad social.

Formación y rigor científico

- Facilitar y promocionar la formación del colectivo profesional de la red, según sus necesidades reales.
- Fomentar la investigación en adicciones.
- Facilitar la formación/información de profesionales de instituciones ajenas a la red pero relacionadas con el III Plan.
- Potenciar la cultura de la evaluación de los recursos y programas, bajo estándares de calidad y según la evidencia científica.

