

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016

Informe de la Evaluación final



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Dirección

Francisco de Asís Babín Vich. Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

Diseño, coordinación y elaboración

Sonia Moncada Bueno. DGPNSD

Jesús Morán Iglesias. DGPNSD

Consultoría en Salud Pública y Epidemiología

Fernando Rodríguez Artalejo. Universidad Autónoma de Madrid. Ciber de Epidemiología y Salud Pública.

Grupo de Trabajo (orden alfabético)

Julia Aguilar Serrano. Plan Autonómico de Drogas. Comunidad Valenciana

Elena Aldasoro Unamuno. Plan Autonómico de Drogas. País Vasco

Julia Alonso Callejo. DGPNSD

Elena Álvarez Martín. DGPNSD

María Sofía Aragón Sánchez. DGPNSD

Carlos Belmar Ramírez. DGPNSD

Joan Colom y Farram. Plan Autonómico de Drogas. Cataluña

Jose del Val Carrasco. DGPNSD

María Estrada Ocón. Plan Autonómico de Drogas. Cataluña

Nadia García Alas. Plan Autonómico de Drogas. Principado de Asturias

Antón González Fernández. Plan Autonómico de Drogas. Principado de Asturias

Tomás Hernández Fernández. DGPNSD

Berta Hernández Fierro. Plan Autonómico de Drogas. Castilla- La Mancha

Juan Jiménez Roset. Plan Autonómico de Drogas. Región de Murcia

Leocadio Martín Borges. Plan Autonómico de Drogas. Canarias

Elena Martín Maganto. DGPNSD

María Jesús Mateu Aranda. Plan Autonómico de Drogas. Comunidad Valenciana

Miguel Ángel Miranda Mínguez. Plan Autonómico de Drogas. La Rioja

Jose Oñorbe de Torre. DGPNSD

Francisco de Asís Rábago Lucerga. DGPNSD

Carmen Romero Pozo. DGPNSD

Mercedes Rubio Ferreiro. DGPNSD

Ana Ruíz Bremón. Plan Autonómico de Drogas. Comunidad de Madrid

Patricia Santa Olalla Peralta. DGPNSD

Rosario Sendino Gómez. DGPNSD

Graciela Silvosa Rodríguez. DGPNSD

Jorge Suances Hernández. Plan Autonómico de Drogas. Galicia

Mercedes Suárez Bernal. Plan Autonómico de Drogas. Andalucía

Grabación de datos y elaboración de gráficos

Leopoldo Quevedo Sierra

Agradecimientos

Este Informe se basa en la información facilitada por todos aquellos agentes que conforman el Plan Nacional sobre Drogas. Planes Autonómicos de Drogas de las 19 comunidades y ciudades autónomas. Federación Española de Municipios y Provincias. Instituto Nacional de Toxicología (M^o Justicia). Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (M^o Interior). Dirección General de Tráfico (M^o Interior). Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (M^o Interior).

Se agradece la colaboración de las 71 ONG y Sociedades Científicas que han participado en el proceso de consulta de esta evaluación. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas desea expresar su agradecimiento a todas estas instituciones y organizaciones, sin cuya contribución no hubiera sido posible este informe.

Edita y distribuye

© Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Centro de Publicaciones; 2017

© Secretaría de Estado, Servicios Sociales e Igualdad

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2017

Índice de contenidos

1. Introducción.	5
2. Objetivos, metodología y procedimientos de la evaluación.	9
3. Resultados de la evaluación:	
• Grado de logro de los objetivos de la END	15
-Objetivo General 1: Optimizar la coordinación y la cooperación.	17
-Objetivo General 2: Promover una conciencia social sobre los riesgos y daños.	23
-Objetivo General 3: Aumentar capacidades y habilidades personales.	29
-Objetivo General 4: Retrasar la edad de inicio.	37
-Objetivo General 5: Disminuir el consumo.	43
-Objetivo General 6: Reducir los daños asociados.	49
-Objetivo General 7: Garantizar una asistencia de calidad.	55
-Objetivo General 8: Facilitar la incorporación social.	69
-Objetivo General 9: Incrementar la eficacia del control de la oferta.	77
-Objetivo General 10: Aumentar mecanismos de control del blanqueo de capitales.	87
-Objetivo General 11: Mejorar la investigación.	91
-Objetivo General 12: Potenciar la evaluación de programas.	95
-Objetivo General 13: Mejorar la formación.	99
-Objetivo General 14: Optimizar la cooperación internacional.	105
-Objetivos relacionados con los Principios Rectores.	107
• Impacto de la END.	117
• Presupuestos del PND.	123
4. Conclusiones y recomendaciones finales	129
Anexos:	133
I. Fuentes consultadas y bibliografía utilizada.	137
II. Instrumentos de consulta:	141
a. Cuestionario a comunidades y ciudades autónomas.	143
b. Cuestionarios AGE y FEMP.	153
c. Cuestionario a ONG y Sociedades Científicas.	163
III. Listado de cuadros y figuras.	167
IV. Gráficos de perfiles PAD en Reducción de la Demanda.	175

Índice de acrónimos:

AGE: Administración General del Estado.
CC.AA.: Comunidades Autónomas.
CE: Comisión Europea
CITCO: Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado.
COPOLAD: Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas.
DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
DGT: Dirección General de Tráfico
EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Drogas
END: Estrategia Nacional sobre Drogas
E.S.O.: Educación Secundaria Obligatoria
ESTUDES: Encuesta Escolar sobre Drogas
INE: Instituto nacional de Estadística
INT: Instituto nacional de Toxicología
FEMP: Federación Española de Municipios y Provincias
GT: Grupo de Trabajo.
MAEC: Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación
MIR: Ministerio del Interior
OEA: Organización de Estados Americanos
OEDA: Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones
OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización no Gubernamental
ONUD: Organización de Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de Salud
PAD: Plan Autonómico de Drogas
PIAD: Plan de Acción sobre Drogas
PNSD: Plan Nacional sobre Drogas
Q. DGPNSD: Cuestionario Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Q. PAD: Cuestionario Planes Autonómicos de Drogas
RIOD: Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogodependencias
S.G. II.PP: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
SS.CC.: Sociedades Científicas
UE: Unión Europea
UDI: Usuarios de drogas por vía inyectada.
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VHC: Virus de la hepatitis C

1. Introducción

1. Introducción

La evaluación de las políticas públicas se ha convertido en los últimos años en un requisito indispensable de la acción de la Administración, debido tanto a la necesidad de mejorar el conocimiento sobre los efectos de las acciones llevadas a cabo y de los mecanismos que los explican, como a la obligación de rendir cuentas a la sociedad sobre la utilización de los recursos públicos.

Este es el 5º ejercicio de evaluación desarrollado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), dando coherencia y continuidad a una trayectoria de diseño, elaboración implementación y evaluación de sus políticas.



La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (END) incluye una propuesta de evaluación cuyo objetivo es hacer un juicio de valor de la misma mediante un abordaje científico. Con este fin se establece, dentro del eje 6 de Mejora del Conocimiento, un Objetivo General *“Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas”* y se dedica un capítulo específico a su propia evaluación, (Cap. 6) en el que se establecen los criterios y el procedimiento general para dicha evaluación. Dichos criterios son los siguientes:

1. Evaluación de la eficacia o efectividad en la consecución de los objetivos, así como la eficiencia de los recursos y mecanismos puestos en marcha para conseguir lo previsto.
2. Garantía de la credibilidad y solidez de los datos y resultados que aporte, mediante la adopción de una metodología objetiva y de calidad. Para ello es oportuno que se realice de forma mixta, contando con la colaboración de agentes externos que garanticen estos dos aspectos.
3. Participación en la evaluación de todos los agentes interesados en la Estrategia, incluyendo administraciones públicas, organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas, asociaciones de consumidores, sindicatos, y pacientes, entre otros.

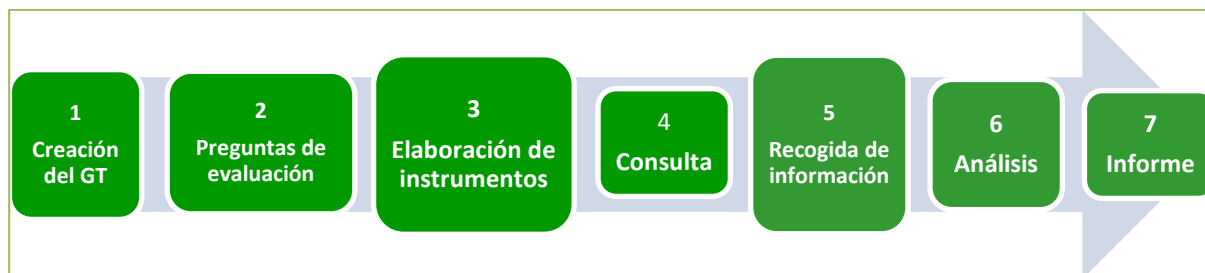
4. Análisis de su contribución a la promoción de valores finales, como la equidad, la igualdad y la calidad de vida.
5. Establecimiento de los períodos idóneos para realizarla, incluyendo una evaluación basal, evaluaciones intermedias y una evaluación final que ofrezca una visión de los resultados obtenidos y de los mecanismos que los explican.
6. Inclusión de mecanismos que permitan mejorar el conocimiento sobre las relaciones de causalidad, incluyendo el análisis de factores contextuales que ayuden a su comprensión.

Para garantizar la objetividad de todo el proceso y de sus conclusiones, se decide solicitar la colaboración de los Planes Autonómicos de Drogas y de la de la Universidad Autónoma de Madrid, con quien ya se había trabajado en las evaluaciones anteriores, y se forma un grupo de trabajo (GT) para el diseño e implementación de la evaluación-

El proceso comienza en noviembre de 2016 con la formación del GT, el diseño metodológico, la selección de indicadores y la elaboración de instrumentos de consulta. Finaliza en mayo de 2017 con la elaboración del informe final.

2. Objetivos, metodología y procedimientos de la evaluación.

Los pasos dados para la implementación de la evaluación se reflejan en el siguiente gráfico:



1º. El primero de ellos consistió en la creación de un Grupo de Trabajo (GT), coordinado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), en el que participaron 11 representantes de los Planes Autonómicos de Drogas (PAD), y un representante de la Universidad Autónoma de Madrid.

2º. El GT decide realizar una evaluación por objetivos. A partir de aquí se establecen las preguntas a las que la evaluación debería responder, empezando por las más globales y siguiendo por las cuestiones específicas relacionadas con cada uno de los objetivos de la END. Se propusieron las siguientes cuestiones generales:

- a. ¿Se han logrado los objetivos de la END?
- b. ¿Cuáles son las razones del logro/no logro?
- c. ¿Cuál es la relevancia de los objetivos de cara al futuro?
- d. ¿Qué propuestas de mejora se derivan de la evaluación? ¿Hay objetivos adicionales a incluir en la nueva END?
- e. ¿Cuál ha sido el impacto de la END en el desarrollo de políticas y programas?

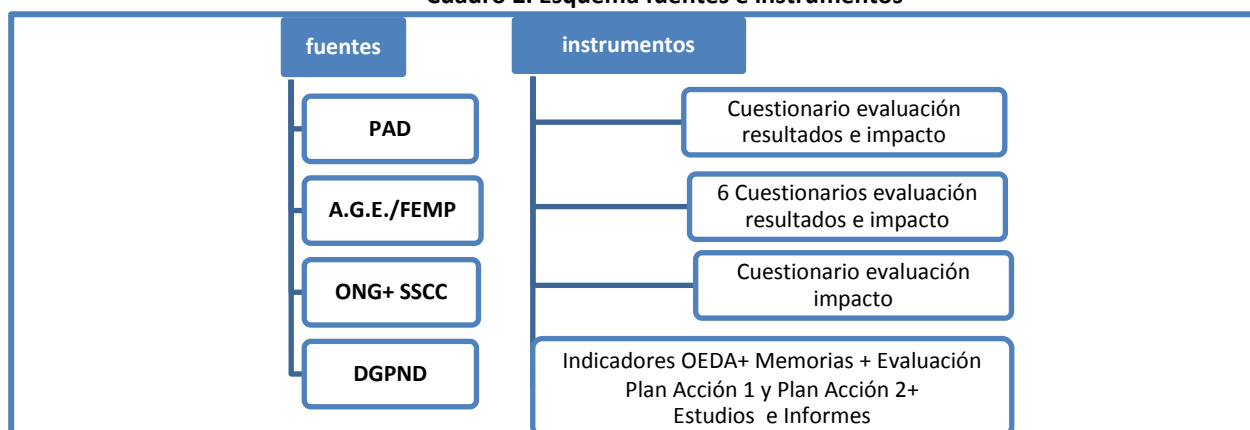
A partir de estas preguntas se definieron otras más específicas para cada objetivo (Cuadro 1)

Cuadro. 1: Ejemplo de las preguntas de evaluación elaboradas por el Grupo de Trabajo

EJE	OG	Cuestiones a plantear	Instrumentos/fuentes
1. Coordinación.	1. Coordinación	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Existen suficientes mecanismos de coordinación entre los PAD y la DGPNSD? 2. ¿Se realizan proyectos coordinados entre las CCAA? 3. ¿Hay intercambio de información y transferencia de tecnología entre CCAA? 4. ¿Hay intercambio de información y tecnología entre las ONG? 5. A nivel autonómico ¿hay estructuras y mecanismo de coordinación con otros departamentos de la administración autonómica: Educación; Servicios Sociales; Sistema sanitario; Policial...? 	<p>Cuestionario evaluación PAD</p> <p>Cuestionario evaluación ONG</p>
2. Reducción de la demanda	2. Sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha aumentado la conciencia social sobre el problema de las drogas en la población general? • ¿Ha aumentado la conciencia de problemas relacionados con las drogas en el ámbito escolar? • ¿Ha aumentado la percepción de los riesgos asociados a los consumos entre los adolescentes? 	CIS/ OEDA/CCAA

3º. El tercer paso consistió en la selección de las fuentes y el diseño de los instrumentos de consulta (Anexo 2) para responder a las preguntas de evaluación. Se elaboraron instrumentos adaptados a cada fuente consultada, teniendo en cuenta la información que se pretendía recabar de cada una de ellas (Cuadro 2).

Cuadro 2. Esquema fuentes e instrumentos



En total se elaboraron 8 cuestionarios diferentes (Cuadro 3) y se establecieron baremos comunes para aspectos relacionados con la coordinación, la cobertura territorial de los programas y para los procedimientos de acreditación de programas (Cuadro 4).

Cuadro 3. Instrumentos, fuentes e información recogida en la Evaluación Final de la END 2009-2016

INSTRUMENTOS	INFORMACIÓN RECOGIDA
Cuestionario evaluación final de la END. DGPNSD	Coordinación nacional e internacional de la DGPNSD
Cuestionario evaluación final de la END. Planes Autonómicos de Drogas	Coordinación; Tipología y cobertura de programas; Evaluación; Formación; Calidad; Evidencia; Género; Equidad; Participación;
Cuestionario evaluación final de la END para Organismos de la Administración: Dirección General de Tráfico (DGT); Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (II.PP.); Instituto Nacional de Toxicología (INT); Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)	Coincidencia con la END; Programas implementados para el logro de objetivos compartidos. Indicadores específicos relacionados con los objetivos de la END; Grado de colaboración y propuestas de mejora
Cuestionario de evaluación final de la END para ONG y Sociedades Científicas	Coincidencia de objetivos estratégicos; Impacto de la END;
Informe de evaluación final de la END Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado	Grado de logro de los objetivos de Reducción de la Oferta
Encuestas e Informes del Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías (OEDA)	Prevalencia, incidencia, edad de inicio, consumo problemático, riesgos y daños, tratamiento....
Memorias de actividad Plan Nacional sobre Drogas (Memoria PND)	Indicadores de actividad de la DGPNSD y los PAD
Estudios; Informes; Evaluación Plan de Acción I; Evaluación Plan de Acción II	Información relevante de estudios específicos sobre estado de situación; evidencia disponible; resultados de los dos Planes de Acción.

Cuadro 4: Baremos utilizados en el cuestionario de evaluación de la END (PAD; DGPNSD)

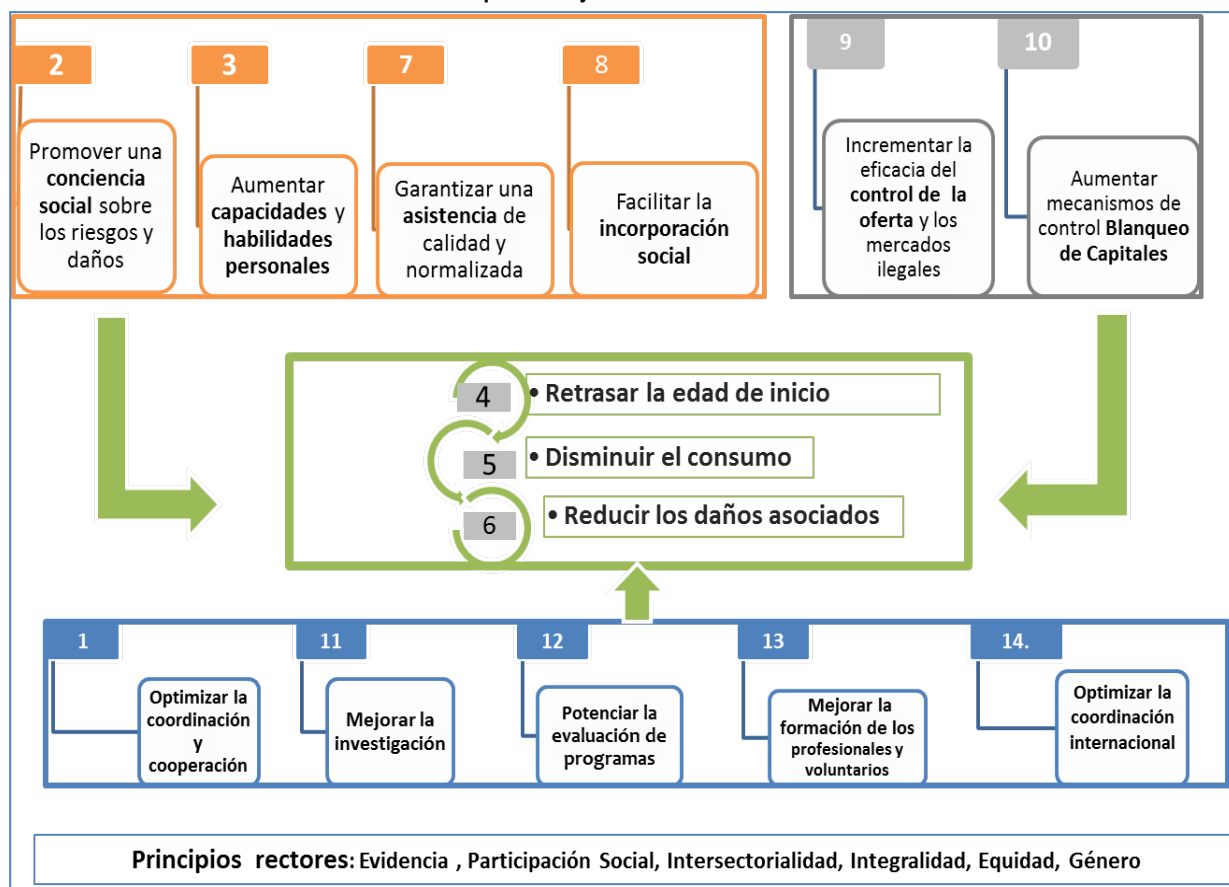
COORDINACIÓN (0-3)	COBERTURA TERRITORIAL (0-4)	ACREDITACIÓN (0-4)
<p>0: Ninguna coordinación.</p> <p>1: Coordinación Baja: reuniones puntuales.</p> <p>2: Coordinación Media: grupos de trabajo para el desarrollo de proyectos puntuales.</p> <p>3: Coordinación Alta: convenios de colaboración. grupos de trabajo estables para el desarrollo de proyectos coordinados, protocolos de coordinación escritos.</p>	<p>0: Sin Cobertura.</p> <p>1: Baja: existe en solo algunas localidades relevantes.</p> <p>2: Media: existe en bastantes localidades relevantes pero no en la mayoría de ellas.</p> <p>3: Alta: existe en la mayoría de las localidades relevantes pero no en todas.</p> <p>4: Total: existe en todas las localidades relevantes en términos poblacionales.</p>	<p>0: No existen criterios.</p> <p>1: Baja: Existen criterios de valoración de la calidad y están publicados.</p> <p>2: Media: Hay instrumentos para valorar los criterios, pero no están baremados.</p> <p>3: Alta: Hay instrumentos para valorarlos y están baremados.</p> <p>4: Total: Los programas y servicios están acreditados conforme a criterios de calidad.</p>

4º y 5º. El proceso de consulta y recogida de información (pasos 4 y 5) tuvo una duración aproximada de cuatro meses (noviembre 2016-febrero 2017) y en él participaron más de 100 representantes de organismos de diferentes administraciones, sociedades científicas y ONG. (Anexo 1)

6º. Para el análisis de los datos (paso 6) se realizó una revisión de los 14 objetivos generales de la estrategia y se estableció una jerarquía a de los mismos, diferenciando cuatro tipos:

- **Objetivos finales:** (objetivos 4, 5 y 6) retrasar la edad de inicio, reducir el consumo y reducir los riesgos y daños asociados al mismo. La fuente principal de este tipo de indicadores es el Observatorio español sobre drogas (OEDA), aunque también se han incorporado datos de otros organismos, como el Instituto Nacional de Toxicología o la Dirección General de Tráfico (DGT).
- **Objetivos de procesos y productos:** (objetivos 2, 3, 7, 8, 9 y 10), que reflejan la actividad desarrollada en los ámbitos de reducción de la oferta y de la demanda, para conseguir los resultados finales. En este caso se han utilizado diferentes indicadores:
 - Tipología y cobertura territorial de los programas
 - Tipología y número de recursos y servicios.
 - Cobertura poblacional de los programas y servicios
- **Objetivos transversales:** (objetivos 2, 11, 12, 13, 14) que afectan al desarrollo de los anteriores y por tanto impactan indirectamente en los resultados finales.
- **Objetivos relacionados con los principios rectores de la END:** equidad, participación social, intersectorialidad, género, entre otros.

• Cuadro 5: Jerarquía de objetivos de la END 2009-2016



De cada uno de estos objetivos se ha recogido información a través de un conjunto de indicadores, según la siguiente tipología:

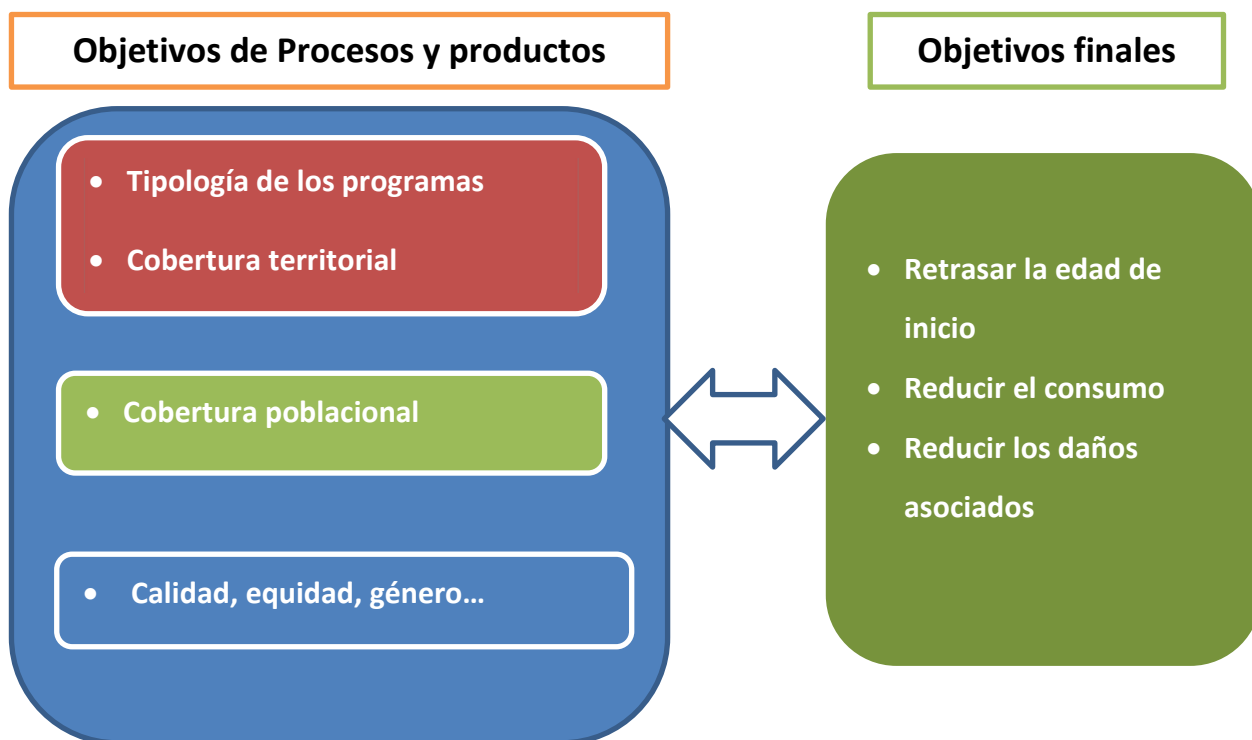
- **Indicadores de resultados finales** (objetivos relacionados con el consumo y con los daños asociados o derivados del mismo). La fuente principal de este tipo de indicadores es el Observatorio español sobre drogas (OEDA), aunque también se han incorporado datos de otros organismos, como el Instituto Nacional de Toxicología o la DGT.
- **Indicadores de procesos**, relacionados con la tipología y la cobertura territorial de los programas que se implementan, relacionados con los objetivos 2,3,7 y 8, extraídos del cuestionario de evaluación de los planes autonómicos de drogas.
- **Indicadores de productos**, relacionados con la cobertura poblacional de los programas, con datos provenientes fundamentalmente de las memorias anuales del PND y de los cuestionarios de la AGE.
- **Indicadores relacionados con la calidad del sistema:** criterios de calidad, carteras de servicios, catálogos de programas, evaluación, recursos humanos, etc., con datos provenientes del cuestionario de evaluación final de los PAD.
- **Indicadores de los objetivos transversales y de los principios de actuación:** incorporación de la perspectiva de género, equidad, participación social, formación.

Con el fin de hacer la información lo más objetiva y concreta posible se utilizaron baremos en los cuestionarios elaborados para la evaluación (Cuadro 4).

Con toda la información recogida se realizan los siguientes **análisis**:

- Se **compara la situación inicial con la situación final** utilizando los indicadores de los que se dispone de información para los años correspondientes al inicio (2009) y al fin de la estrategia (2016).
- Se **relacionan los objetivos de proceso, producto y transversales con los objetivos finales** de la estrategia; es decir, se trata de ver la relación entre lo que se ha hecho (qué programas se aplican, a cuántas personas llegan, con qué calidad se implementan, etc.) y lo que se ha conseguido (cuadro 5).
- Se **analiza si lo que se ha hecho responde a las necesidades** y a las características de la situación del consumo de drogas y sus consecuencias para, de esta manera, identificar los objetivos relevantes y adecuados a las necesidades de cara a la nueva Estrategia.

Cuadro 6: Esquema de análisis de los indicadores de evaluación de la END 2009-2016.



3. Resultados de la Evaluación por Objetivos

Grado de logro de los objetivos generales de la END.



Objetivo General 1: Optimizar la coordinación y cooperación.



Objetivo General 1: Optimizar la coordinación y cooperación.

El sector de las drogas ha destacado siempre por su alto nivel de coordinación, tanto interna (entre los diferentes Planes de Drogas y con las ONG del sector), como externa (con otros organismos con competencias relacionadas). Esto es así por la conceptualización multidimensional del fenómeno en las políticas de drogas. Con los años, la evolución de dicho fenómeno ha dado lugar a que esta coordinación sea cada vez más amplia y abarque más sectores.

Para evaluar la coordinación se han tenido en cuenta los sectores y organismos más relevantes, tanto de la Administración Pública como de la sociedad civil, en función de los objetivos estratégicos marcados, y se ha valorado el grado de coordinación, tanto de la DGPNSD como de los PAD, con cada uno de ellos, en función de un baremo establecido dicha objetivar dicha valoración (ver baremo. Cuadro 4 Metodología). Los resultados han sido los siguientes.

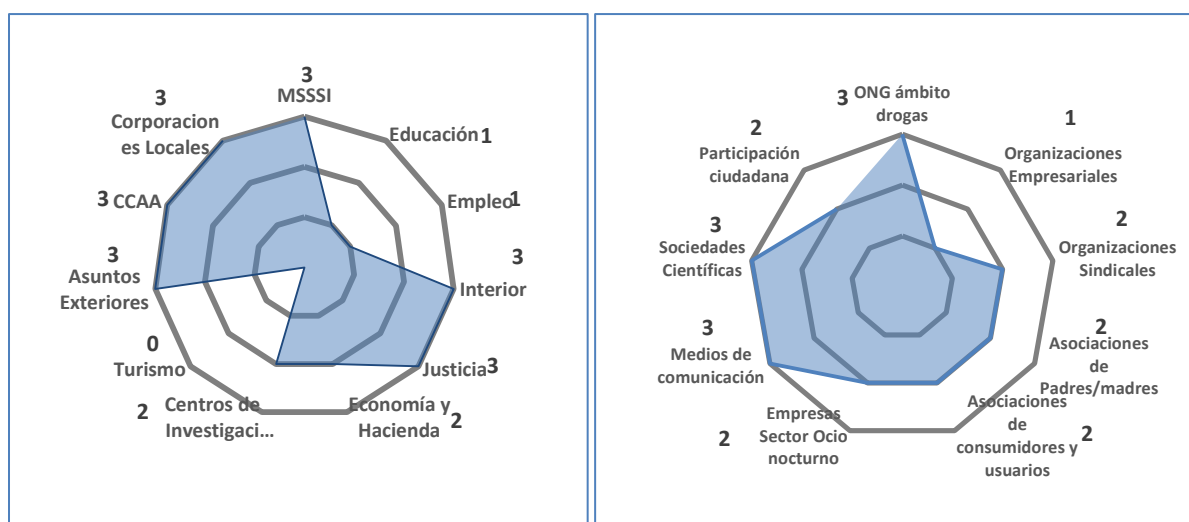
Coordinación de la DGPNSD

La coordinación de la DGPNSD con organismos públicos es alta, especialmente con los Planes Autonómicos y Locales de Drogas y con el Ministerio del Interior. Sin embargo, hay sectores con los que habría que reforzarla: Empleo (para la incorporación laboral), Educación (para la prevención escolar) o Turismo (para la prevención en espacios de ocio). También existe buena coordinación con la sociedad civil, especialmente con las ONG del ámbito de drogas, con las Sociedades Científicas y con los medios de comunicación. La reciente creación del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones ha contribuido a la mejora de la coordinación global. Asimismo la metodología de implementación del 2º Plan de Acción vinculado a la END ha favorecido el trabajo coordinado mediante la creación de Grupos de Trabajo para el desarrollo de las acciones. Este modelo de trabajo ha demostrado ser efectivo en la mejora de la coordinación y la búsqueda de sinergias entre los diferentes actores.

Figura 1.1: Coordinación de la DGPNSD (DGPNSD) (Max: 3)

Coordinación de la DGPNSD con organismos públicos

Coordinación de la DGPNSD con la sociedad civil



Coordinación de los PAD

Los perfiles de la coordinación de los PAD (Figuras 1.2 y 1.3) con otros sectores son muy heterogéneos, en función de:

- El número y tipo de organismos con los que existe coordinación y la intensidad de la misma. Probablemente en este hecho influya la diversa ubicación de la oficina de coordinación o departamento responsable de esta temática en cada territorio
- Las áreas de intervención (prevención, asistencia, incorporación social) : los perfiles de coordinación son específicos para cada una de ellas:
 - en Prevención destaca la coordinación con Sanidad, Educación y Corporaciones Locales;
 - en Asistencia, con Sanidad;
 - en Incorporación Social, el grado de coordinación es menor con todos los sectores.

En general, la coordinación del sector de las drogas sigue siendo muy amplia e intensa; no obstante queda margen de mejora con:

- **El sistema educativo**, para la promoción de la prevención escolar y la formación del profesorado (hay una gran cantidad de actividad de prevención en los centros escolares que se realiza sin coordinación con los PAD (programas aplicados, profesores formados...))
- **El sector de empleo**, tanto con las Administración correspondiente como con organizaciones empresariales, ya que la coordinación con los sindicatos es buena. Esta coordinación debe centrarse en tres objetivos: reducir la baja productividad laboral asociada a la muerte prematura y la hospitalización de personas con consumos de drogas, (Rivera, 2016), prevenir las situaciones de riesgo de accidentes laborales asociadas al consumo (indicador mortalidad INT) y facilitar la incorporación laboral de las personas drogodependientes.
- **El sistema sanitario**, para mejorar y completar la integración funcional y orgánica de la atención a las drogodependencias en el sistema de salud, con especial atención al tratamiento de las enfermedades infecciosas en la población drogodependientes así como a los problemas de salud mental. También para la detección precoz e intervención preventiva.
- **Ministerio del Interior**, para la coordinación de sus planes de ocio y educativo con las actividades de prevención de los PAD en estos contextos; con la **DGT** para la formación de profesionales de autoescuelas y programas de prevención de accidentes. Con **Instituciones Penitenciarias**, para extender el protocolo de coordinación existente que garantice la continuidad y la integralidad en la asistencia e incorporación social de las personas drogodependientes.
- Entre los **Planes Autonómicos de Drogas**, siguiendo el modelo de trabajo del 2º Plan de Acción 2009-16, para el intercambio de buenas prácticas, la homogeneización de sistemas de información y evaluación, consenso en criterios y carteras de servicios

Figura 1.2. Perfiles de Coordinación CCAA-Organismos públicos. Puntuación media de los PAD (Fuente PAD).

COORDINACIÓN (0-3)
0: Ninguna coordinación.
1: Coordinación Baja: reuniones puntuales.
2: Coordinación Media: grupos de trabajo para el desarrollo de proyectos puntuales.
3: Coordinación Alta: convenios de colaboración, grupos de trabajo estables para el desarrollo de proyectos coordinados, protocolos de coordinación escritos.

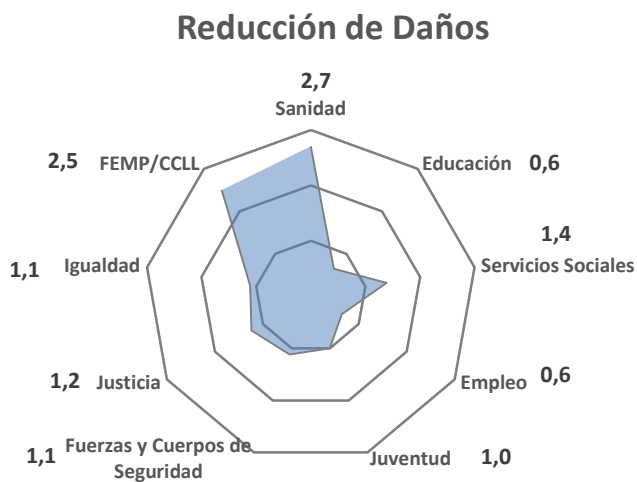
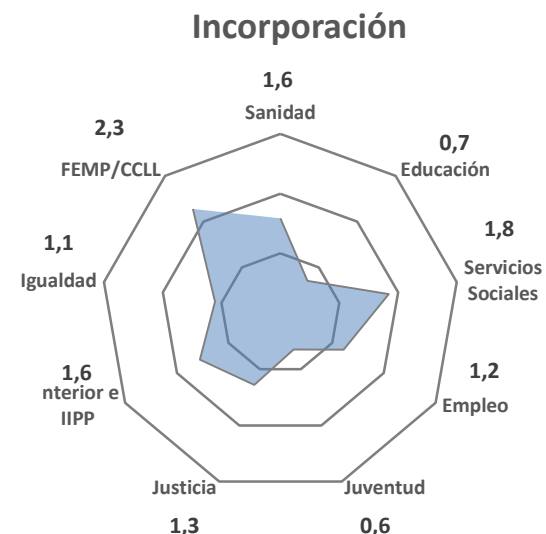
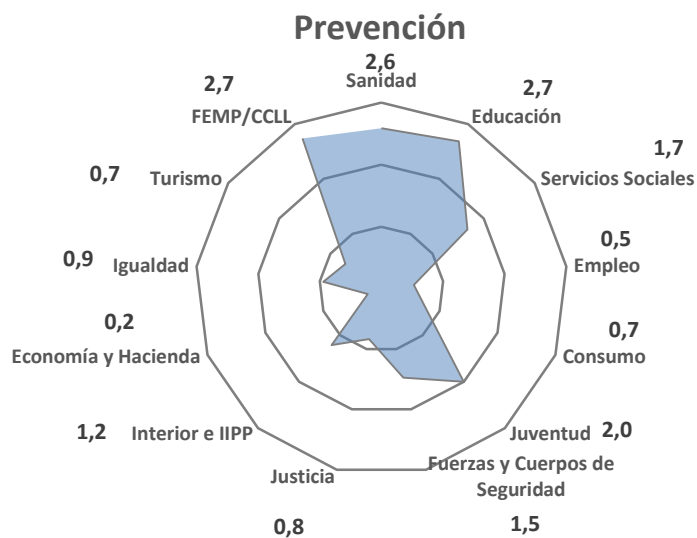
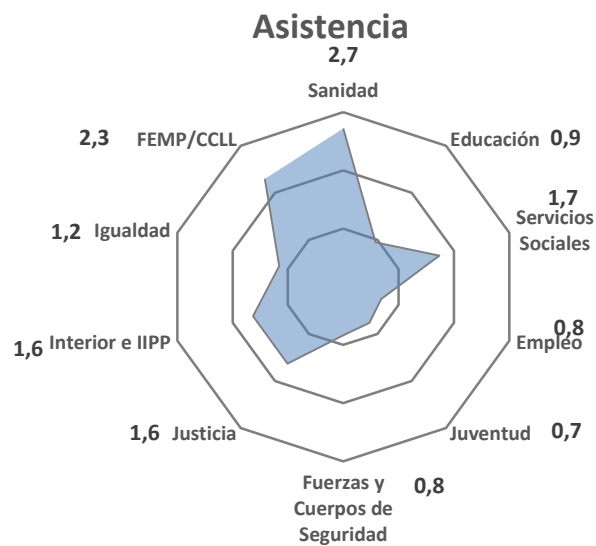
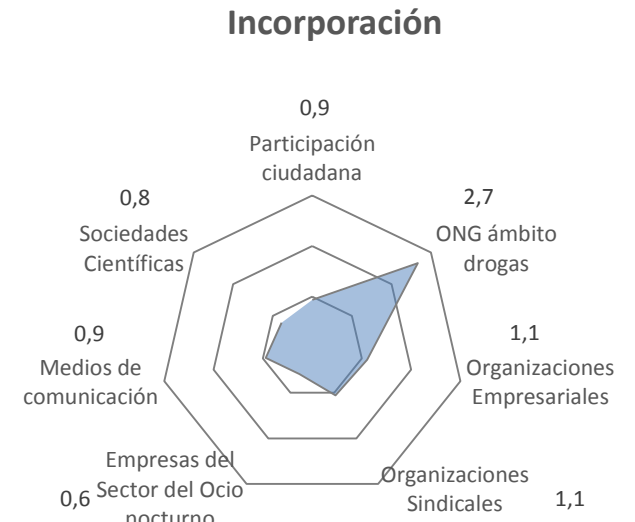
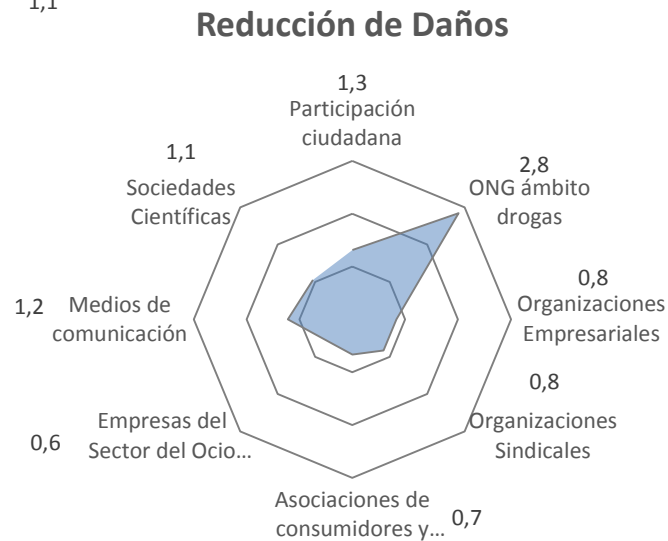
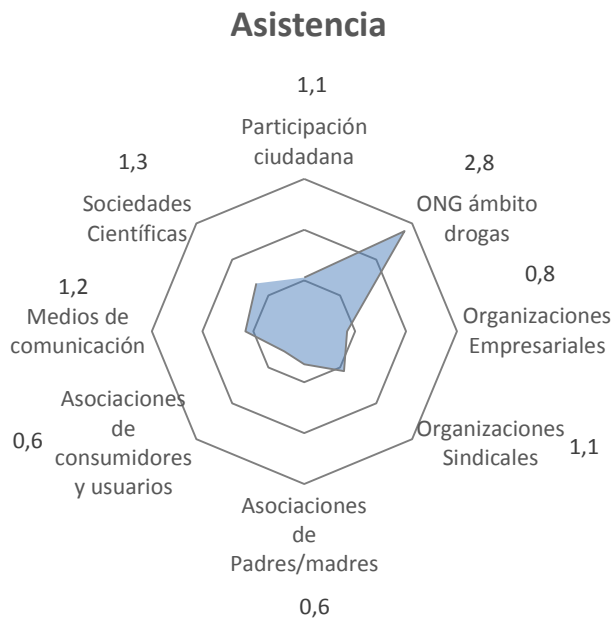


Figura 1.3. Perfiles de Coordinación CCAA-Sociedad civil. Puntuación media de los PAD (Fuente PAD)

COORDINACIÓN (0-3)
0: Ninguna coordinación.
1: Coordinación Baja: reuniones puntuales.
2: Coordinación Media: grupos de trabajo para el desarrollo de proyectos puntuales.
3: Coordinación Alta: convenios de colaboración. grupos de trabajo estables para el desarrollo de proyectos coordinados, protocolos de coordinación escritos.



Conclusiones

El sector de las Drogodependencias es un Sector altamente coordinado, tanto con Instituciones Públicas como con la Sociedad Civil.

A nivel autonómico, los perfiles de coordinación son heterogéneos y además, diferentes en función del área de intervención:

1. En Prevención destaca la coordinación con Sanidad, Educación y Corporaciones Locales.
2. En Asistencia, con Sanidad.
3. En Incorporación Social, el grado de coordinación es menor con todos los sectores.

Recomendaciones

A nivel autonómico debe mejorar la coordinación, fundamentalmente en el área de Incorporación Social, y con las Sociedades Científicas en todas las áreas.

A nivel central se puede mejorar con los ámbitos de Educación, Empleo y Turismo, y potenciar la participación ciudadana.

Se deben promover proyectos colaborativos entre PAD, lo que ayudará a conseguir sinergias y aprovechar las fortalezas de los diferentes territorios.

Objetivo General 2: Promover una conciencia social sobre riesgos y daños



Objetivo General 2: Sensibilización social

La END propone como objetivo promover una conciencia social sobre los daños y costes asociados al consumo de drogas, incrementando la percepción del riesgo y promoviendo la corresponsabilidad social para la solución del problema.

Para lograr este objetivo las administraciones y las organizaciones no gubernamentales del sector realizan una importante labor informativa y sensibilizadora en distintos contextos: centros educativos y sanitarios, páginas web, contextos recreativos, lugar de trabajo, medios de comunicación, redes sociales.....

Tipología y cobertura territorial de los programas

Los programas y actividades de sensibilización pueden clasificarse en dos grandes grupos, según el medio de divulgación:

- Actividades en medios de comunicación.
- Actividades de sensibilización comunitaria, desarrolladas en centros sanitarios, escolares o contextos de ocio, con un enfoque de marketing social,

Hay diferentes perfiles de comunicación entre los PAD: 10 de ellos se inclinan más a la sensibilización comunitaria, 8 mantienen una actividad similar en ambos tipos de medios, mientras que solo uno (PAD Cataluña) está más claramente orientado a los medios de comunicación.

La sensibilización a través de medios de comunicación se ha desplazado de los medios tradicionales a internet. La actividad de sensibilización comunitaria con mayor cobertura es la realizada en los centros escolares, seguido de los centros sanitarios y los de ocio.

Figura 2.1. Programas de Sensibilización de las CC.AA. (Fuente PAD)

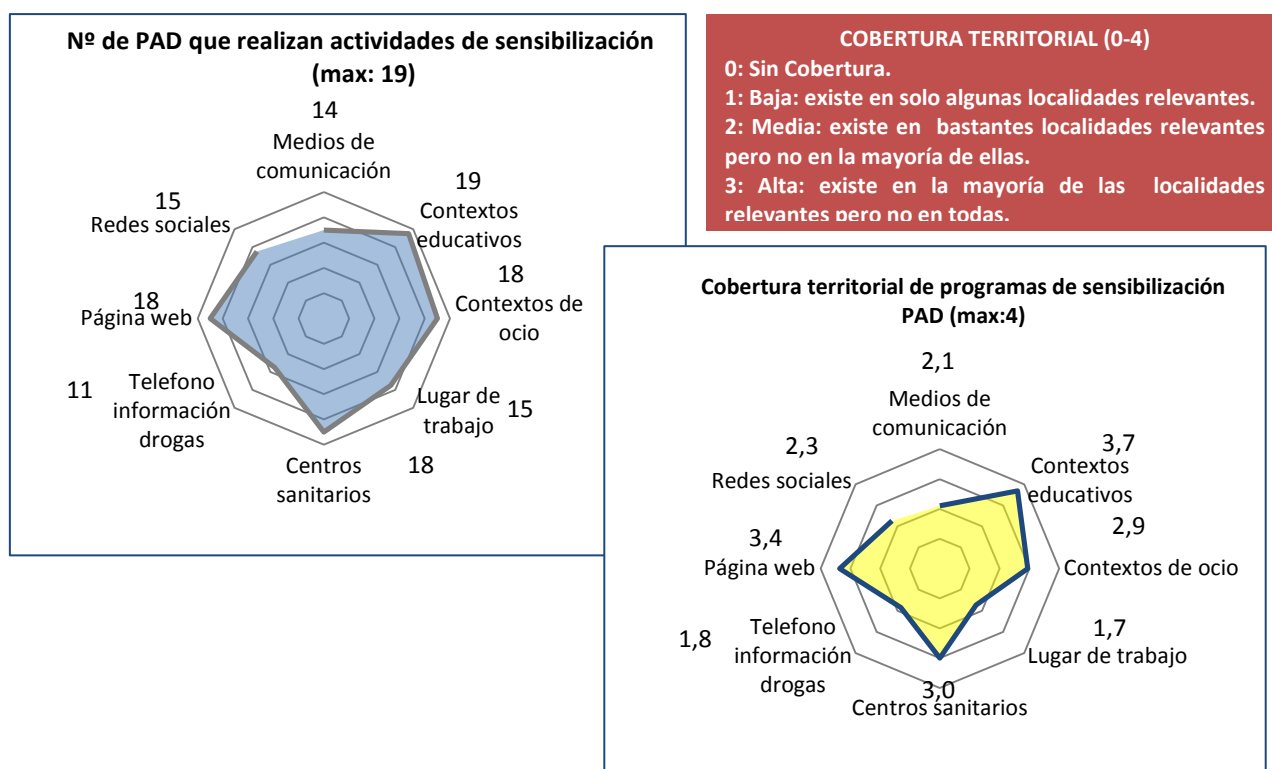
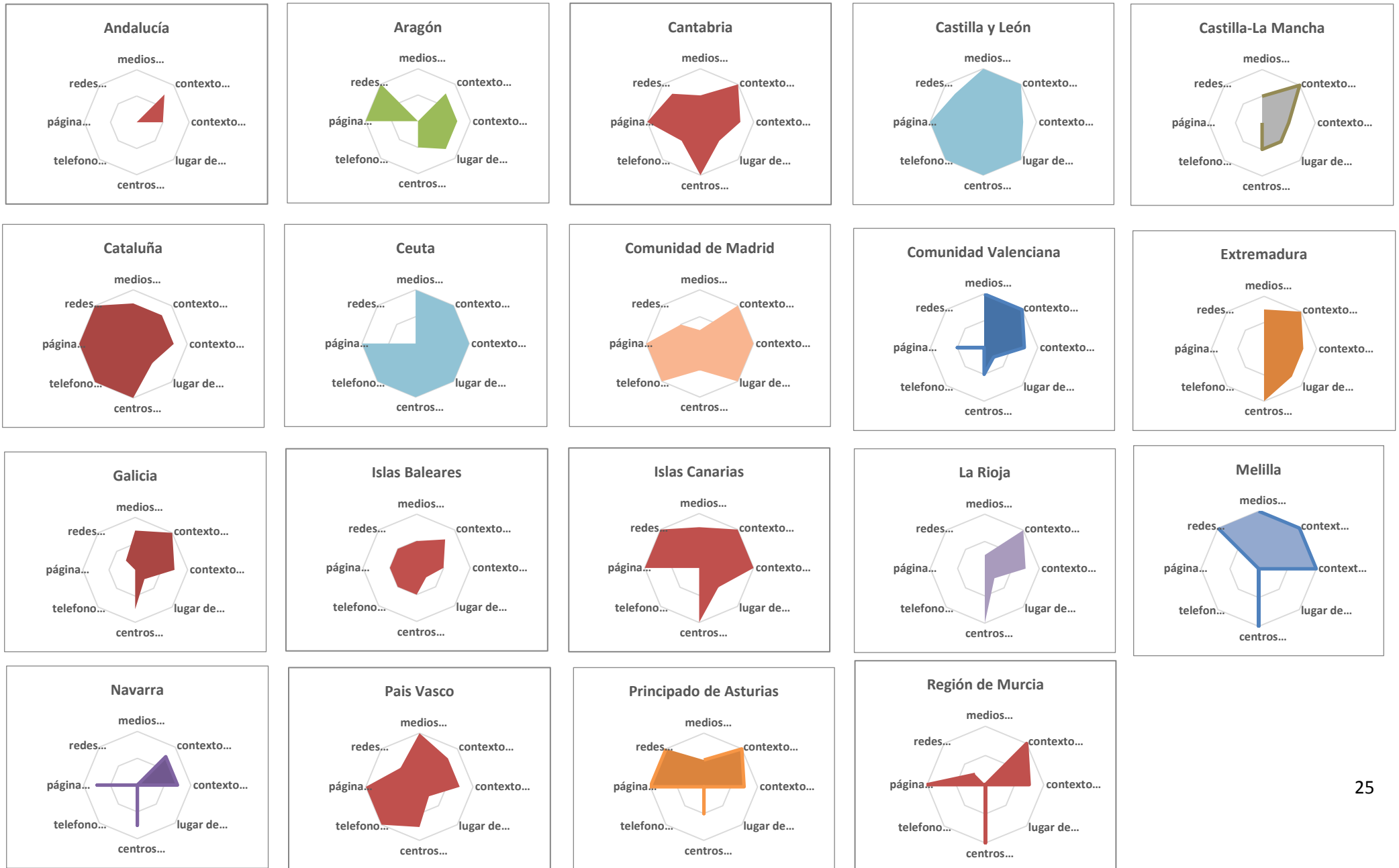


Figura 2.2. Perfiles de los Programas de Información y Sensibilización CC.AA. (Fuente PAD)

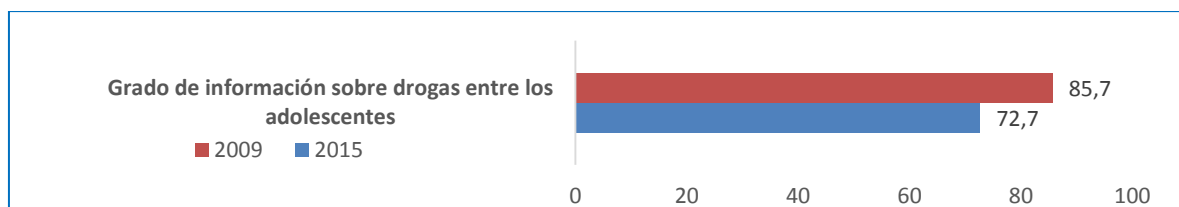


Cobertura poblacional

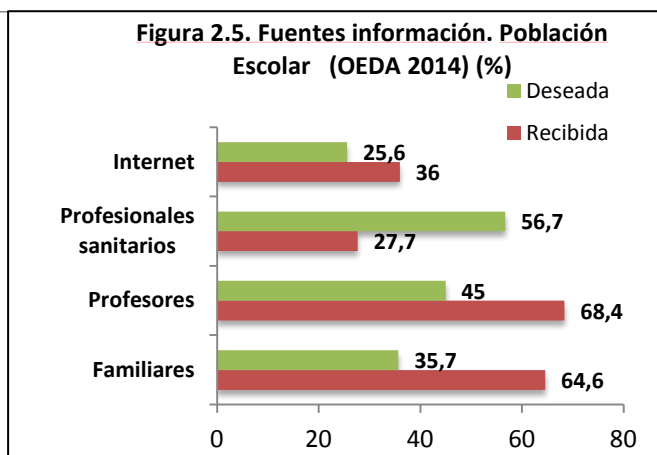
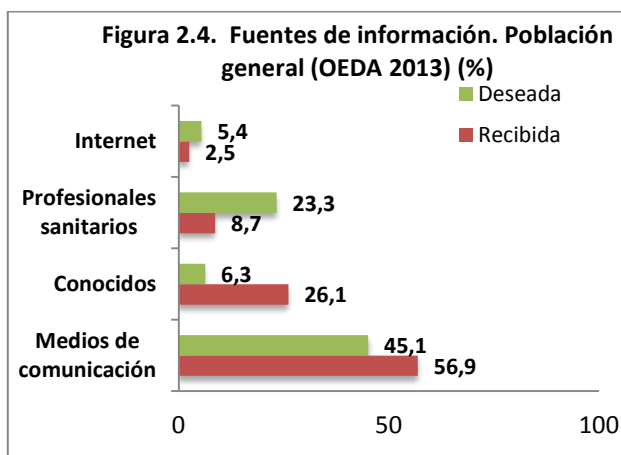
Es muy difícil saber la cobertura real de los programas y actividades de sensibilización, ya que no existen indicadores directos, pero sí podemos conocer el grado de información que perciben tener los ciudadanos; su valoración de las fuentes por las que les llega la misma, así como su percepción del riesgo y del problema de las drogas en general.

No hay datos sobre el grado de información en la población general, pero sí en relación a los adolescentes escolarizados. Según la encuesta a estudiantes de E.S.O. de 14 a 18 años (ESTUDES) estos se sienten suficientemente informados sobre las drogas y sus riesgos, aunque algo menos que en 2009 (Fig. 2.3). Es difícil saber la calidad de la información recibida ya que las fuentes son muy diversas, tanto para adultos como para adolescentes. Para los adultos, la vía principal son los medios de comunicación, para los más jóvenes, el profesorado o sus propias familias (Fig. 2.4; 2.5).

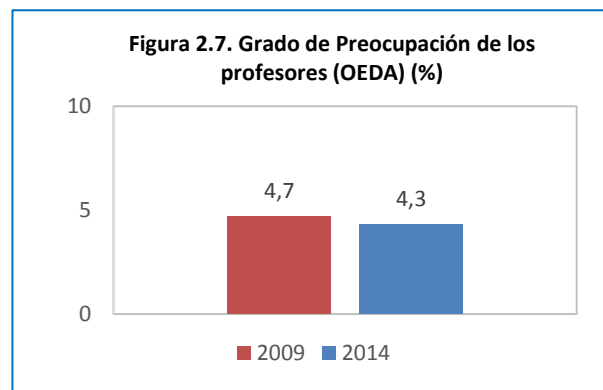
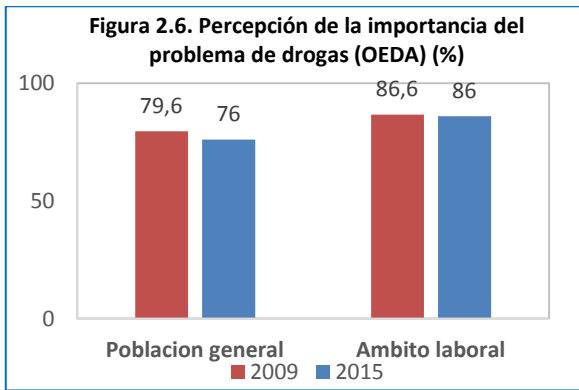
Figura 2.3. Información sobre drogas entre los adolescentes: Porcentaje de adolescentes que se sienten suficientemente informados (OEDA)



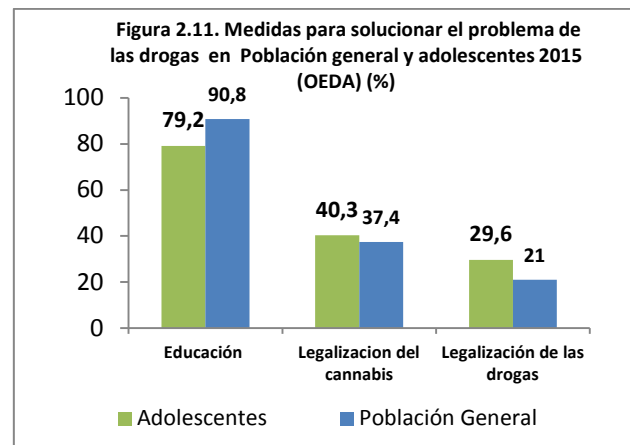
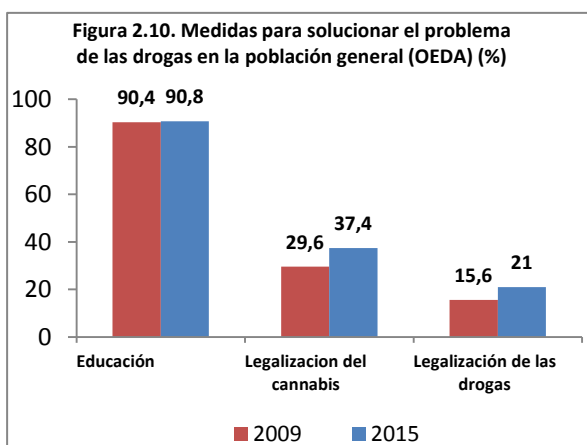
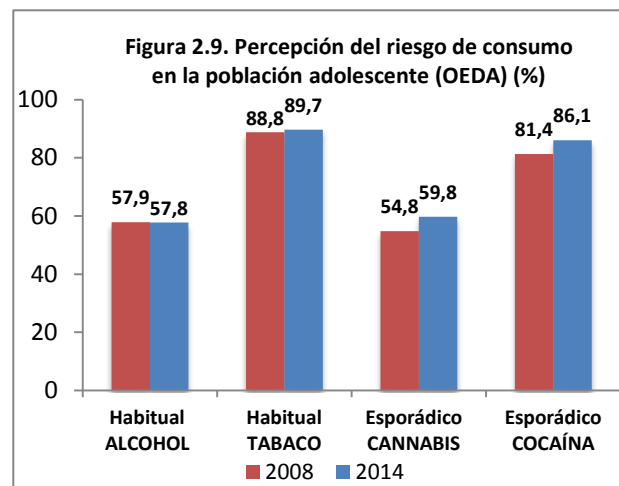
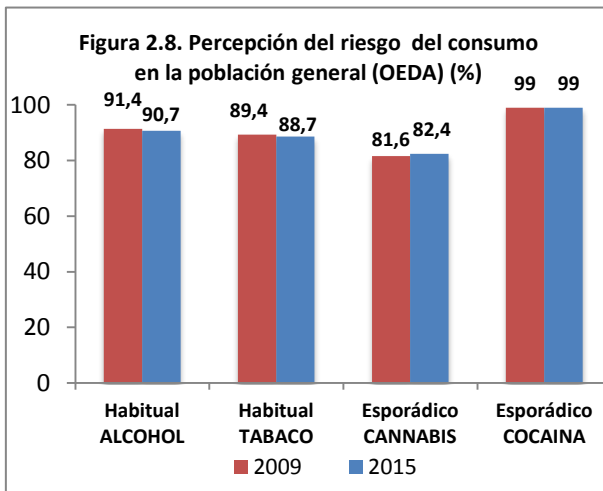
Existen ciertas discrepancias entre las fuentes de información preferidas por la población y las efectivas: los profesionales sanitarios parecen la fuente más creíble para los escolares, sin embargo es por la que menos información reciben.



Aunque según los datos del CIS el problema de las drogas no se sitúa entre las principales preocupaciones de los españoles, según las encuestas de la DGPNSD siguen siendo un problema relevante para más del 75 % de la población (Fig. 2.6.). La preocupación de los profesores también es relativamente alta, con un índice de 4,3 sobre 10 (Fig. 2.7.). No obstante en todos los casos esta preocupación ha descendido en el periodo de vigencia de la estrategia, coincidiendo también con una tendencia a la estabilización de los consumos de drogas.



Los cambios en la percepción del riesgo relacionada con los consumo de drogas muestran una estabilización en casi todos los casos, tanto entre adolescentes como en población general (Fig. 2.8). No obstante hay que señalar como relevante la baja percepción del riesgo del consumo de alcohol y de cannabis entre adolescentes que, aunque ha aumentado desde 2009, sigue siendo muy inferior a la de la población general. En cuanto a las medidas para solucionar el problema de las drogas, la educación sigue siendo la propuesta preferente; la legalización del cannabis es una medida que ha crecido en aceptación, sobre todo entre los más jóvenes (Fig. 2.10; 2.11).



Conclusiones

Todos los PAD realizan actividades de sensibilización en centros educativos, en sus páginas web y, en menor medida, a través de los medios de comunicación, que es sin embargo la fuente principal por la que la población recibe información sobre drogas.

La población recibe información sobre drogas por diversos canales, con diferente nivel de calidad y de credibilidad.

Hay discrepancia entre las actividades informativas y de sensibilización de los PAD y las fuentes de información preferidas por los y las adolescentes: los profesionales sanitarios son la fuente de información preferida por ellos e internet la menor.

Se ha conseguido incrementar la percepción del riesgo en adolescentes aunque sigue siendo baja para el consumo de alcohol y cannabis y significativamente menor que en la población general.

Recomendaciones

Hay que seguir insistiendo en la sensibilización sobre los riesgos, sobre todo en adolescentes, y modificar la percepción de “normalidad” de ciertos consumos (abuso de alcohol y consumo de cannabis).

El consenso en los mensajes sigue siendo una prioridad. El Plan de Comunicación del Plan de Acción sobre Drogas 2013-16 puede sentar las bases para ello.

En consonancia con las preferencias de la ciudadanía, hay que potenciar el papel de los profesionales sanitarios como fuente de información sobre los riesgos relacionados con el consumo de drogas.

Objetivo General 3. Desarrollar habilidades y capacidades personales.



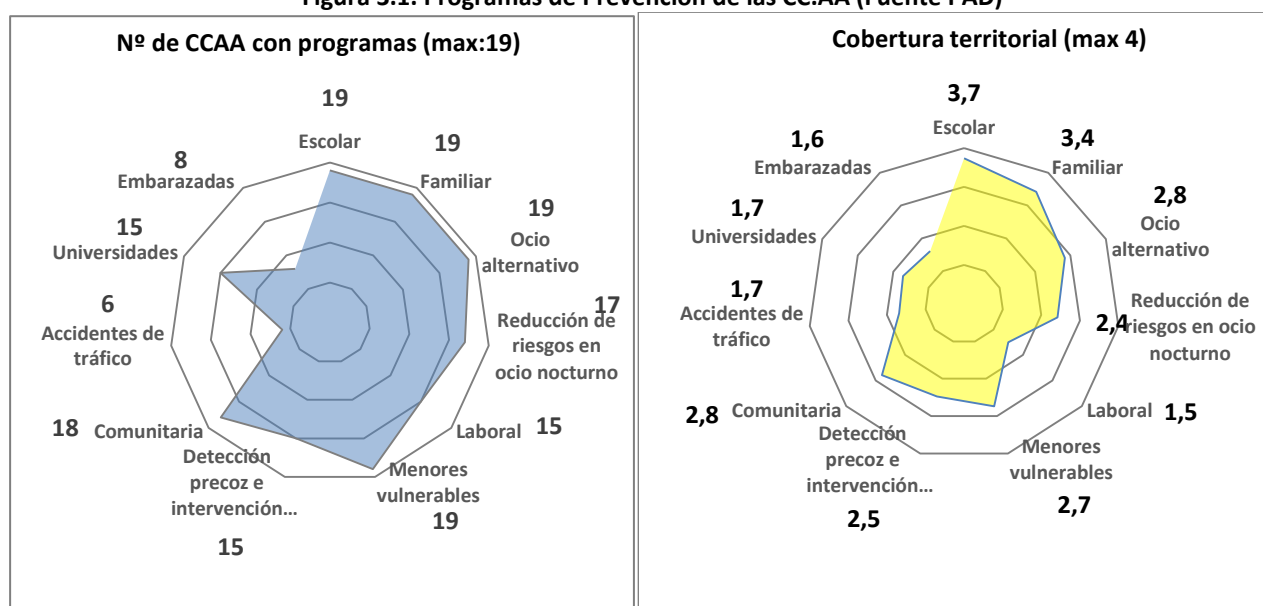
Objetivo General 3. Desarrollar habilidades y capacidades personales.

La END propone como objetivo aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas. Para conseguirlo, el sector de las drogodependencias pone en marcha programas dirigidos prioritariamente a adolescentes y jóvenes y a mediadores que intervienen con estas poblaciones.

Tipología y cobertura territorial de los programas

Tradicionalmente estos programas se remitían al contexto escolar pero con el tiempo, se han ido ampliando, incorporando cada vez a más sectores. Actualmente abarca numerosos ámbitos, estrategias y poblaciones destinatarias.

Figura 3.1. Programas de Prevención de las CC.AA (Fuente PAD)



En función del número de PAD que los implementan y de la cobertura territorial de los programas (ver baremo cuadro 4. Metodología) se puede hablar de tres categorías (Figura 3.2.):

1. Programas que parecen conformar una **cartera básica** común a todas las comunidades autónomas y con coberturas amplias: entrarían en este grupo los programas escolares, familiares, comunitarios; de ocio alternativo y para menores en riesgo
2. Programas que se aplican **en la mayoría de los territorios pero no en todos**: programas en universidades, ámbito laboral y detección e intervención precoz
3. Programas que existen **en algunos territorios pero no en la mayoría**: programas para embarazadas y de prevención de accidentes de tráfico:

Según esta clasificación, podemos distinguir **tres tipos de perfiles de los PAD**:

- Perfil aumentado: PAD que incluyen más programas que la mayoría o con mayores coberturas: Cataluña, Castilla y León, Ceuta y Melilla
- Perfil medio: PAD con cobertura y/o tipología similar a la media nacional: Andalucía, Aragón, Canarias, Extremadura, Galicia, País Vasco
- Perfil reducido: PAD con cobertura y/o tipología menores que la media nacional: el resto de CCAA

Figura 3.2. Distribución de los programas de prevención de las CC.AA. (Fuente PAD)



El ámbito escolar sigue siendo el centro de la mayoría de los programas, con actuaciones dirigidas al alumnado y también a las familias. La estrategia prioritaria es la educación en habilidades para escolares y formación en pautas educativas para las familias.

Cobertura poblacional

En función de la cobertura poblacional se pueden hacer dos grandes grupos

- Por un lado programas de alta cobertura donde se incluyen los programas universales, implementados en los centros escolares y espacios de ocio (programas de ocio alternativo) con coberturas que superan las 100.000 personas en el territorio nacional
- Resto de los programas de cobertura media y baja, que no llegan a las 100.000 personas, es el caso de los programas familiares; de menores vulnerables (de alta cobertura territorial) y del resto de programas.

En cuanto a las tendencias, se reduce el número total de los participantes en programas de prevención.

Figura 3.3. Participantes en programas de prevención en España 2009-16. (Memoria PND)

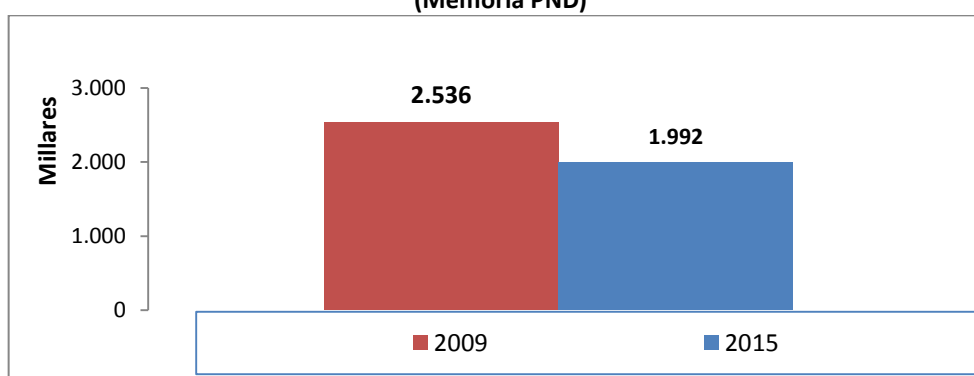
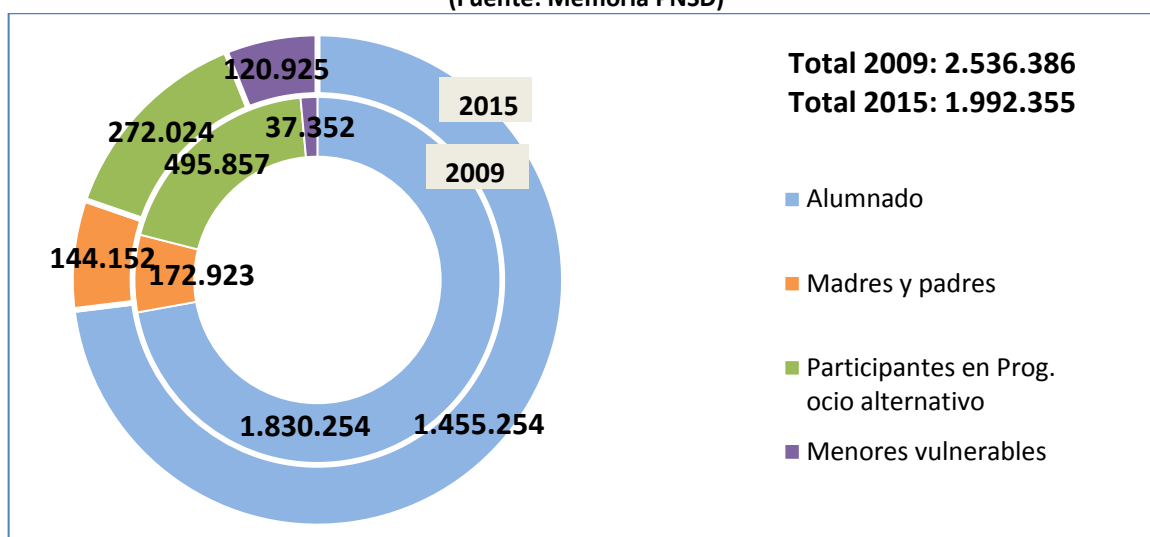
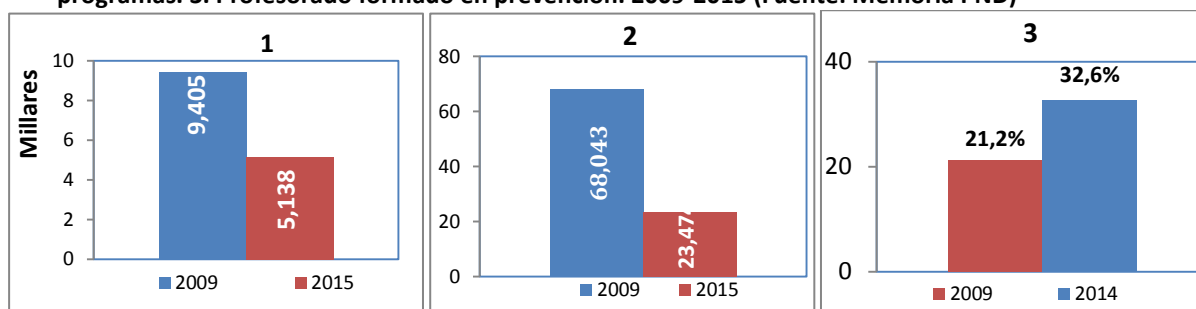


Figura 3.4. Principales destinatarios de los programas de prevención en España 2009-2015
(Fuente: Memoria PNSD)



- Estos descensos pueden estar explicados por los recortes presupuestarios en el área de la prevención (ver Fig. 17.3; cap. Presupuestos), pero también puede estar motivado, en parte, por el descenso poblacional que afecta especialmente a los rangos de edad de los potenciales y principales destinatarios de los programas: los escolares*. De todas maneras el porcentaje de población escolar cubierta con programas preventivos ha descendido, pasando del 42,8 % en 2009 al 32,4 % en 2015.
- Los programas escolares son los más extendidos y los que mayor población alcanzan, aunque su cobertura ha descendido significativamente.
- En general, hay menos actividad de prevención en el ámbito educativo: desciende el número de centros participantes y de profesorado que aplica programas.
 - No obstante la actividad formativa continúa y crece, lo que parece indicar el interés del profesorado en el tema.
 - Este interés coincide con el grado de preocupación sobre las drogas entre este colectivo (Fig. 2.7. Sensibilización Social)

Figura 3.5. Prevención escolar. 1: Centros escolares con programas de prevención. 2. Profesorado que aplica programas. 3. Profesorado formado en prevención. 2009-2015 (Fuente: Memoria PND)



- Los programas de ocio alternativo, también de amplia implantación, han descendido en cobertura.
- Los familiares, a pesar de su extensión territorial alcanzan coberturas significativamente menores, aunque estables.
- Los únicos programas que aumentan de forma notable su cobertura son los dirigidos a menores vulnerables.

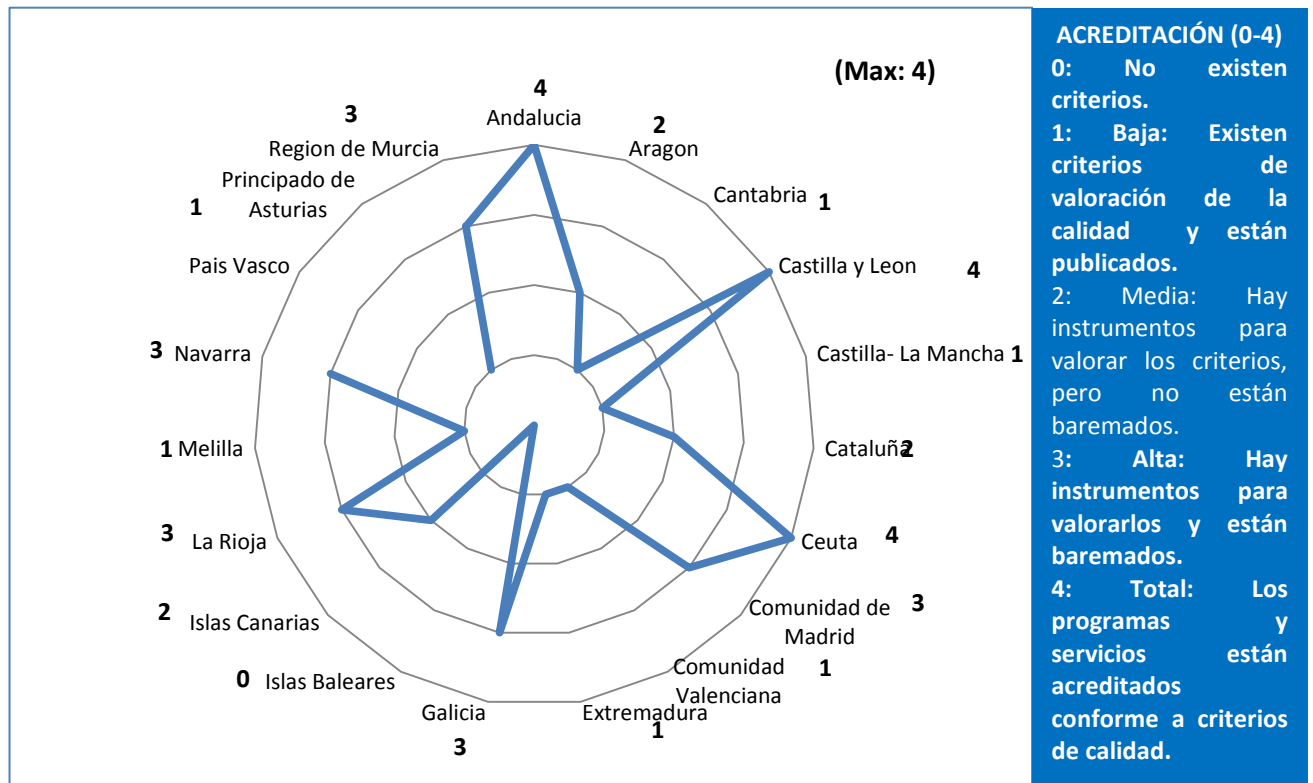
*Según datos del MEC, la población escolar de las etapas Segundo Ciclo de Infantil, Primaria y ESO, ha descendido en 310.000 alumnos en el periodo 2009-2016.
(<http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/no-universitaria/alumnado/matriculado.html>).

Calidad

El grado de calidad del Área de prevención es medio: algo más de la mitad de los PAD disponen de carteras de servicios y/o catálogos de programas de prevención

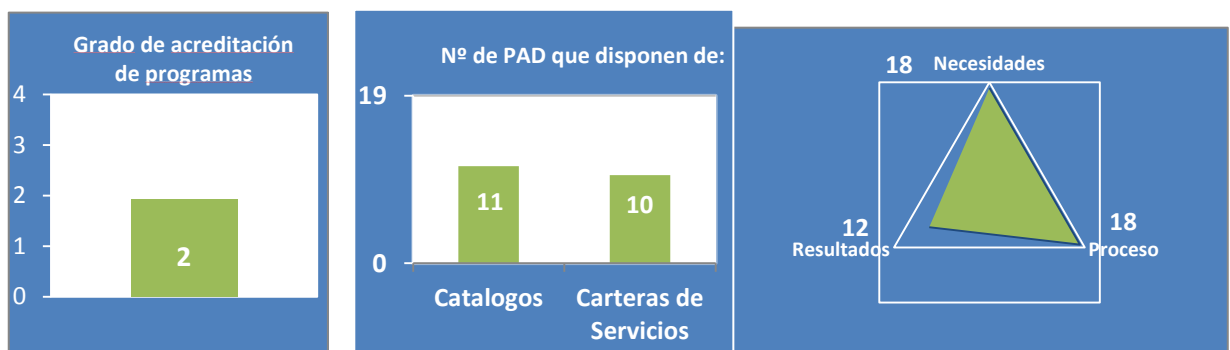
El nivel medio de acreditación corresponde, según el baremo utilizado, a la siguiente definición: “Hay instrumentos para valorar los criterios de calidad, pero no están baremados” aunque se observa una gran diversidad según el territorio.

Figura 3.6. Grado de acreditación de los programas de prevención de las CC.AA (PAD)



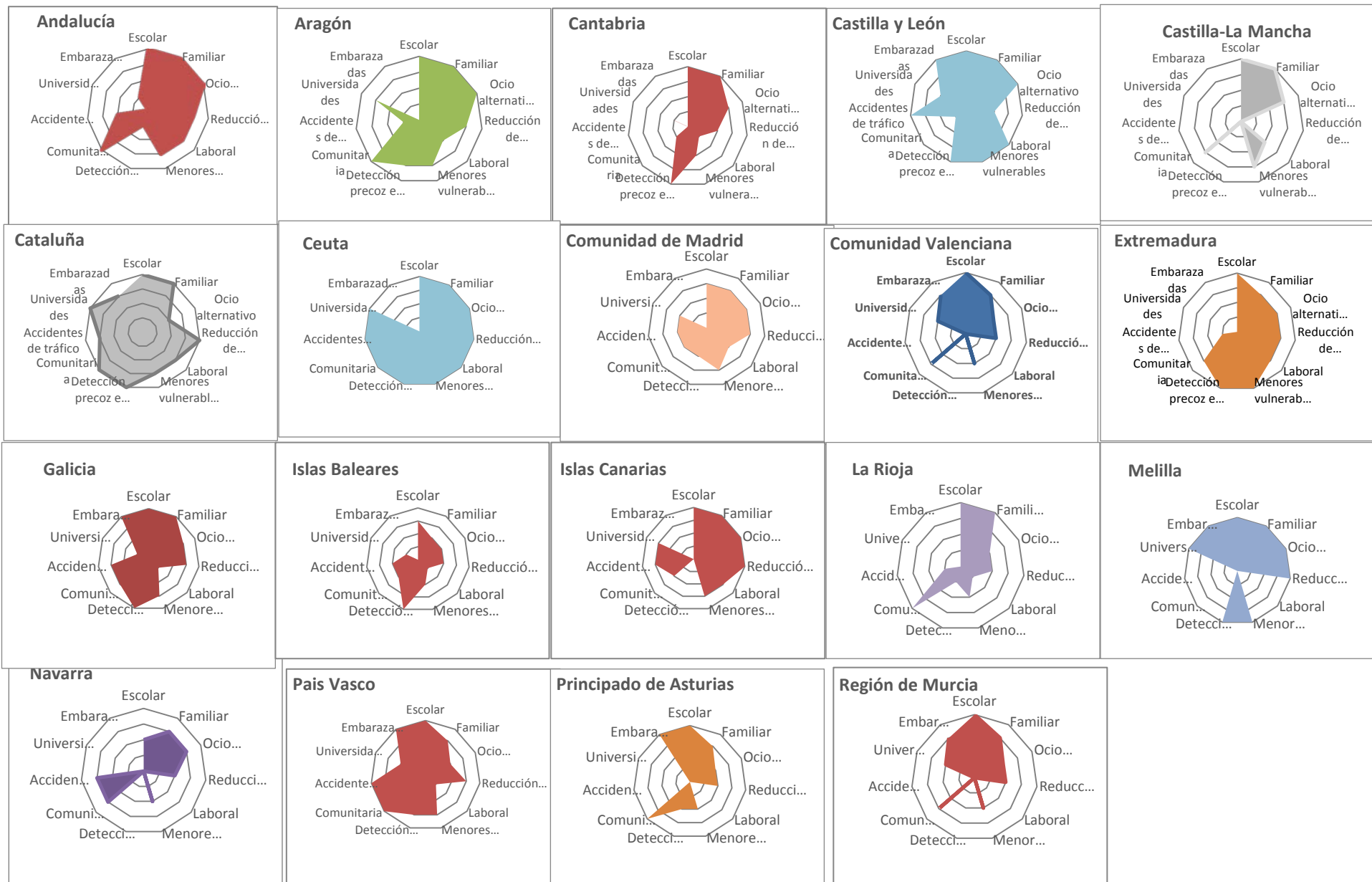
Tres de los 19 PAD alcanzan el nivel máximo, mientras que siete de ellos se sitúan en un nivel mínimo. El País Vasco no aporta información sobre este punto.

Figura 3.7. Sistemas de calidad en las CCAA (PAD)



En cuanto a la evaluación, todas las estrategias y planes desarrollados hasta la fecha han enfatizado la cuestión de la evaluación de programas y probablemente eso ha contribuido a que se hayan producido avances, especialmente en lo que se refiere a la evaluación de necesidades y de procesos, aunque en relación a la evaluación de los resultados, se debería seguir mejorando.

Figura 3.8. Perfil de Programas de prevención de las CC.AA (Fuente: PAD)



Conclusiones

La prevención en España es muy amplia y diversa. La estrategia prioritaria es la educación, especialmente la dirigida a adolescentes, con programas de prevención escolar universales.

En el periodo de vigencia de la Estrategia se ha reducido ligeramente la cobertura de los programas preventivos y se han modificado los destinatarios: han aumentado los menores vulnerables participantes en programas y disminuido los participantes en programas de ocio alternativo.

El grado de calidad de los programas de prevención en España es medio y la mitad de los Planes Autonómicos de Drogas disponen de carteras de servicios de prevención.

Recomendaciones

Es necesario reforzar intervenciones basadas en la evidencia (prevención familiar y ambiental) y potenciar sectores relevantes en los que el desarrollo es menor (sanitario, universitario)

Hay que mejorar la acreditación de programas preventivos y garantizar que los que se implementan pasan por filtros de calidad. También hay que avanzar en la homogeneización de la oferta en el territorio nacional.

Debe seguir reforzándose el trabajo de prevención selectiva con las poblaciones más vulnerables.

La evidencia muestra que la prevención es costo-eficiente. Es necesario hacer un esfuerzo para garantizar la cobertura universal de los programas de prevención que demuestran ser efectivos.

Objetivo General 4: Retrasar la edad de inicio.

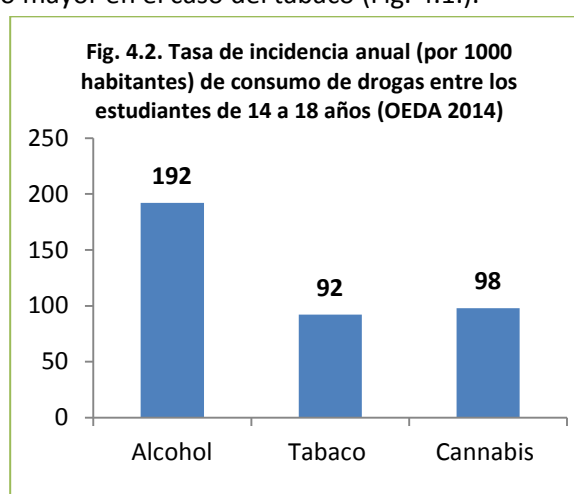
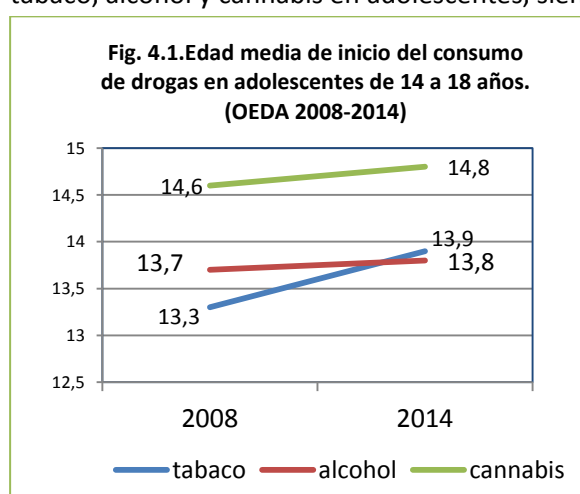


Objetivo General 4: Retrasar la edad de inicio.

Se trata del primero de los 3 objetivos finales de la END: una gran parte de la actividad del PND, especialmente lo que se refiere al área de prevención, va dirigida a conseguirlo. La razón de su importancia es que cuanto antes se empieza a consumir, más probabilidad hay de desarrollar problemas de abuso y adicción. Además, los daños producidos por las drogas son mucho mayores en las etapas de desarrollo y maduración.

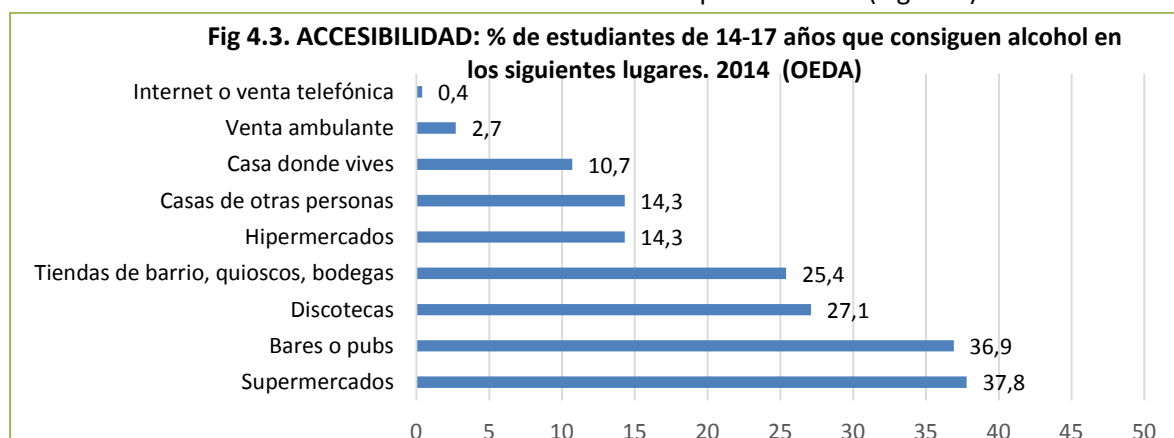
Para su análisis se han utilizado indicadores directos, sobre su grado de logro, e indirectos, sobre variables mediadoras identificadas en la literatura, tales como la accesibilidad, disponibilidad percibida, la percepción de normalidad y factores relacionados con la supervisión familiar.

Según los datos del OEDA, se ha logrado un pequeño retraso en la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes, siendo mayor en el caso del tabaco (Fig. 4.1.).

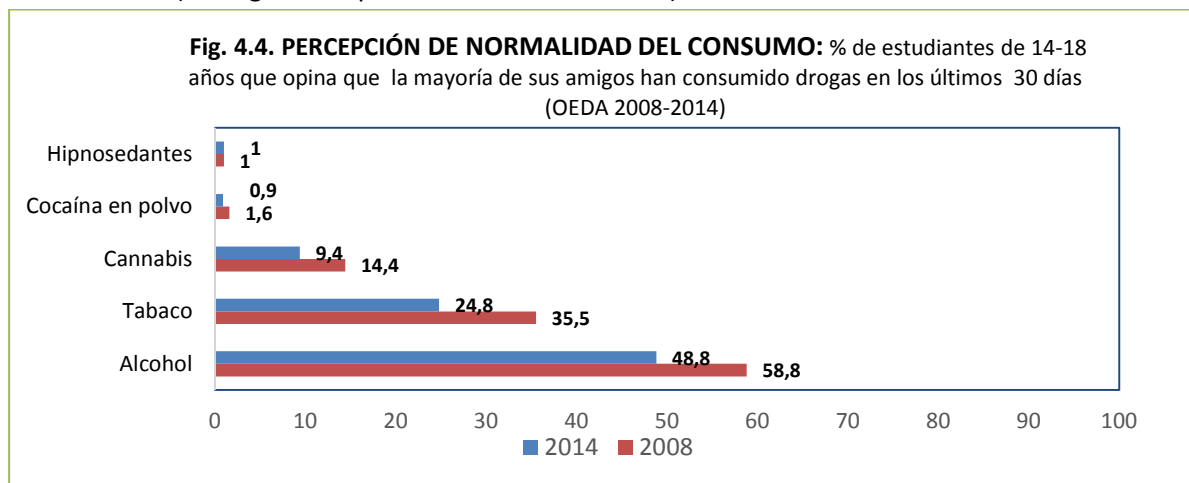


En cuanto a las variables mediadoras del inicio en el consumo se observa lo siguiente:

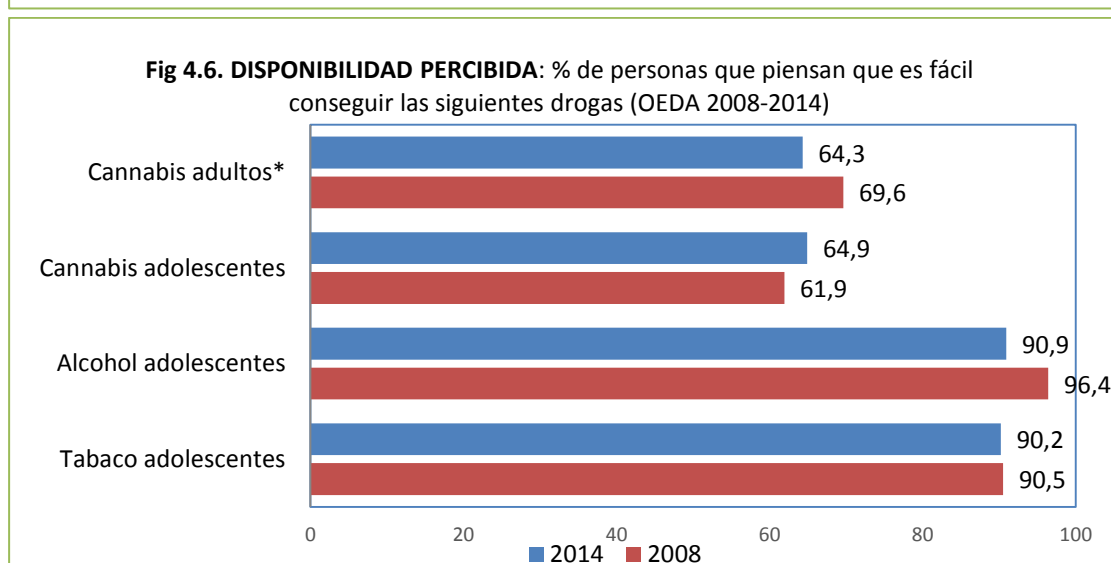
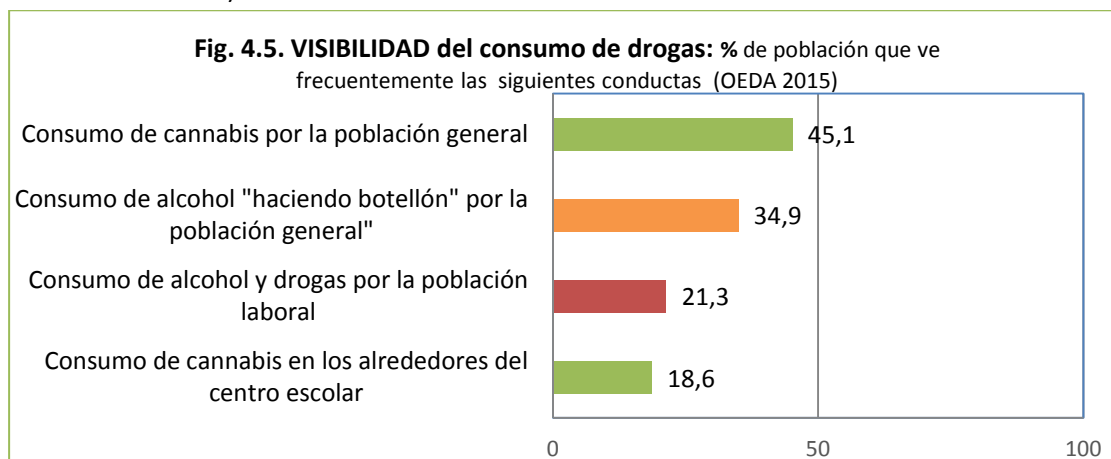
- El alcohol y el cannabis son drogas percibidas como altamente accesibles para los menores. En el caso del alcohol esta **accesibilidad** es prácticamente total, aunque ha bajado ligeramente respecto del 2008. Los menores consiguen el alcohol con gran facilidad en tiendas y negocios de uso cotidiano (Fig. 4.3.). Llama la atención que el 10% lo consiguen en su propia casa. En el caso del cannabis, la accesibilidad es menor, pero también alta: los adolescentes perciben que pueden conseguir esta droga con la misma facilidad que los adultos. Además esta percepción de facilidad de acceso del cannabis se incrementa respecto a 2008 (Fig. 4.6.).



- El consumo de cannabis se percibe como muy **“normalizado”** (Fig. 4.4.) aunque esto no coincide con la realidad; ya que la mayoría de los adolescentes nunca han probado esta sustancia (ver Fig. 5.7. Cap. Reducción del consumo).

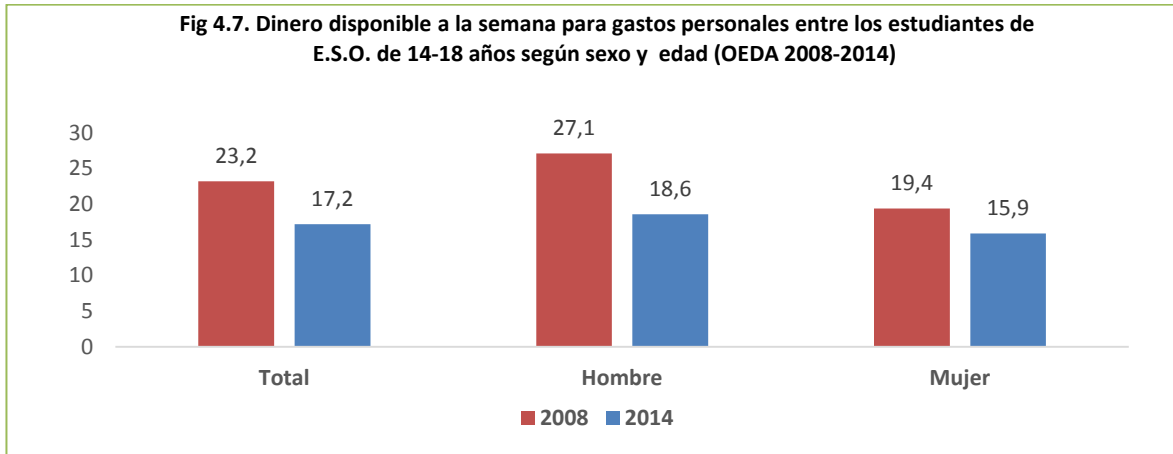


- Un dato importante, reflejo de la normalización del consumo de cannabis, es su alta **visibilidad** (Fig. 4.5.) tanto para la población general como para la escolar: más de la mitad de la población ve frecuentemente fumar porros en la calle; en el caso de los centros educativos también ocurre (cerca del 20% de los profesores suelen ver fumar cannabis en los alrededores del centro escolar).

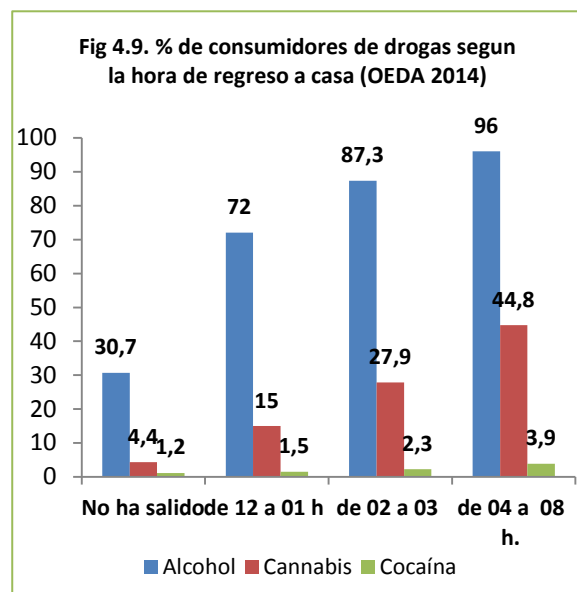
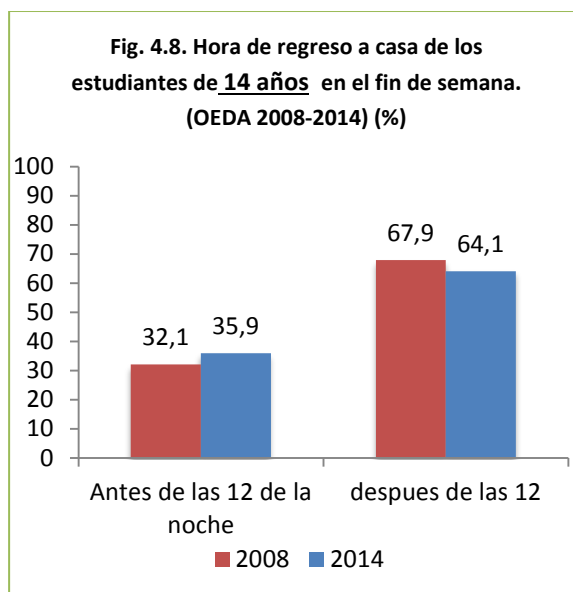


Han mejorado algunos factores mediadores relacionados con el consumo y con el papel de los padres y madres en la prevención:

- Los adolescentes disponen de un dinero más ajustado para sus gastos personales (Fig. 4.7.).



- También, la hora de regreso a casa por la noche durante los fines de semana, que es un factor especialmente relacionado con el consumo, se ha adelantado respecto a 2009, lo que parece indicar una mejora del control paterno sobre variables muy relacionadas con el consumo. No obstante, entre los de 14 años, la mayoría regresa a casa después de las 12 de la noche. (Fig. 4.8; 4.9.)



En definitiva: han mejorado prácticamente todos los indicadores relacionados con la edad de inicio: los adolescentes comienzan a consumir drogas más tarde y los factores de riesgo contextual y familiar se han reducido. Es difícil saber hasta qué punto estos cambios se pueden atribuir a los esfuerzos realizados en prevención o a la propia crisis económica sufrida en el periodo de la Estrategia, que afecta en general al consumo.

CONCLUSIONES

Se ha logrado un pequeño retraso en la edad de inicio. Se han reducido algunos factores de riesgo ambientales: el consumo está menos “normalizado” y la percepción de disponibilidad de las drogas se ha reducido, excepto para el cannabis.

El consumo de cannabis se percibe como “normalizado”, aunque esto no coincide con la realidad; además se percibe como una droga altamente accesible, sobre todo para los adolescentes.

Los adolescentes acceden al alcohol con relativa facilidad, y lo hacen en establecimientos de uso cotidiano.

Han disminuido algunos factores de riesgo relacionados con el consumo y con el papel de los padres y madres en la prevención: los menores regresan antes a casa por la noche y el dinero del que disponen se ajusta más a su edad y a sus necesidades reales.

RECOMENDACIONES

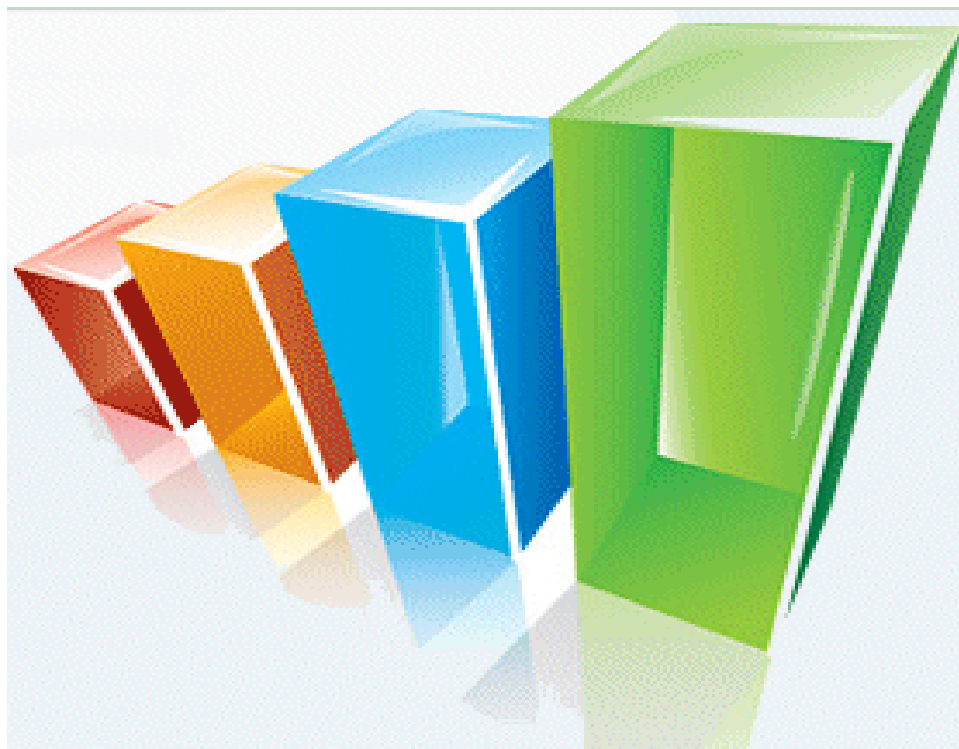
Hay que mantener el objetivo de retrasar la edad de inicio, dada su relevancia en las trayectorias de consumo y las consecuencias del mismo; más graves cuanto antes se produce dicho inicio.

La sensibilización social sobre el consumo de alcohol en adolescentes es un paso previo y necesario para poner en marcha medidas eficaces que retrasen la edad de inicio, y que limiten el acceso de los menores al alcohol en línea con la evidencia existente en prevención ambiental.

Del mismo modo, deben continuarse y reforzarse las políticas y programas dirigidos a disminuir la “normalización” del cannabis.

Es fundamental implicar a los adultos en la prevención del consumo. Los programas de prevención familiar deben ser prioritarios, ya que según la evidencia son los que mejores resultados muestran.

Objetivo General 5: Reducir el consumo.



Objetivo general 5: Reducir el consumo

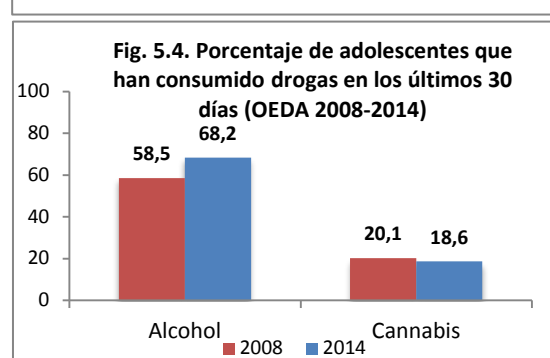
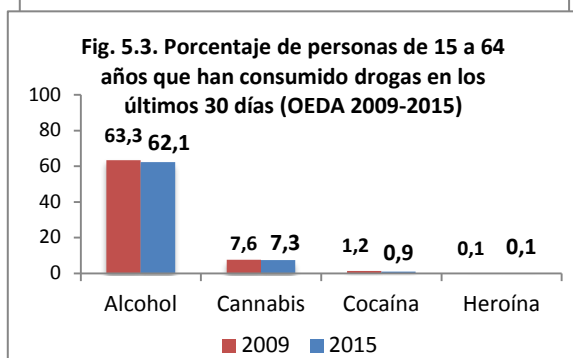
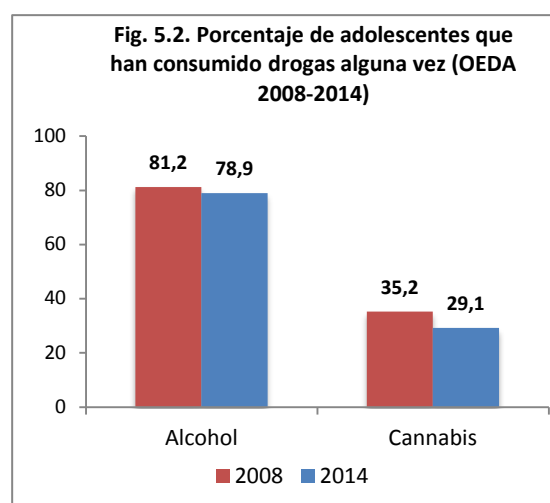
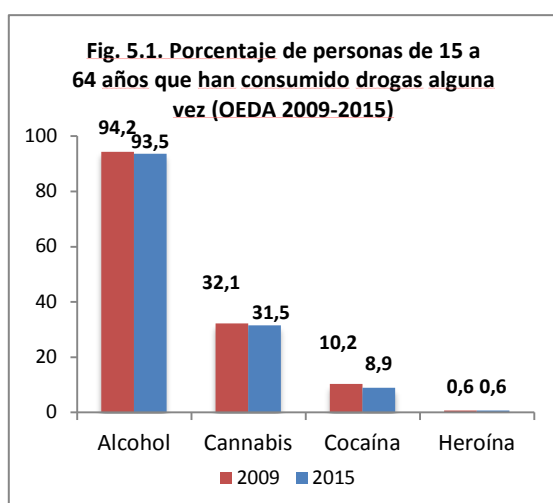
Es el segundo de los tres objetivos finalistas de la END y con él se persigue por un lado reducir el número de personas consumidoras de drogas (prevalencia e incidencia); por otro reducir al máximo el consumo problemático.

Los indicadores disponibles para valorar el grado de logro de este objetivo son los siguientes:

- Evolución temporal de la **prevalencia del consumo y del NO consumo** en población general y en **adolescentes**.
- Incidencia del consumo (número de nuevos consumidores en el último año)** en ambas poblaciones.
- Evolución temporal de los patrones de **consumo problemático** en ambas poblaciones.

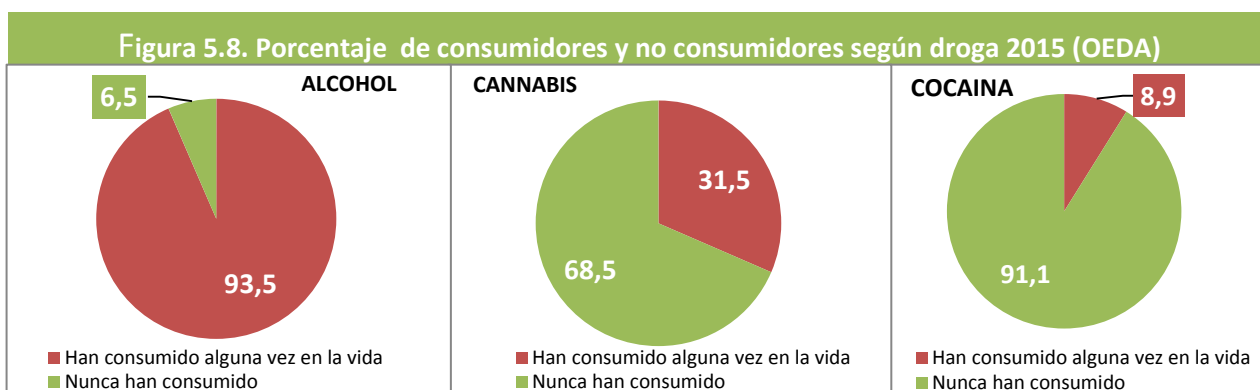
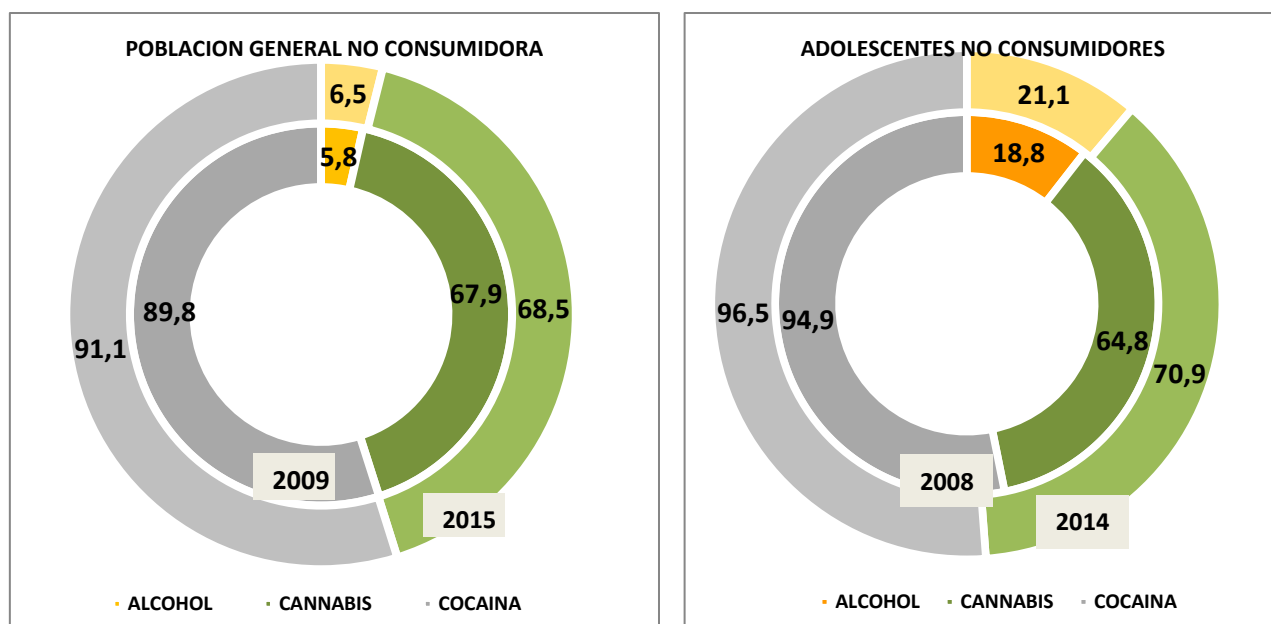
En cuanto a los resultados conseguidos respecto de este objetivo, son los siguientes:

- Evolución temporal de la **prevalencia del consumo y del NO consumo** en población general y en adolescentes.
 - En la **población general**, se ha reducido ligeramente el **consumo experimental y ocasional de drogas**. La mayor reducción se produce en el caso de la cocaína, aunque en términos generales se puede decir el consumo está estabilizado (Fig. 5.1; 5.3)
 - Entre los **adolescentes** también se **ha reducido el consumo experimental**, y de manera significativa en el caso del **cannabis**. En el caso del **consumo ocasional se incrementa** de manera significativa el de alcohol y desciende ligeramente el de cannabis (Fig. 5.2; 5.4).



- La única droga con un consumo generalizado entre la población, tanto adulta como adolescente, es el alcohol, que es también la droga que más daños y costes produce en la sociedad, precisamente por la extensión de su consumo. El resto de las drogas son de uso minoritario, aunque, como ocurre con el cannabis, los niveles de consumo sean significativamente altos. En este caso hay que señalar que casi el 70% de la población no lo ha probado, en contra de lo que percibe la sociedad que la ve como una droga “normalizada” (Fig. 5.7; 5.8.).

Fig. 5.7. Porcentaje de población general y población adolescentes no consumidora de drogas (OEDA)

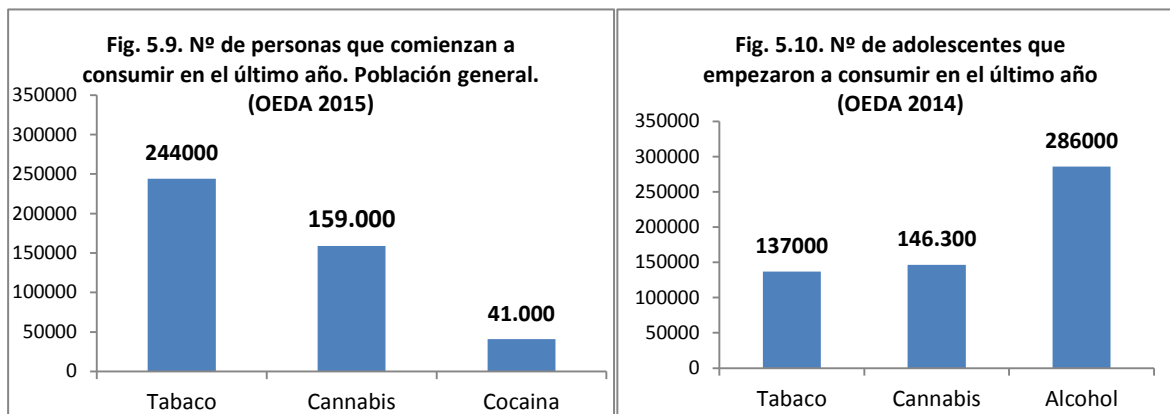


b) **Incidencia del consumo (número de nuevos consumidores en el último año)** en ambas poblaciones.

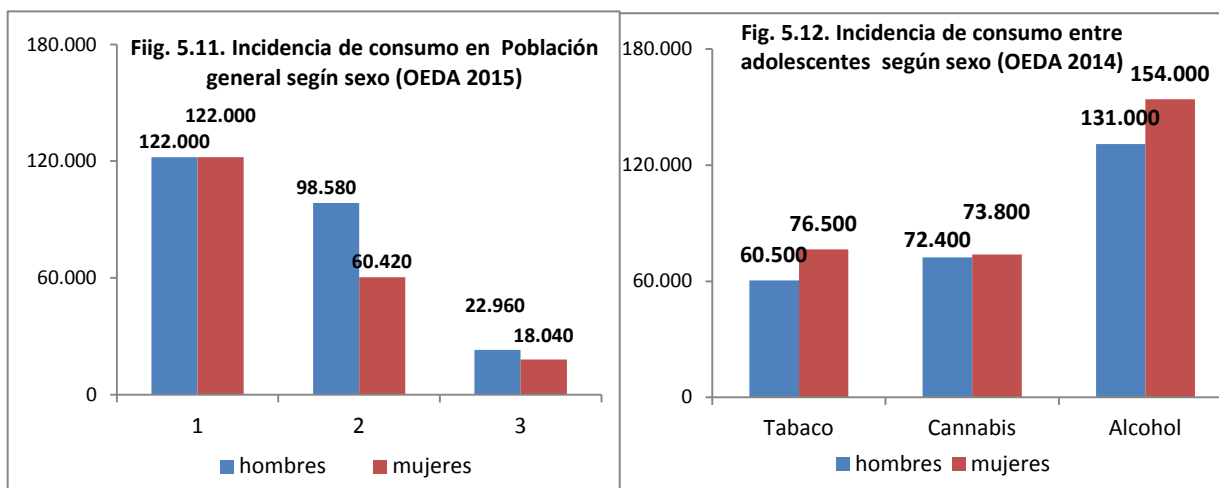
Este es un indicador relativamente nuevo, por lo que no se puede ver su evolución en el periodo estudiado. Además, en el caso del alcohol solo se incluye el dato para la población adolescente, ya que entre adultos su consumo está generalizado.

Dejando aparte el alcohol, el tabaco es la sustancia con mayor incidencia de consumo en la población general, seguida del cannabis y la cocaína, en coherencia con los datos de prevalencia de cada droga (Fig. 5.9.).

En cuanto a las diferencias según sexo, en la población general la incidencia es mayor en hombres para cannabis y cocaína, siendo similar para el tabaco (Fig. 5.11.).

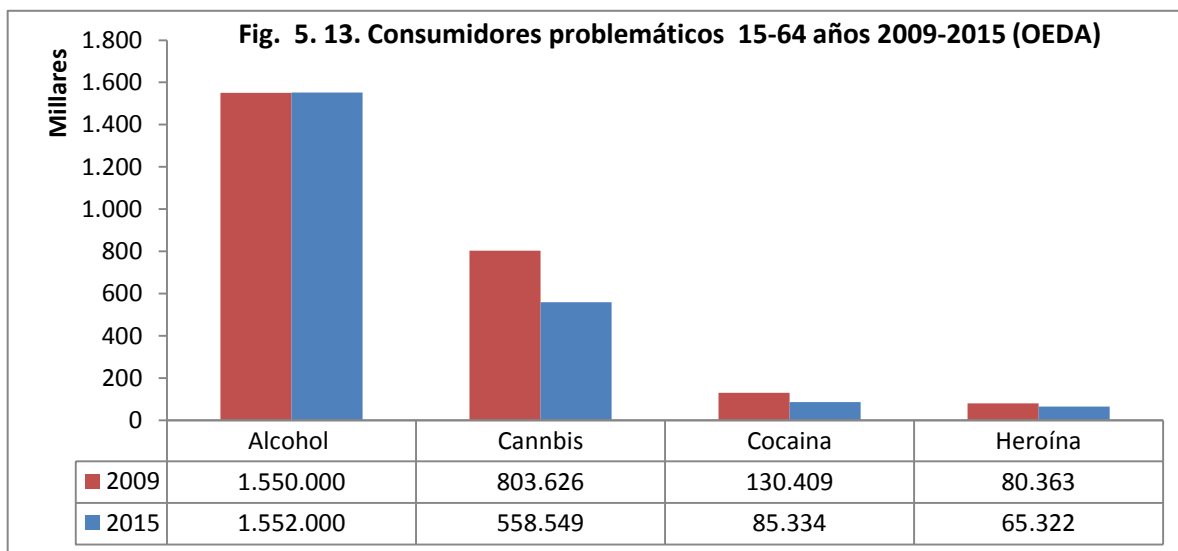


En población adolescente las cosas cambian: en el caso del cannabis el número de adolescentes que indican su consumo en el último año es muy similar al de adultos y el número de adolescentes que comienzan a consumir cánnabis es mayor que el de los que empiezan a consumir tabaco (Fig. 5.10). Además, las diferencias entre ambos sexos son importantes: la incidencia del consumo de tabaco y alcohol es mayor en mujeres (Fig. 5.11.).

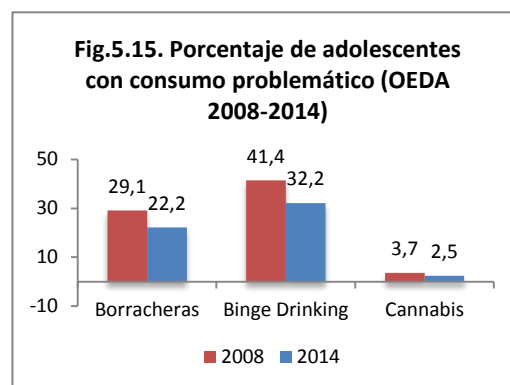
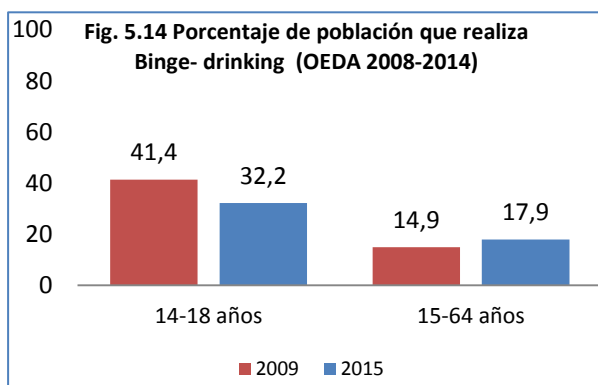


c) Evolución temporal de los patrones de **consumo problemático en ambas poblaciones.**

El consumo problemático de drogas en España se ha reducido de manera significativa en el periodo de vigencia de la END para la mayoría de las droga, excepto para el alcohol que se mantiene. Según las encuestas del PND, en España hay 1.552.000 personas de 15 a 64 años con un consumo problemático de alcohol (5% de la población española de esa edad) 558.549 de cannabis (1,8 %), 85.334 de cocaína (0,3%) y 65.322 de heroína (0,2 %). (fig. 5.13).

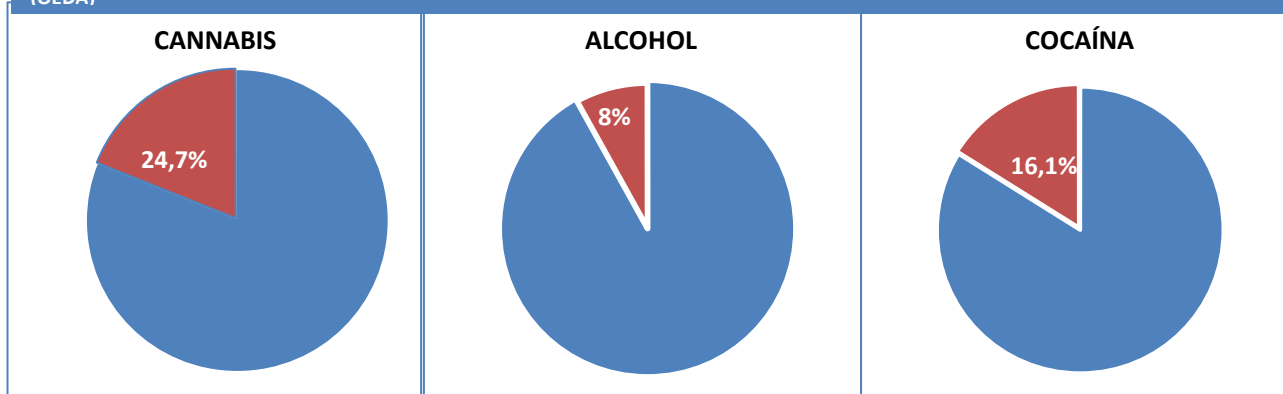


Entre adolescentes también se ha reducido de manera importante respecto a 2009, aunque a pesar de la mejoría algunos de los datos siguen siendo preocupantes. La tercera parte de esta población realiza consumo en atracón (binge.-drinking) y la cuarta parte se emborracha los fines de semana En el caso del cannabis los datos son muy positivos: disminuye el porcentaje de adolescentes consumidores problemáticos, en coherencia con las reducciones en prevalencia y el retraso de la edad de inicio (Fig. 5.15.).



En relación a la población general, casi la cuarta parte de los consumidores ocasionales de cannabis podrían cumplir criterios de diagnóstico de dependencia de esta sustancia, según muestran los datos de las encuestas del PND (escala CAST ≥ 4), lo que contra-argumenta la pretendida inocuidad de esta droga. En el caso del alcohol este porcentaje es mucho menor, lo que indica que hay un patrón de consumo moderado de esta droga. En un lugar intermedio se sitúa la cocaína (Fig. 5.16.).

Fig. 5. 16. Estimación del porcentaje de consumidores problemáticos en relación al número de consumidores ocasionales último año 2015 (OEDA)



CONCLUSIONES

En la población general se ha estabilizado el consumo experimental y ocasional de todas las sustancias, pero ha aumentado el consumo problemático. Ha aumentado el número de adolescentes con consumo de alcohol y con consumos problemáticos del mismo. El binomio alcohol-adolescencia sigue siendo un importante problema.

El número de consumidores problemáticos de cada droga representa un porcentaje más o menos fijo de los que experimentan con la misma. Por eso el número mayor corresponde al alcohol, seguido del cannabis, que son las drogas más consumidas.

El inicio en el consumo es de por sí un importante factor de riesgo, especialmente en el caso del cannabis, donde casi el 30% de los consumidores ocasionales desarrollan patrones de consumo problemático.

RECOMENDACIONES

Hay que insistir en la detección e intervención precoz de los consumos problemáticos. El contexto idóneo para realizar programas de este tipo es el sanitario, pero también hay otros: las universidades o el lugar de trabajo pueden ser contextos donde contactar y sensibilizar a poblaciones con consumos de alto riesgo.

La evidencia indica que, en relación a las estrategias para reducir los daños y costes provocados por el consumo, debe priorizarse la prevención universal y ambiental para las drogas más consumidas y la selectiva e indicada para el resto.

Objetivo General 6: Reducir los daños asociados.



Objetivo General 6: Reducir los daños asociados.

El consumo de drogas afecta negativamente a muchas esferas de la vida personal y social: está asociado a mortalidad, morbilidad y trayectorias vitales empobrecidas y conflictivas, afecta a las personas y sus familias, provoca daños a terceros e importantes costes económicos a la sociedad.

La información disponible sobre los costes y daños provocados por las drogas en nuestro país es parcial y limitada. Por un lado, los indicadores desarrollados no siempre tienen una cobertura amplia y representativa de los casos y situaciones que tratan de reflejar. Por otro, muchos aspectos señalados en la literatura internacional no quedan recogidos en el sistema de indicadores de la presente evaluación. No obstante contamos información suficiente nos permite realizar una aproximación al estado de situación y hacer una valoración del grado de logro del objetivo.

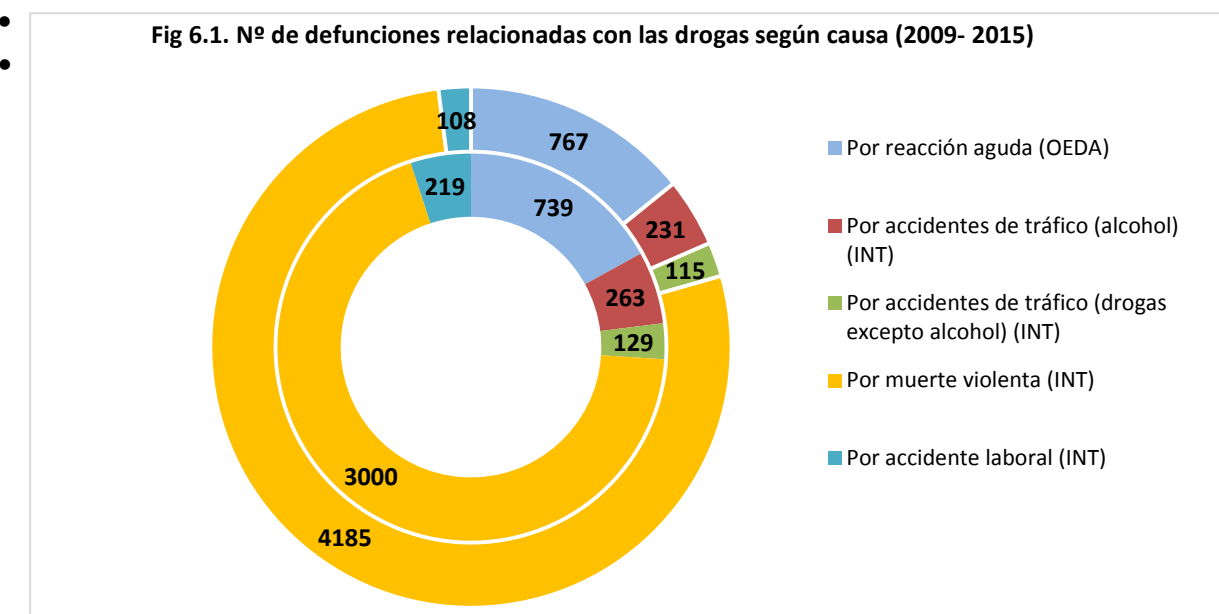
Los indicadores que se han utilizado en esta evaluación provienen de diversas fuentes y son los siguientes:

- Mortalidad relacionada con las drogas.
- Urgencias hospitalarias.
- Morbilidad (infecciones asociadas al consumo: VIH; VHC).
- Infracciones y delitos relacionados con el consumo de drogas y la conducción de vehículos.

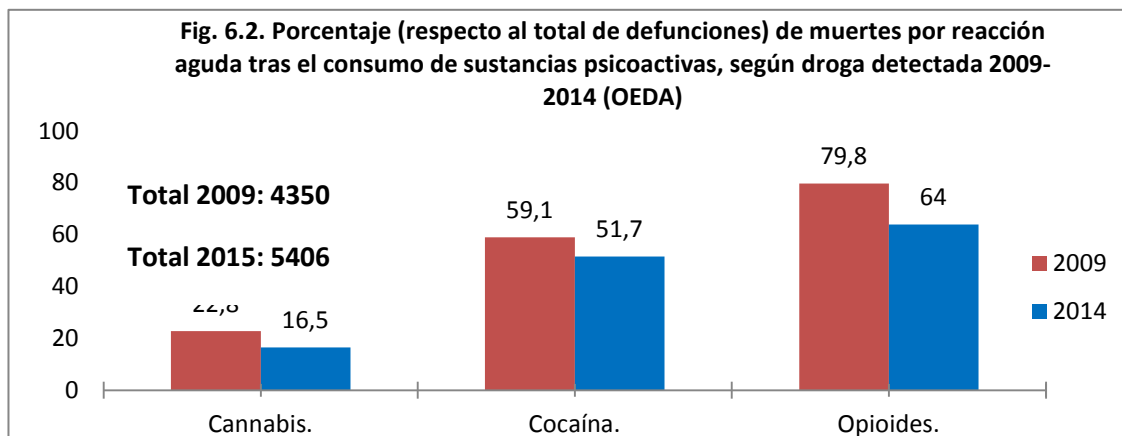
En cuanto a los resultados, son los siguientes:

a) *Mortalidad relacionada con las drogas.*

- Ha aumentado el número de muertes relacionadas con el consumo, en casi mil casos según los datos del INT y del OEDA (Fig. 6.1.).
- En relación a las causas se observan dos tendencias:
 - Aumentan los casos de muerte violenta muerte por y los casos de reacción aguda, aunque en estos últimos es posible que la mejora de los sistemas de información sean la causa de dicho aumento.
 - Se reducen los casos de muertes por accidentes, bien sean laborales o relacionados con la conducción

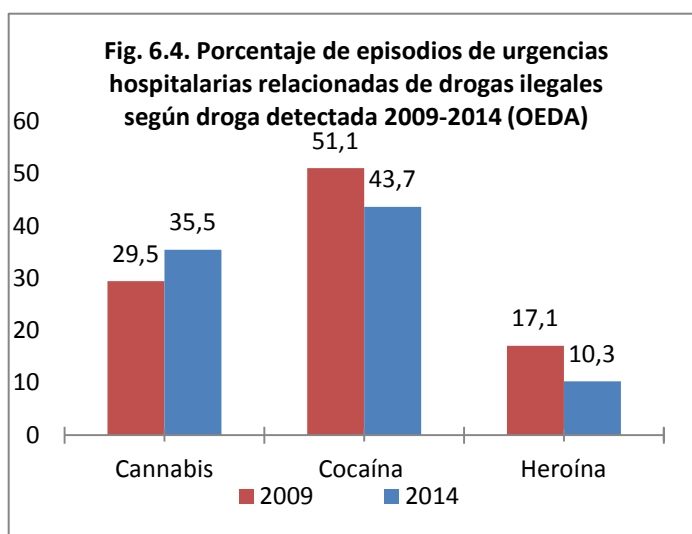
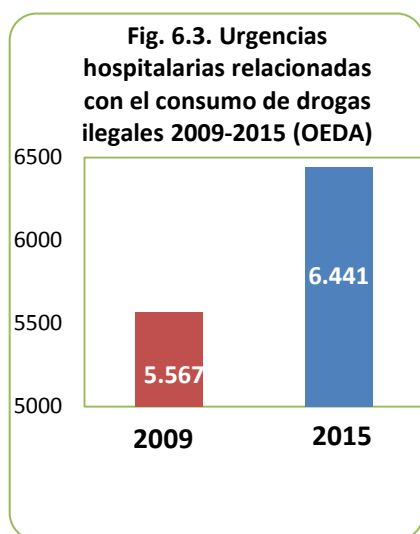


- El mayor número de muertes relacionadas con las drogas está asociado con la violencia, seguido muy de lejos por las muertes por reacción aguda.
- En el caso de la mortalidad por reacción aguda, el aumento puede deberse a la mejora en la recogida de información sobre este indicador. Además de esto, la droga más presente en los análisis toxicológicos siguen siendo los opioides, seguidos de la cocaína (Fig. 6.2.).



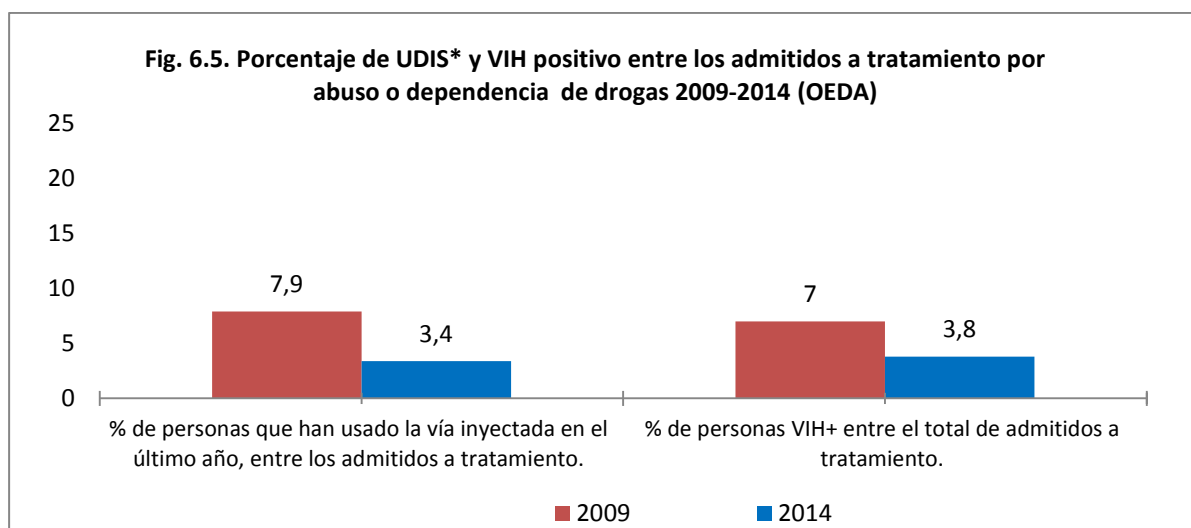
b) Urgencias hospitalarias:

- Han aumentado en casi mil casos el número de urgencias hospitalarias provocadas por las drogas ilegales (Fig. 6.3).
- La cocaína es la sustancia que más urgencias provocaba en 2009 y lo sigue haciendo en 2015.
- La única sustancia que aumenta su presencia en episodios de urgencias es el cannabis que ya representa más de la tercera parte de los casos.



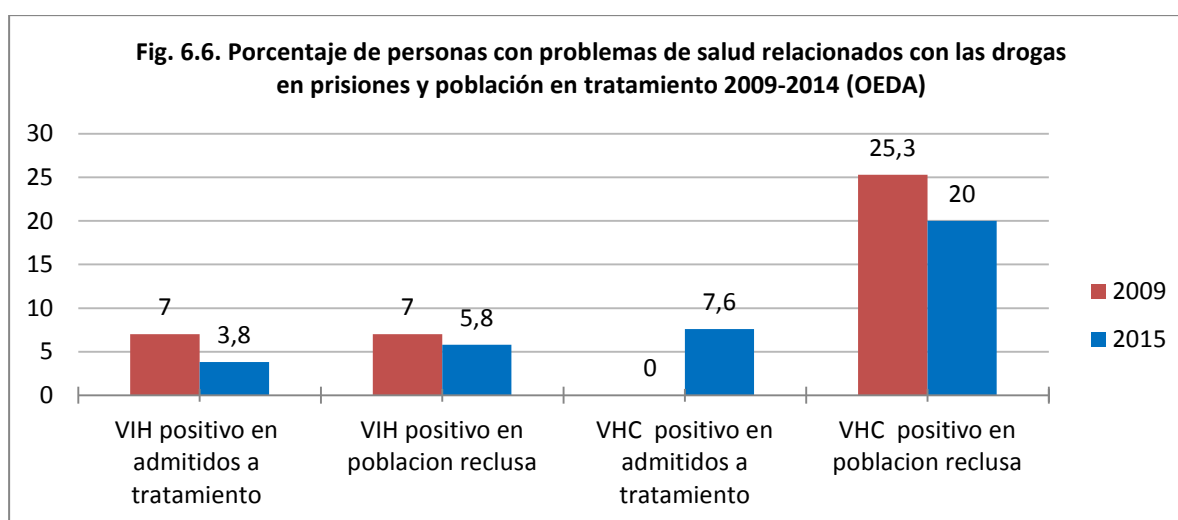
c) *Morbilidad (infecciones asociadas al consumo: VIH; VHC).*

Hay un importante descenso de personas infectadas por VIH entre las admisiones a tratamiento, asociado a la reducción de la vía inyectada como forma de consumo, fruto de la importante labor de reducción de daños generalizada en España, como veremos en el O.G.7. (Fig.6.5.)



*UDIS: usuarios de drogas por vía inyectada

Las infecciones por el VHC+ también se han reducido, pero siguen siendo un importante problema de salud pública, al que se deberá prestar mucha atención en los próximos años; sobre todo entre las poblaciones más vulnerables: por un lado la población reclusa con una prevalencia más altas de esta enfermedad que la de la población en tratamiento en la red sanitaria (Fig. 6.6). Por otro aquellos inyectores de drogas que no contactan con las redes asistenciales, más propensos a compartir jeringas que los que están en tratamiento (Roncero, C. Adicciones 2017).

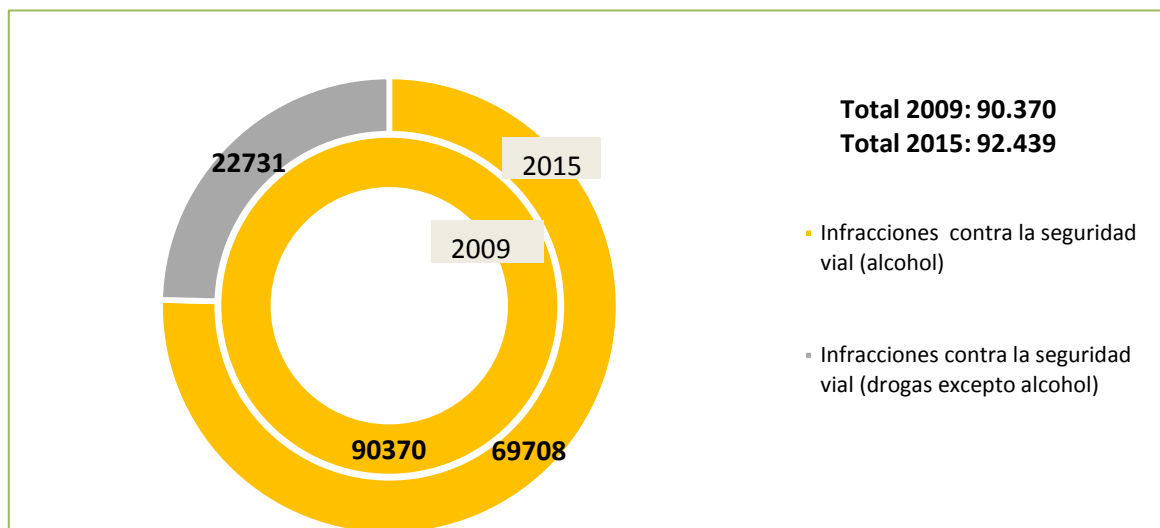


Además de estos, hay muchos otros daños a la salud provocados por las drogas sobre todo entre los consumidores de larga duración y de más edad. Teniendo en cuenta el envejecimiento y deterioro de una gran parte de los consumidores de drogas en la red asistencial (la edad media de personas en tratamiento por opioides ha aumentado en dos años en el período 2009-2014). Podemos pensar que la necesidad de servicios sanitarios y sociales de esta población se incrementará en los próximos años.

d) *Infracciones y delitos relacionados con el consumo de drogas.*

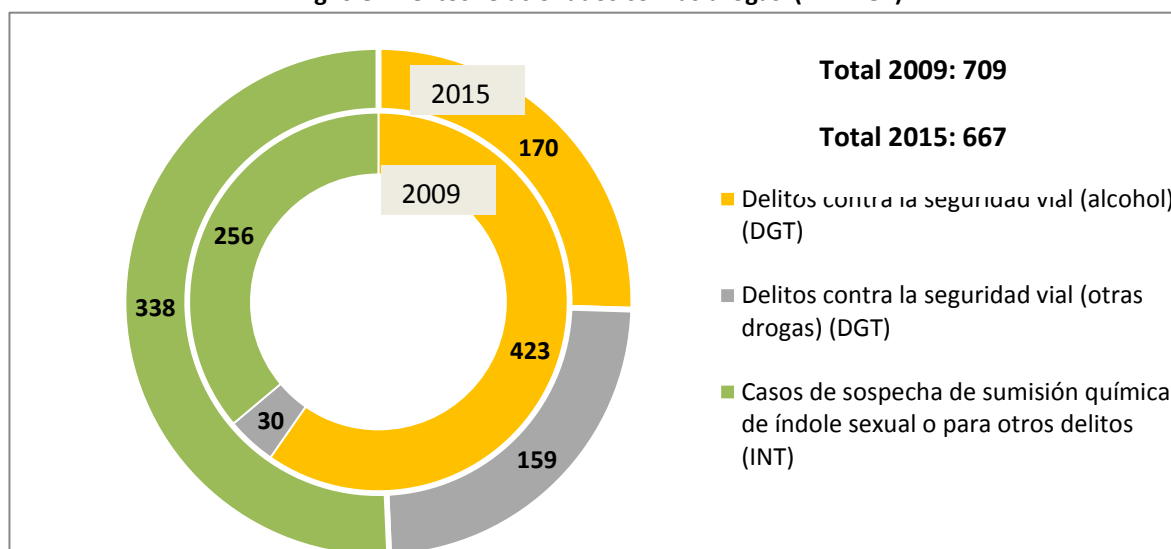
Se ha conseguido una importantísima reducción de las infracciones y de los delitos contra la seguridad vial relacionados con el alcohol. Sin embargo, las drogas ilegales están cada vez más presentes en la conducción: por un lado los delitos contra la seguridad vial se han multiplicado por 5 y en el caso de las infracciones, aunque no hay datos comparativos porque este tipo de controles son más recientes, el volumen de casos es importante (Fig. 6.7.).

Fig. 6.7. Infracciones contra la seguridad vial por consumo de drogas 2009-2015 (DGT)



En cuanto a los delitos, en el último año la causa principal, según los datos del INT la constituyen los casos de sospecha de sumisión química de índole sexual o para la comisión de otros delitos, que además han aumentado desde 2009 y merecen ser objeto de atención en el futuro (Fig.6.8.).

Fig. 6.8. Delitos relacionados con las drogas (INT-DGT)



En definitiva, a pesar de la importancia de los datos anteriores, podemos afirmar que existe una infravaloración de los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, por lo que se requiere una mejora de los indicadores que aporten una visión más real y completa sobre este asunto y que tenga en cuenta tanto los daños en la esfera personal como los daños a terceros.

CONCLUSIONES

Se observa un aumento en la mortalidad relacionada con las drogas. La violencia es la principal causa de mortalidad, seguida por la reacción aguda tras el consumo.

Ha aumentado el número de episodios de urgencias hospitalarias, sobre todo las relacionadas con el cannabis.

Se ha reducido el número de delitos relacionados con la seguridad vial y consumo de alcohol, pero se constata la influencia del consumo de otras drogas en la conducción, desde que se realizan este tipo de controles.

Hay una infravaloración de los daños relacionados con el consumo de drogas, porque los sistemas de información no recogen toda la información al respecto (mortalidad, enfermedades asociadas, urgencias sanitarias, trayectorias escolares, rendimiento laboral...).

RECOMENDACIONES

Los programas de reducción de daños deben seguir teniendo un papel relevante en el marco de la atención integral.

Es necesario prestar más atención a los daños a terceros, especialmente en los relacionados con la seguridad vial y la violencia.

Hay que aumentar la sensibilización de la población sobre los riesgos que supone la conducción bajo los efectos de otras drogas además del alcohol.

Se precisa una mejora en la recogida de información sobre daños relacionados con el consumo, para tener una visión más completa de la situación.

Objetivo General 7: Asistencia de Calidad.



Objetivo General 7: Asistencia de Calidad.

La END persigue garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas afectadas directa o indirectamente por el consumo de drogas. España cuenta con un red amplia, diversificada y altamente accesible que ha ido adaptándose a la evolución del fenómeno.

En este capítulo incluiremos tanto los programas y recursos asistenciales como los orientados a la reducción del daño.

A) Programas asistenciales

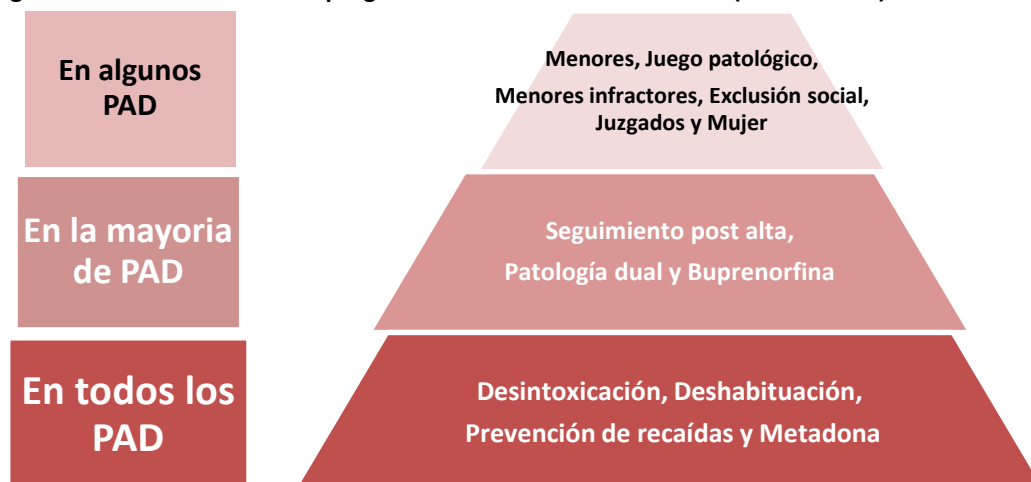
Tipología de los programas asistenciales

En España existe una red amplia en recursos y programas, con una oferta diversificada y consolidada para la atención a las drogodependencias, con profesionales altamente cualificados. Sin embargo, si bien existe un consenso básico en los servicios a ofrecer en las diferentes CCAA, existen diferentes tipos de funcionamiento, dependencia y gestión, sistemas de información, circuitos asistenciales y de derivación, servicios ofertados, recursos y metodologías de intervención y/o evaluación, especialmente en programas e itinerarios específicos, lo que puede dar lugar a un cierto desequilibrio en la equidad y accesibilidad al tratamiento.

Según los datos de la evaluación, es el área más homogénea entre todas las CCAA, aunque se observan diferencias relevantes (Fig. 7.1.):

- Al igual que en Prevención, se puede decir que hay una cartera básica con los siguientes programas: desintoxicación, deshabituación, prevención de recaídas y programas de metadona. Estos programas existen en todas las CCAA y presentan una alta cobertura.
- Programas que existen en la mayoría de las CCAA pero no en todas, y con una menor cobertura territorial a nivel autonómico: seguimiento post alta y Buprenorfina /Naloxona.
- Programas que o bien no existen en la mayoría de las CCAA o bien su cobertura es más reducida que las anteriores: programas de menores, juego patológico, exclusión social, menores infractores, juzgados / comisarías y mujer, por este orden.

Figura 7.1. Distribución de los programas asistenciales en las CCAA (Fuente: PAD)



Siete CCAA presentan una tipología de programas más variada que la media y once más reducida. En el caso de las coberturas, tan sólo tres la tienen menor a la media y seis mayor (ver baremo cuadro 4 Metodología).

Figura 7.2. Tipología y Cobertura de programas asistenciales en las CCAA (Fuente: PAD)

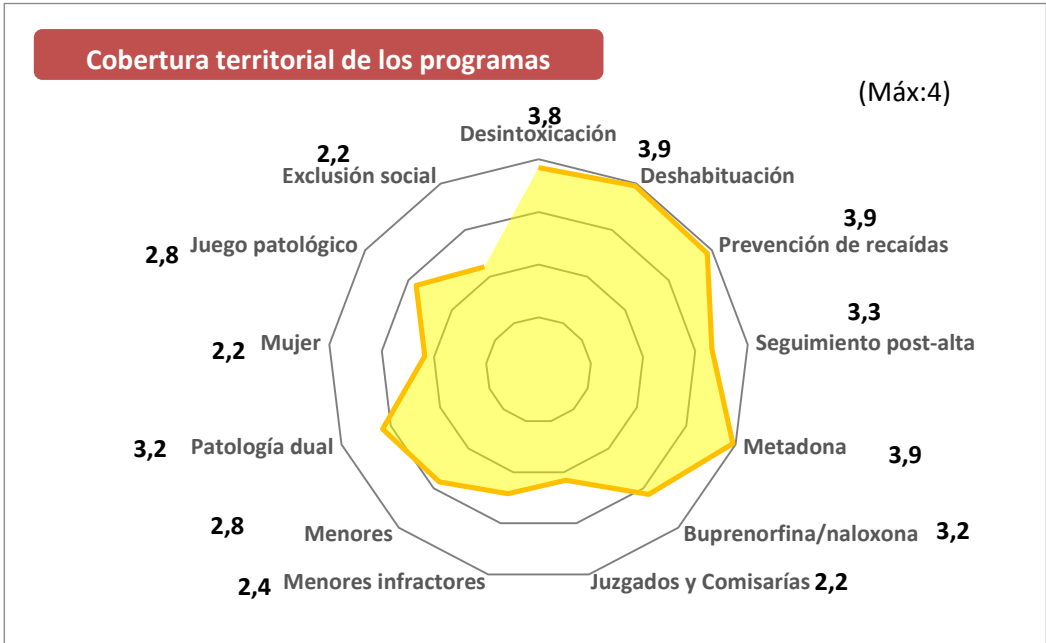
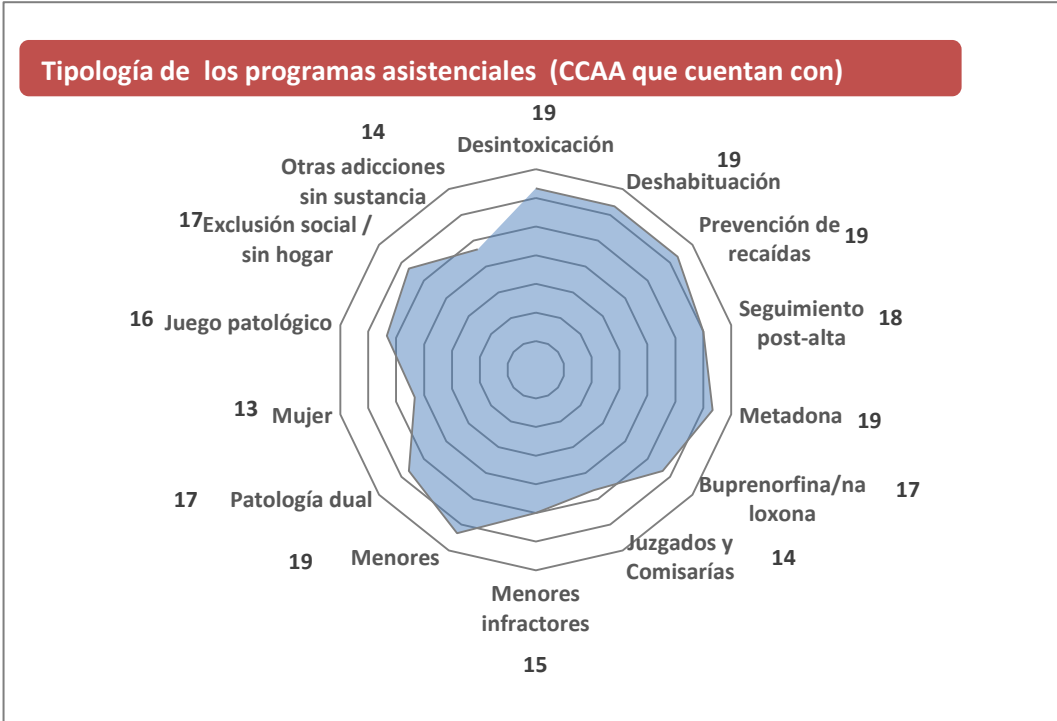
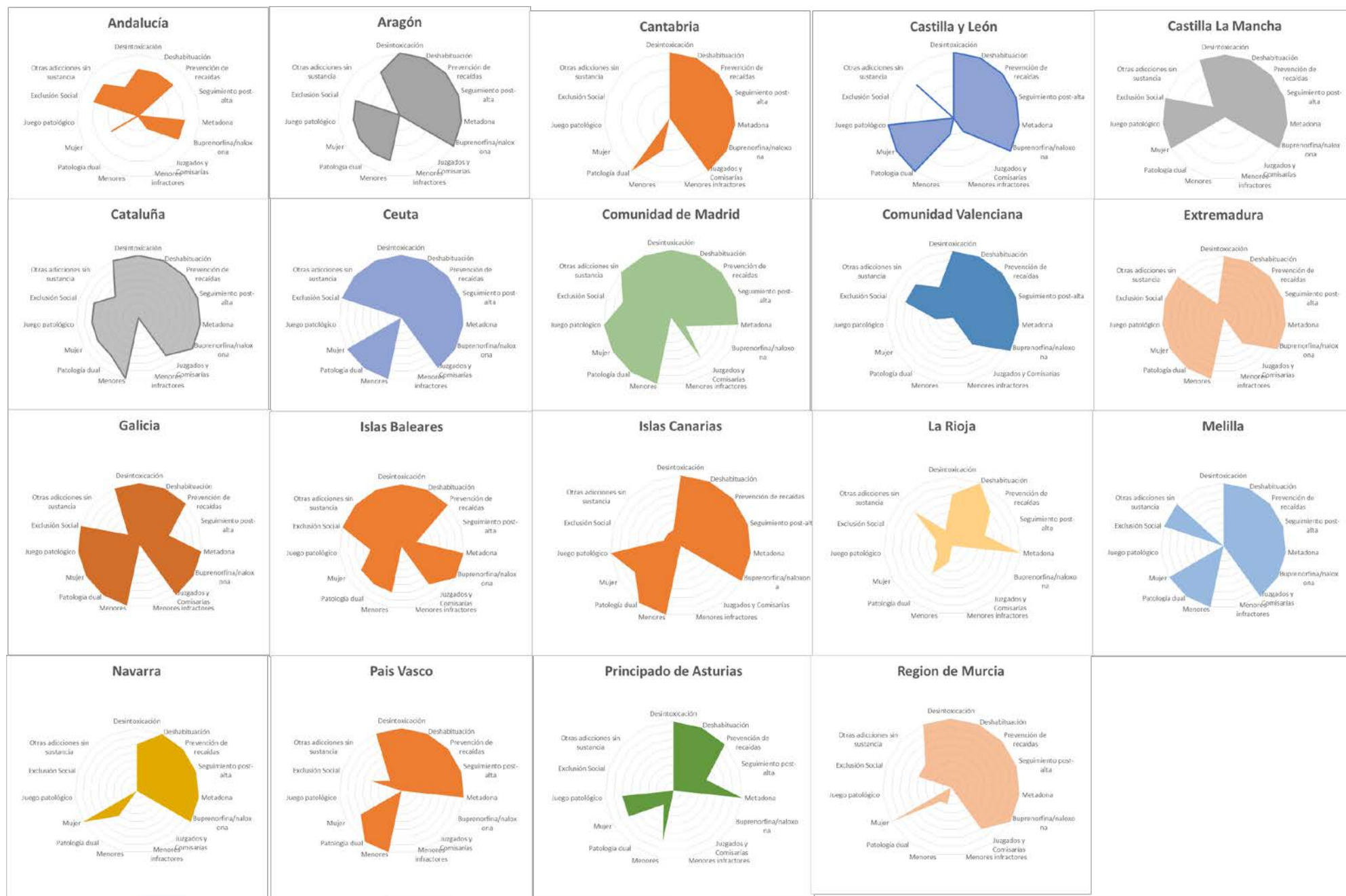
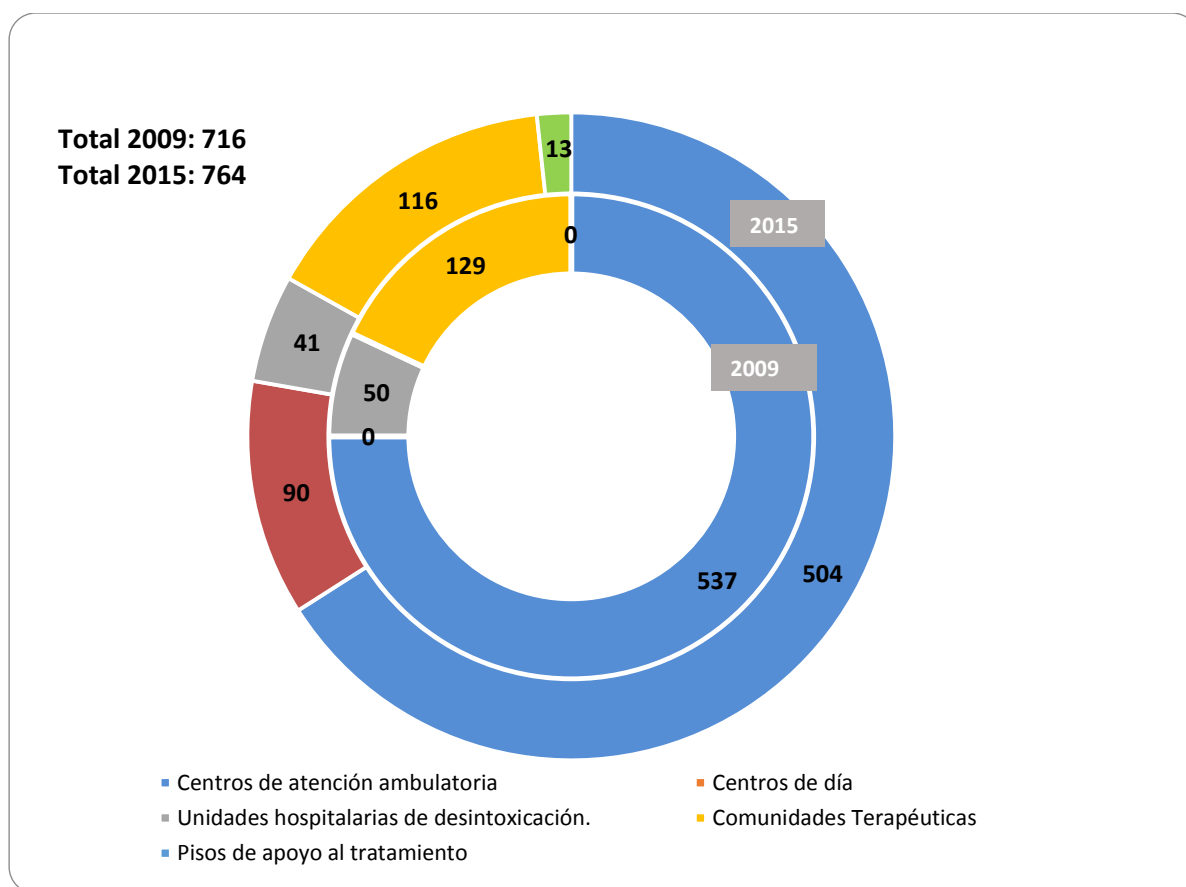


Figura 7.3. Perfiles de los programas asistenciales en las CCAA (Fuente: PAD)



En cuanto a los recursos, la oferta es muy variada e integral, adaptada a las nuevas necesidades de las personas usuarias de la red (Fig. 7.4.). La mayoría son Centros de Atención Ambulatoria, seguidos de Comunidades Terapéuticas. En conjunto, se observa un aumento en el número total de centros respecto a 2009, aunque al analizar los datos vemos que este incremento se debe a la inclusión de los Centros de Día y Viviendas de apoyo al Tratamiento para este último año, dato que no se recogía en 2009. La realidad es que hay una reducción significativa en todos los tipos de recursos, que no se ve reflejada en la reducción del número de usuarios que, como veremos a continuación, ha aumentado, lo que refleja una mayor eficiencia del sistema. El desplazamiento hacia una atención ambulatoria abre una oportunidad a la integración con el resto del sistema asistencial, especialmente con la Atención Primaria, para lo que puede ser útil la experiencia de integración de algunas CCAA.

Figura 7.4. Recursos asistenciales en las CCAA 2009-2015 (Fuente: Memoria PNSD)

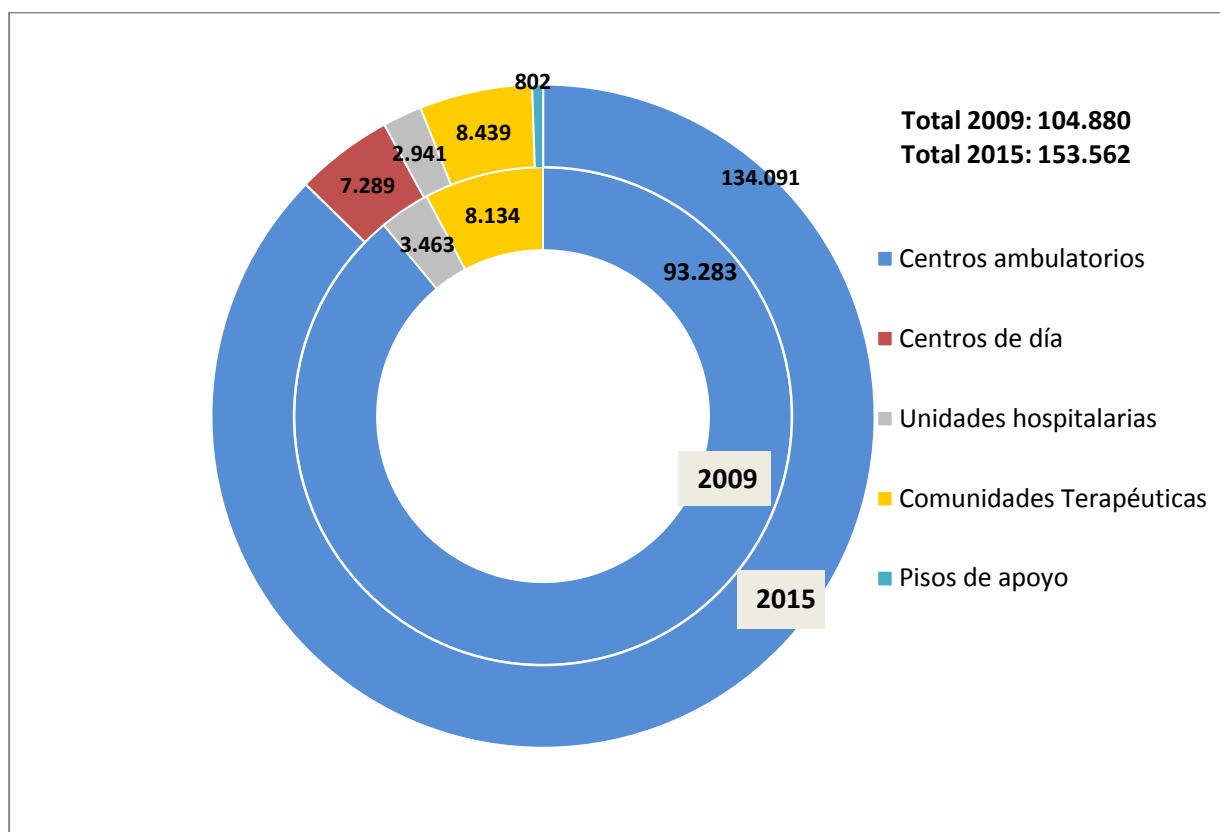


Cobertura poblacional

Hay un incremento muy significativo del número de casos atendidos en la red. En programas generales, este aumento es del 33%. En los programas específicos es del 22%. (Fig. 7.5.)

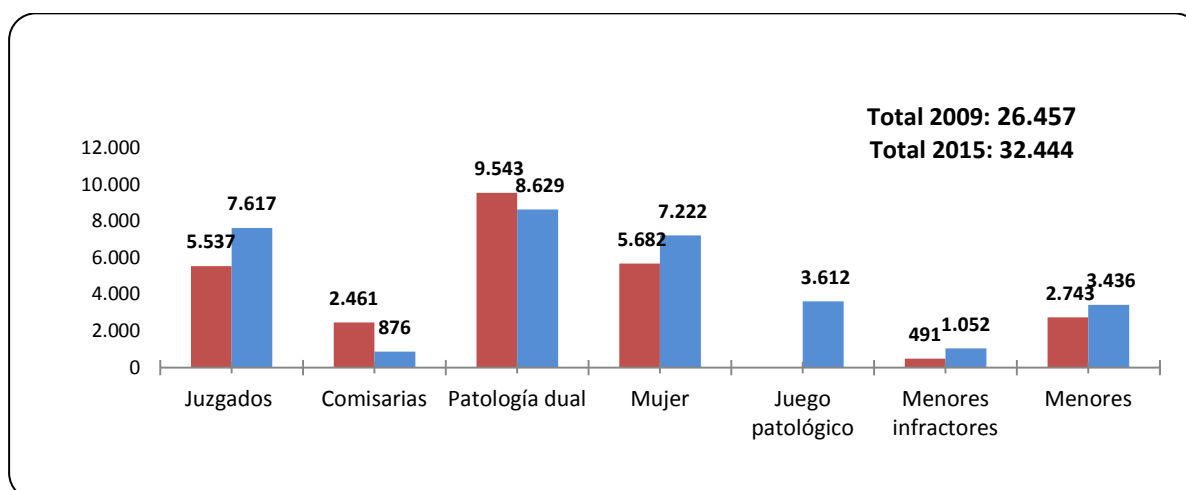
Hay que hacer notar que no se trata de nuevos casos que acuden a la red, ya que estos se han reducido, sino de personas que se mantienen en tratamiento durante más tiempo. La proporción de casos nuevos respecto al total en 2009 era del 50%, sin embargo en 2014 es solamente del 31%.

Figura 7.5. Nº de casos atendidos en centros asistenciales 2009-2015 (Fuente: Memoria PNSD)



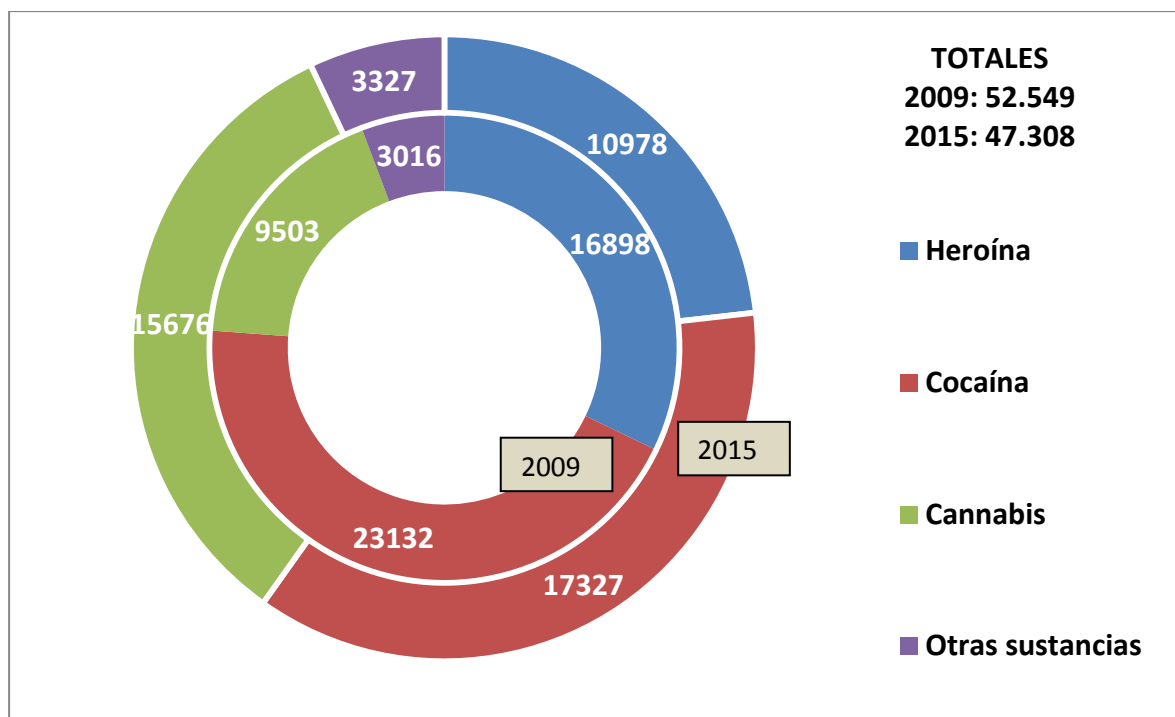
En relación a los casos atendidos en programas específicos, se ha producido un incremento en Juzgados, Programas de Mujer, Menores y Juego Patológico que, según vimos en la tipología, son precisamente los menos extendidos. Hay un descenso importante (casi mil casos) en los programas de patología dual.

Figura 7.6. Nº de casos atendidos en programas específicos 2009-2015 (Fuente: Memoria PNSD)

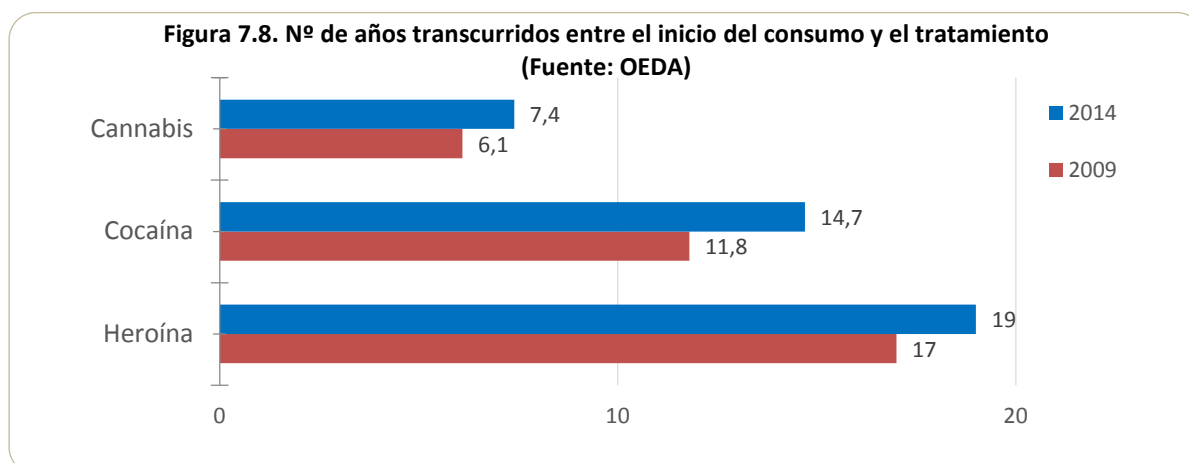


Entre las drogas ilegales que motivan el tratamiento, bajan todas excepto el cannabis, con una reducción especialmente relevante de las admisiones por heroína. La cocaína sigue siendo la principal, aunque el cannabis experimenta una subida muy importante respecto de 2009, desplazando a la heroína del segundo lugar. Este incremento tan significativo (casi se duplica) requiere una atención especial adaptada a las personas dependientes de esta droga. (Fig. 7.7.)

Figura 7.7 N° de Admisiones a tratamiento según droga principal (Fuente: OEDA)



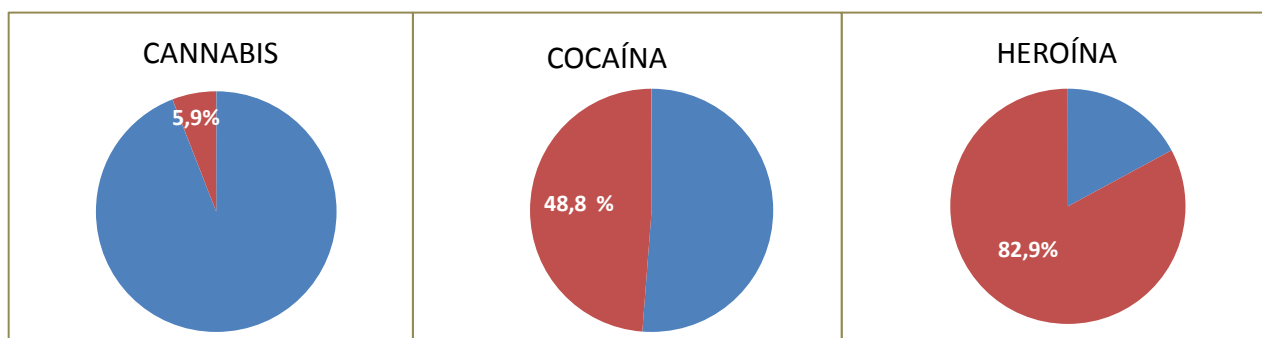
Se ha producido un aumento en el número de años transcurridos entre el inicio del consumo y el del tratamiento, que ya era alto en 2009, pero que ha aumentado en 2014 (Fig. 7.8.): tres años más tarde para la cocaína, dos para la heroína y uno y medio para el cannabis. Es necesario reducir esta brecha y que los usuarios acudan antes a la red, para que un abordaje más precoz reduzca los daños y mejore el pronóstico del tratamiento.



Otra brecha importante es la proporción de consumidores problemáticos que acuden al tratamiento (Fig. 7.9.). Para hacer una aproximación a esta realidad podemos relacionar el número de consumidores problemáticos en las encuestas de la DGPNSD con el número de personas que acuden a la red tratamiento, y ver las diferencias según la droga principal consumida. El resultado de esta comparación hay que interpretarlo con cautela, ya que las poblaciones con mayores problemáticas no están representadas en la muestra de las encuestas. En el caso de la heroína la proporción es, con diferencia, la más alta: más del 80 % de los consumidores problemáticos representados en las encuestas acuden a tratamiento, aunque otras estimaciones sitúan este porcentaje en el 53%

(Roncero, 2017). En el caso de la cocaína acude el 50%, y en el caso del cannabis la proporción es minoritaria (sólo acude un 6% de los consumidores problemáticos).

Figura 7.9. Estimación del porcentaje de personas en tratamiento en relación con el nº de consumidores problemáticos 2015 (Fuente: OEDA)

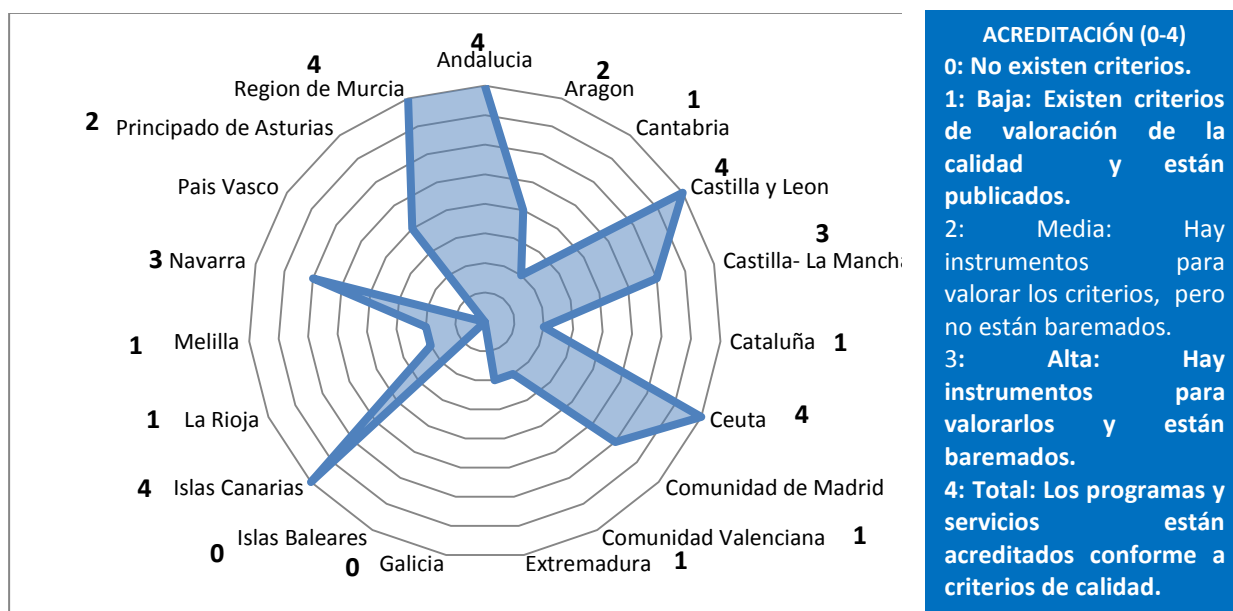


Pero, como decimos, en esta comparación no se tienen en cuenta a la población con mayor problemática. Por tanto, es necesario incrementar los esfuerzos para la detección precoz y la motivación al tratamiento de las personas con consumo problemáticos de drogas, profundizando en las razones que explican esta brecha.

Calidad

El grado de acreditación de programas en el área asistencial es medio (ver baremo cuadro 4 Metodología). Ocho PAD disponen de Catálogos de Programas y trece dicen contar con Cartera de Servicios. El tratamiento está altamente protocolarizado, tanto para la atención al paciente como para el seguimiento del mismo.

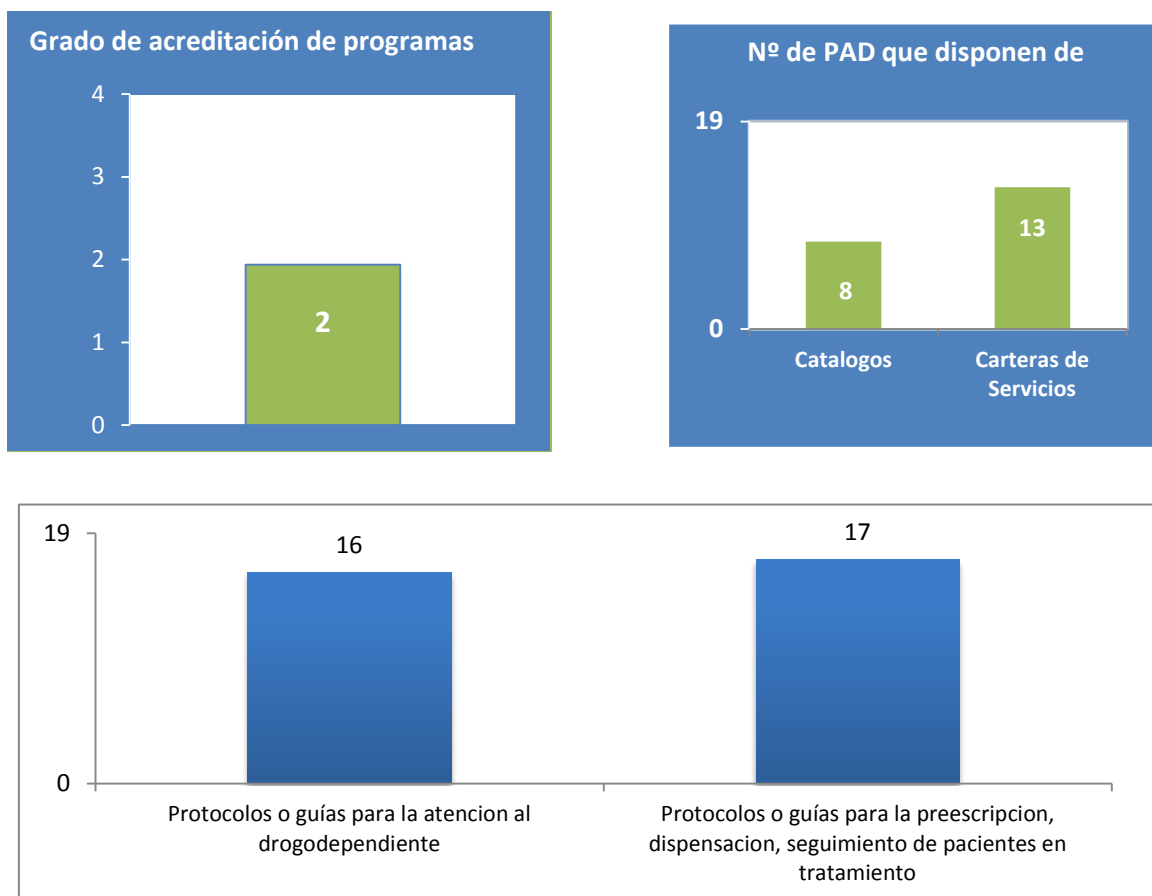
Figura 7.10. Grado de acreditación de programas asistenciales en las CCAA (Fuente: PAD)



Pais Vasco no aporta información

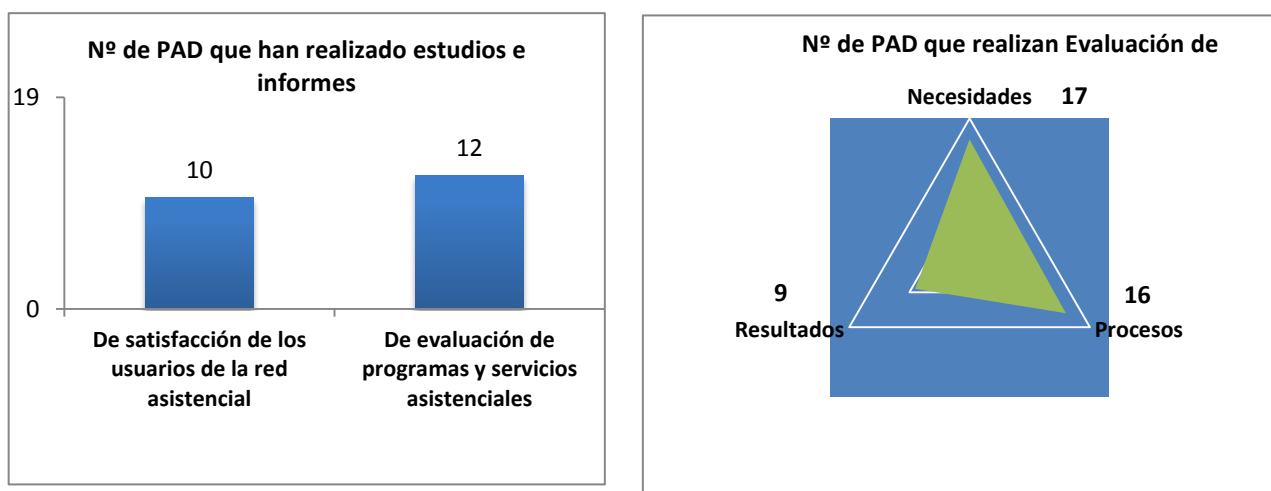
Cinco de los 19 PAD alcanzan el nivel máximo de acreditación. Ocho refieren un nivel mínimo, claramente mejorable. (Fig. 7.11.)

Figura 7.11. Calidad asistencial en las CCAA (Fuente: PAD)



La mayoría de los PAD realizan evaluación de necesidades y de procesos, pero sólo nueve lo hacen para los resultados del tratamiento. No obstante, en los últimos cinco años diez PAD han realizado estudios de satisfacción de los usuarios de la red y doce han evaluado en algún momento sus programas y servicios.

Figura 7. 12. Evaluación asistencial en las CCAA (Fuente: PAD)



B) Programas de Reducción de Daños

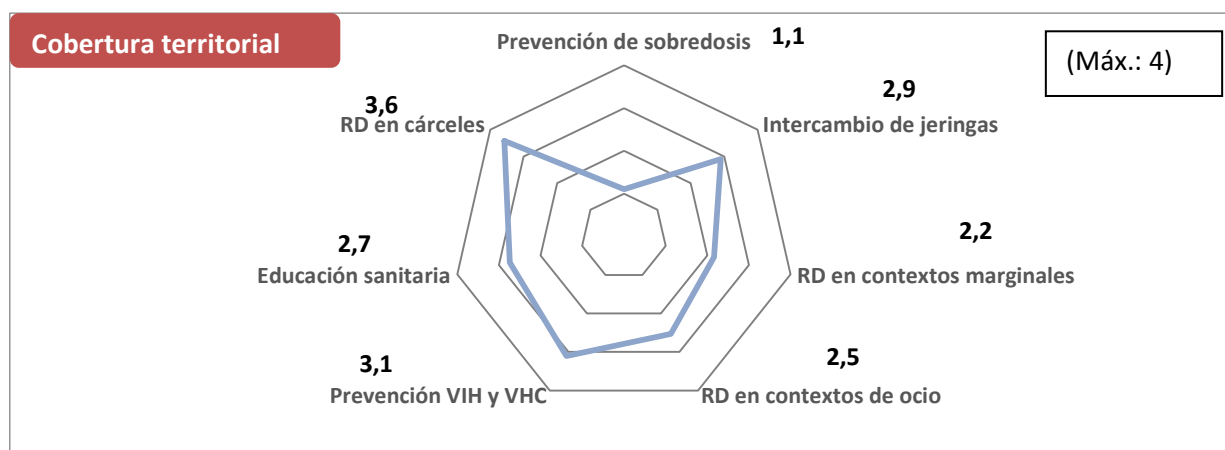
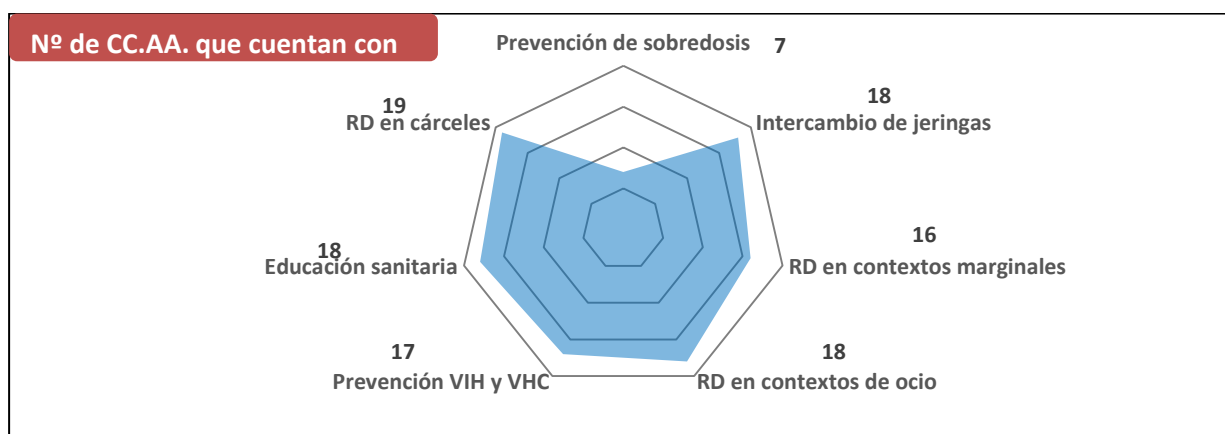
En este apartado se incluyen los programas y servicios dirigidos a la población drogodependiente con el objetivo de minimizar las consecuencias negativas para la salud asociadas al consumo. Estos programas se dirigen fundamentalmente a la población con consumos más problemáticos de drogas, sobre todo a drogodependientes que utilizan la vía inyectada como forma de consumo (UDIS). Comenzaron a implementarse en España en la década de los 90 para frenar la epidemia del VIH y desde entonces se han generalizado y diversificado en todo el territorio nacional.

Tipología y cobertura territorial de los programas de Reducción de Daños

Los **programas de reducción de daños** están generalizados en el territorio nacional aunque con perfiles variados según la CC:AA. Prácticamente en todas se realizan actividades de educación sanitaria o de intercambio de jeringas.

La reducción de daños también está generalizada en los centros penitenciarios españoles y hay un buen grado de implementación de programas en contextos marginales y de ocio. Tan solo los programas de prevención de sobredosis son una opción limitada, aplicada solo en siete de las 19 CC.AA y con menor cobertura territorial en las que se aplican (ver baremo cuadro 4. Metodología).

Figura 7. 13. Programas de reducción de daños en las CCAA (Fuente: PAD)



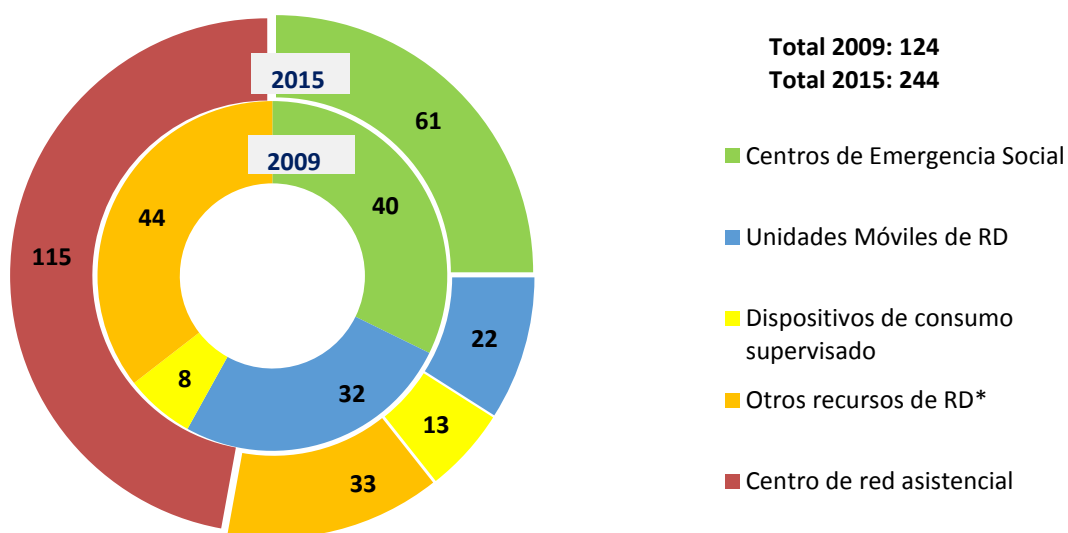
También existen importantes diferencias en el perfil de programas ofertados entre las distintas CC:AA; ocho de ellas implementan todos o la mayoría de los programas incluidos en esta evaluación, mientras que tres de ellas disponen de una oferta mucho menos variada que la media, con tan solo dos o tres de estos programas. Probablemente, estas diferencias son explicables por la diferente ubicación del PAD según sea dentro del sistema sanitario, o bien en el de los servicios sociales.

En cuanto a la tipología de los **recursos de reducción de daños**, se pueden clasificar en tres grupos:

- Por un lado, los dispositivos fijos, de captación pasiva, a los que acuden los usuarios: Centro de Emergencia Social, Centros de la red asistencial y Dispositivos de Consumo Supervisado.
- Por otro lado, los dispositivos de captación activa de usuarios, incluidos bajo el epígrafe de “Otros programas de Reducción de Daños”, generalmente dirigidos a aquellas poblaciones más difíciles de alcanzar, que además suelen ser los consumidores de mayor riesgo.
- Hay también dispositivos mixtos de acercamiento de los programas a los destinatarios que no hacen captación activa, como son las Unidades Móviles de reducción de daños.

El número total de recursos de reducción de daños en el periodo de vigencia de la END se mantiene estable, a pesar del aumento aparente que muestran los datos (Fig. 7.14). Este incremento se debe a la inclusión en el último año de los Centros Asistenciales, que no habían sido considerados en el año 2009. No obstante, sí que hay cambios en cuanto al tipo de recursos: aumentan notablemente los Centros de Emergencia Social y también, aunque menos, los Dispositivos de Consumo Supervisado; se reducen los programas de captación activa (outreach) y las Unidades Móviles. Probablemente esto tenga que ver con el descenso de la vía inyectada de los consumidores de drogas.

Figura 7. 14. Nº de recursos de Reducción de Daños (Fuente: Memoria PND)

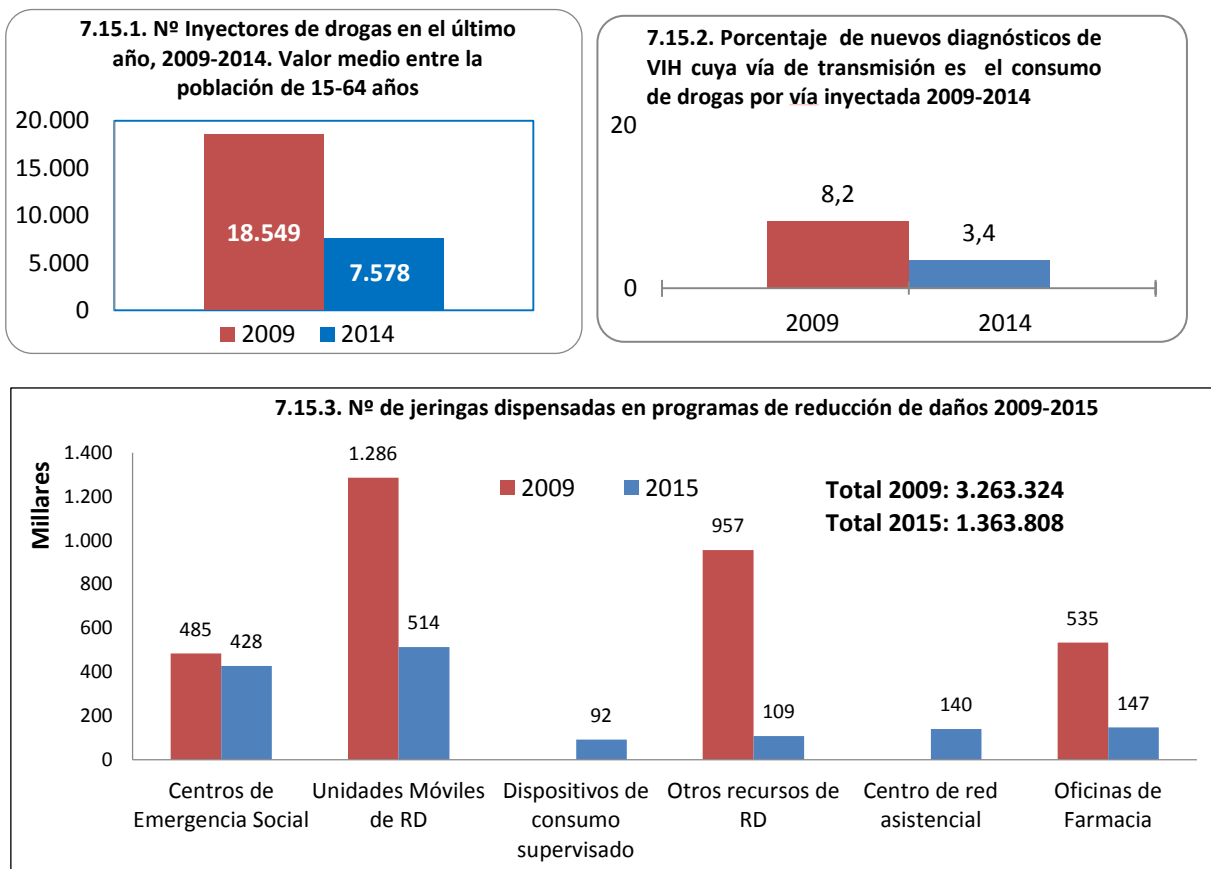


Cobertura poblacional

Se ha reducido el número de casos atendidos en los programas de reducción de daños, fundamentalmente en los Centros de Emergencia Social, las Unidades Móviles y los Dispositivos de Consumo Supervisado; probablemente estos descensos estén relacionadas con la reducción de la vía

inyectada, que según datos del OEDA se ha reducido más del 60 %. Consecuentemente, se reduce también de manera muy importante el número de jeringas dispensadas en los diversos dispositivos.

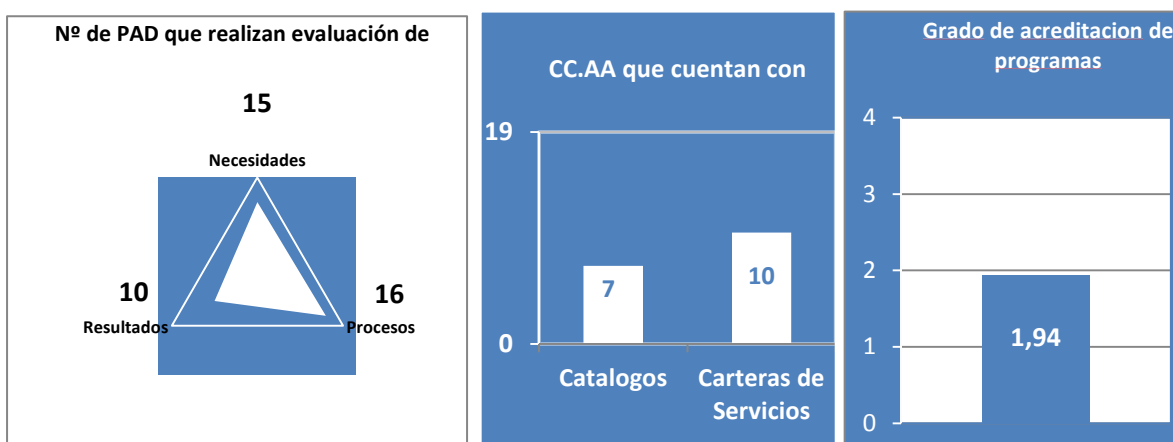
Figura 7. 15. Población atendida, nuevos diagnósticos VIH y jeringas dispensadas en programas de reducción de daños (Fuente: OEDA; Memoria PND)



Calidad

La calidad de los programas de reducción de daños es media, muy similar a la del resto del área asistencial. 10 de las 19 CC.AA. disponen de carteras de servicios y sólo 7 de catálogos de programas. En cuanto a la evaluación, al igual que ocurre en los ámbitos de prevención y asistencia, es más frecuente la evaluación de necesidades y de procesos, pero menos la de resultados.

Figura 7. 16. Evaluación y calidad en reducción de daños en las CCAA (Fuente: PAD)



CONCLUSIONES

Existe una red amplia, diversificada y consolidada de recursos y programas de atención a las drogodependencias, con profesionales muy cualificados y con énfasis en la atención ambulatoria.

Ha aumentado el nº de recursos y el de casos atendidos en ellos, tanto en programas generales como específicos. En estos últimos, aumenta el nº de mujeres y menores y se incorporan las adicciones sin sustancia. Los programas de sustitutivos opiáceos siguen siendo muy importantes, a pesar de la disminución del nº de usuarios.

Hay variaciones significativas en las admisiones a tratamiento: aumentan las relacionadas con el cannabis en primeros ingresos y disminuyen las relacionadas con la cocaína y la heroína.

La proporción de consumidores problemáticos de cannabis y cocaína que llegan a tratamiento es baja. Además, el nº de años transcurridos entre inicio de consumo y de tratamiento es muy alto y ha aumentado para todas las drogas, especialmente para la cocaína.

Se ha avanzado en la implementación de carteras de servicios y catálogos de programas, aunque su grado de desarrollo es desigual en las CCAA. Del mismo modo, se ha generalizado la evaluación de las necesidades y de los procesos, y no tanto la evaluación de los resultados del tratamiento.

La heterogeneidad y diferente grado de cobertura de los sistemas de información en las CCAA podría afectar a la fiabilidad y exhaustividad de la información sobre los programas.

RECOMENDACIONES

El énfasis en la atención ambulatoria abre una oportunidad a la mejora de la integración con el resto del sistema asistencial de salud.

Es necesario consolidar la incorporación de las adicciones sin sustancia a la red asistencial, por la desigual implantación en los PAD. El enfoque de género debe integrarse definitivamente en el sistema asistencial.

Es conveniente reforzar la investigación y la recogida de información sobre el consumo de cannabis y sus efectos a medio y largo plazo. Sería conveniente conocer mejor el perfil de los nuevos consumidores, no sólo desde un punto de vista epidemiológico sino también de necesidades de atención.

Hay que incrementar los esfuerzos para atraer a los consumidores problemáticos a la red y anticipar su entrada en la misma. En el caso del cannabis, dada la gran cantidad de consumidores problemáticos, podría valorarse la posibilidad de implementar tratamientos (o al menos captación) on-line.

Hay que hacer un esfuerzo por evaluar los resultados del tratamiento, identificar las mejores prácticas y generalizarlas. Se precisa una mayor homogeneización y desarrollo de los sistemas de información, acreditación y evaluación, así como una mejor coordinación entre los mismos.

CONCLUSIONES

Existe una oferta variada de programas y recursos de reducción de daños, a excepción de los programas de prevención de sobredosis, presentes en 7 CCAA. Es de destacar la oferta de programas de reducción de daños en todas las prisiones españolas.

Se mantiene la oferta de recursos, con un aumento en los centros de emergencia social y la progresiva incorporación de los centros de la red asistencial.

Se observa un descenso en el número de personas atendidas y de jeringuillas distribuidas, que se relaciona con la notable disminución de personas usuarias de drogas por vía inyectada.

Se ha observado un descenso generalizado en el porcentaje de personas infectadas por VIH y hepatitis C, aunque la prevalencia sigue siendo elevada, y es un importante problema de salud pública en personas reclusas.

RECOMENDACIONES

Hay que seguir insistiendo en los programas de reducción de daños, dada su eficacia en la disminución de la transmisión de infecciones por vía parenteral y en la mejora de la salud de los consumidores.

Hay que valorar la pertinencia de extender a todo el territorio nacional los programas de prevención de sobredosis en función de los resultados de las experiencias de las CCAA que ya implementan este tipo de programas.

Es necesario mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento de la infección por hepatitis C, fundamentalmente en población reclusa.

Objetivo General 8: Incorporación Social



Objetivo General 8: Incorporación Social

La END contempla como objetivo la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

La Incorporación Social (IS) de personas con problemas de adicciones implica a una gran diversidad de instituciones públicas y organizaciones sociales que gestionan recursos y programas, tanto de carácter específico (Centros ambulatorios, Centros de Día, Comunidades Terapéuticas, Viviendas de apoyo a la incorporación), como de carácter generalista (Servicio Público de Empleo, Empresas de inserción, Fundaciones y ONGs dedicadas a la inserción de diversos colectivos en situación de vulnerabilidad, Servicios de Información y Orientación Laboral, entre otros).

Tipología y Cobertura de Programas

En España disponemos de una variada tipología de programas y recursos de IS: existe una oferta bastante homogénea en la mayoría de PAD de programas y recursos para la incorporación, con variaciones en la orientación social o laboral. La casi totalidad de los PAD ofertan programas en una tipología conformada por actuaciones de relación social y ocio, de formación, de apoyo residencial y laborales. (Fig. 8.1.)

Hay mayor cobertura territorial de programas de participación social y de apoyo residencial, y menor de programas de formación y laborales o de empleo. La cobertura territorial es media (ver baremo en apartado de Metodología) y presenta variaciones entre los PAD.

Figura 8.1. Tipología y Cobertura de programas de Incorporación Social en las CCAA (Fuente: PAD)

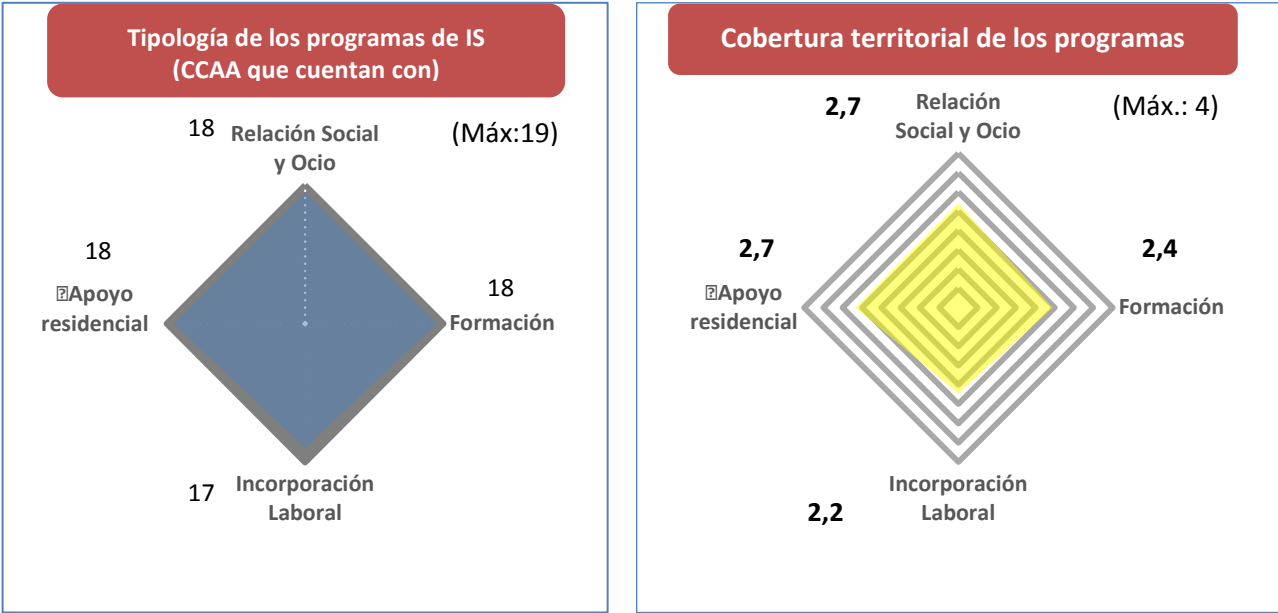


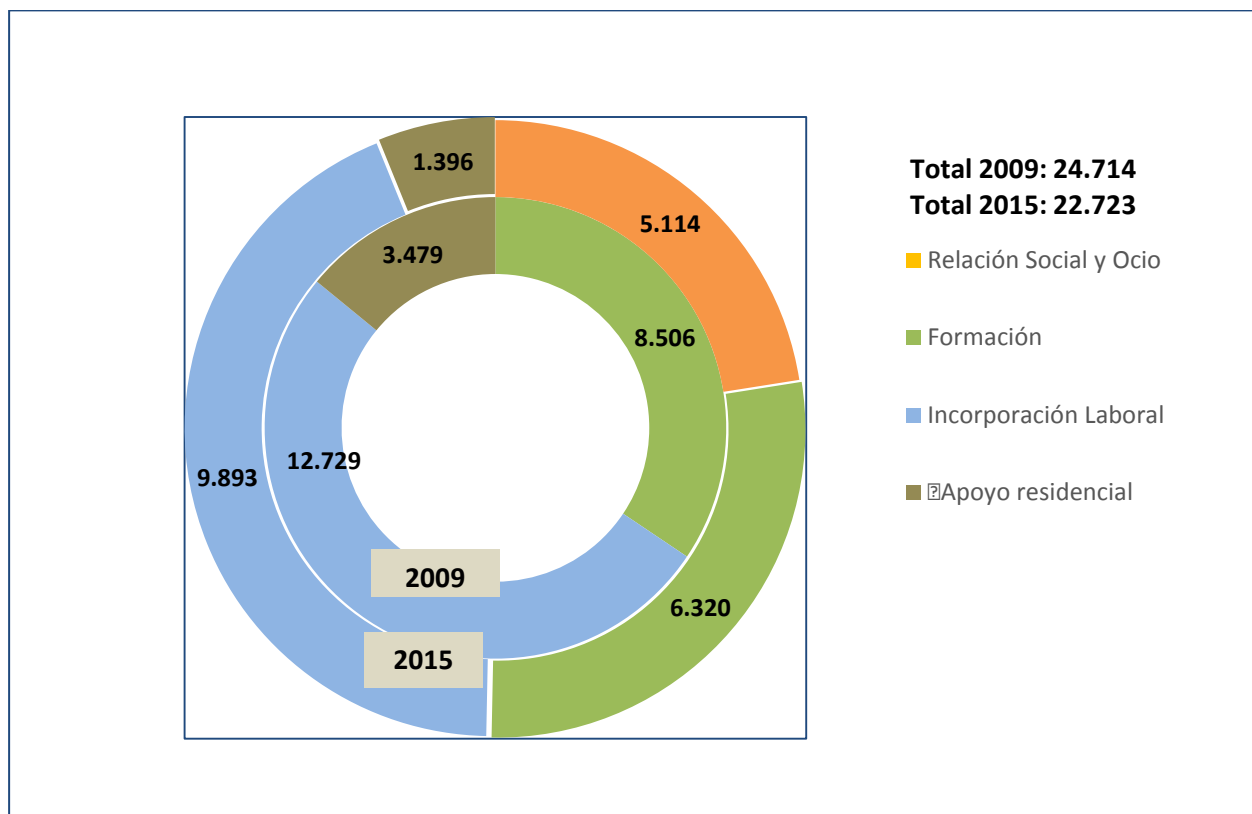
Figura 8.2. Perfil de los programas de Incorporación Social en las CCAA (Fuente: PAD)



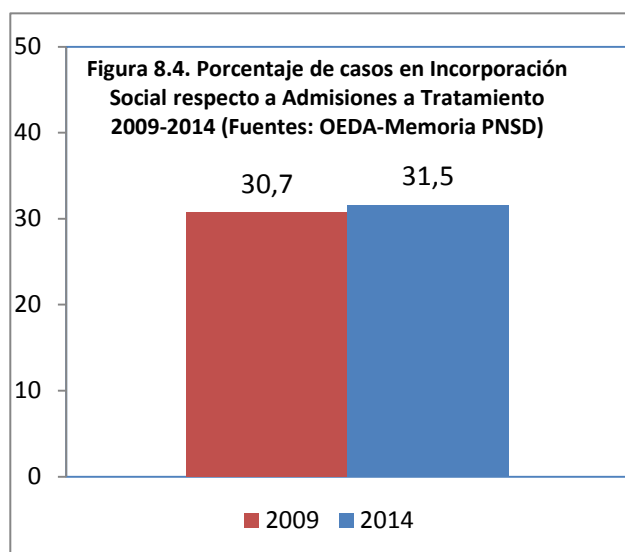
Cobertura poblacional

Hay un descenso importante en el número de casos atendidos en todos los programas de incorporación social en el período de vigencia de la END: casi 5000 menos. (En 2009 no se recogían datos de participantes en programas de relación social y ocio). El cambio en los perfiles y necesidades de las personas atendidas (reducción del número de heroínómanos) en estos últimos años explicaría, al menos en parte, esa disminución en su utilización y accesibilidad.

Figura 8.3. Nº de casos en programas de Incorporación (Fuente: Memoria PNSD)

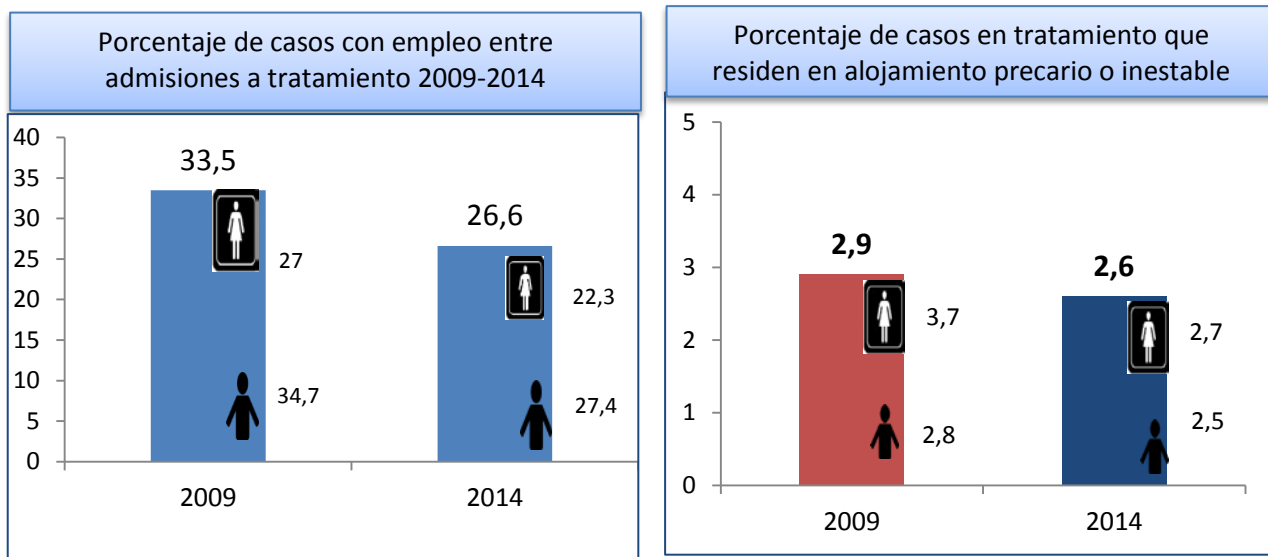


Además, si comparamos los datos de cobertura poblacional de los programas de IS (Memorias del PNSD) con los de admisiones a tratamiento (OEDA), observamos que el porcentaje de casos beneficiarios de programas de IS es muy bajo respecto al total de casos atendidos en la red asistencial (si bien es cierto que no todos los casos requieren proyectos de incorporación. Del total de admisiones un 66,5% en 2009 y un 73,4% en 2015 no tienen empleo). Esta situación, junto con la disminución de recursos y participantes, nos sugiere la necesidad de priorizar los procesos de IS en la nueva END.



Se observan peores situaciones de empleabilidad y de accesibilidad a recursos de apoyo residencial en mujeres que hombres. A pesar de los avances en materia de género y adicciones, todavía hay recorrido para mejorar el diseño de políticas y servicios de incorporación social, adecuándolas a las características y condicionantes que presentan las mujeres con esta problemática.

Figura 8.5. Empleo y alojamiento entre las admisiones a tratamiento 2009-2014 (Fuente: OEDA)

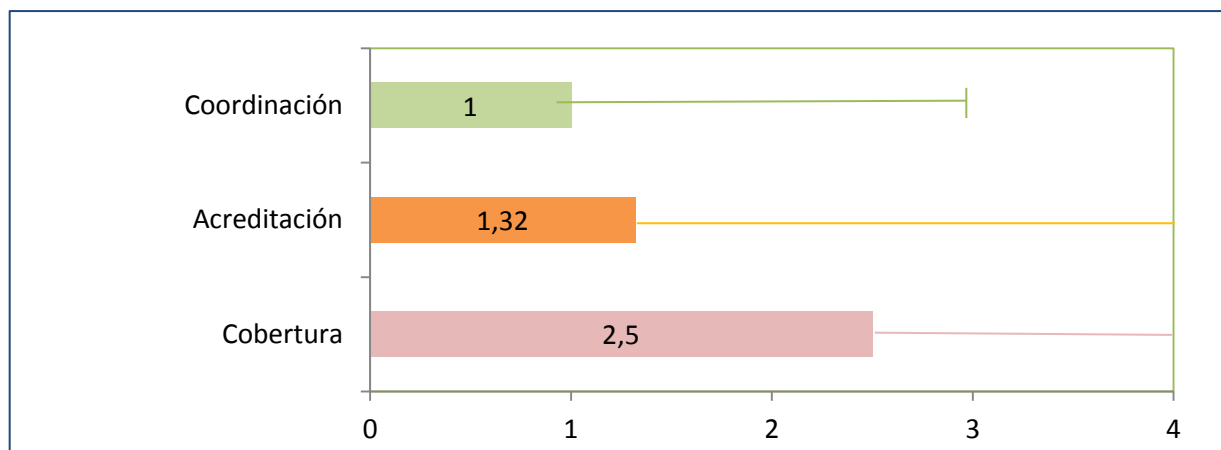


Calidad

El área de IS es la que presenta unos promedios de calidad más bajos en comparación con las otras áreas de intervención. A parte de otras posibles razones, históricamente ha contado con menos presupuesto así como con un menor desarrollo teórico, metodológico y de investigación.

El grado medio de acreditación de los programas en esta área es de 1,32 que se corresponde con que *Existen criterios de valoración de la calidad y están publicados*, pero no hay instrumentos para valorarlos ni existen programas acreditados (ver baremo: cuadro 4; Metodología)

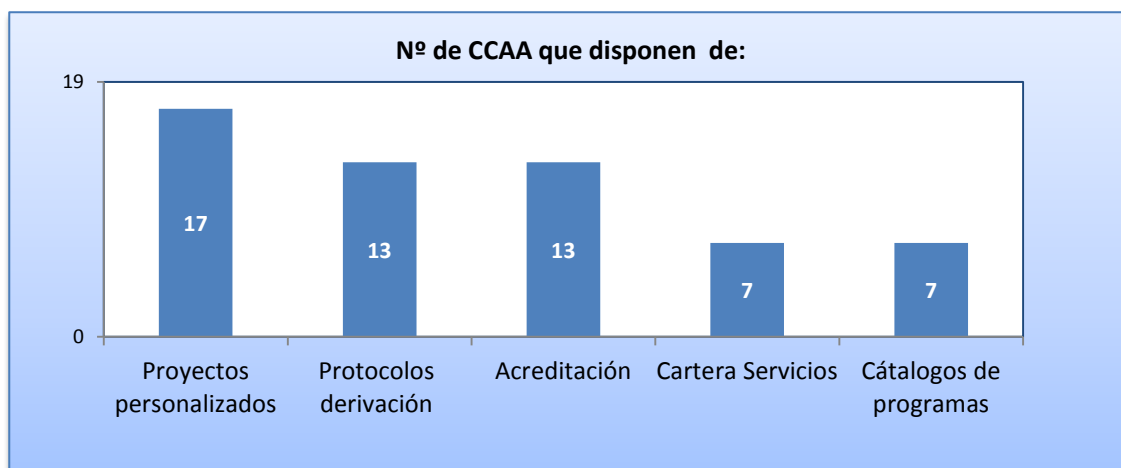
Figura 8.6. Grado medio de Cobertura, Acreditación y Coordinación de programas de Incorporación Social (Fuente: PAD)



Por otra parte, la coordinación entre los sistemas y redes de salud, de servicios sociales y de empleo no alcanza todavía los niveles requeridos para una más efectiva incorporación social de las personas con problemas de adicciones.

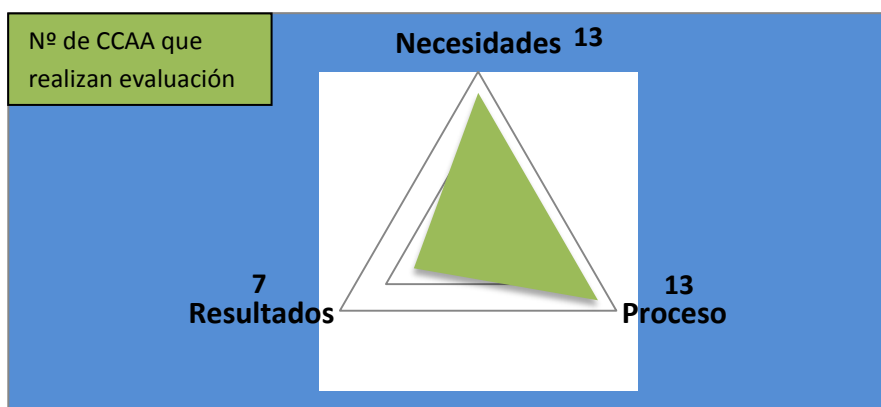
La mayoría de CCAA tiene definidos proyectos individualizados de incorporación. En menor medida existen Protocolos de Derivación y Criterios de Acreditación. Menos de la mitad de las CCAA tienen definidos Catálogos de Programas y Carteras de Servicios. Atendiendo a la información suministrada por los PAD para la Memoria del PNSD, se observan también dificultades a la hora de conocer la existencia y situación de los recursos humanos que trabajan en IS, así como en la recogida de información de actividad de servicios y programas.

Figura 8.7. Calidad de los programas de Incorporación Social en las CCAA (Fuente: PAD)



En cuanto a la evaluación de planes y programas, trece CCAA refieren realizar Evaluación de Necesidades y Procesos, y solamente siete, evaluación de resultados.

Figura 8.8. Evaluación en programas de Incorporación Social en las CCAA (Fuente: PAD)



CONCLUSIONES

Existe una oferta bastante homogénea de programas de incorporación social, con variaciones según la orientación social y/o laboral, y con una cobertura territorial desigual en las CCAA.

Se han producido cambios en los perfiles de las personas beneficiarias y, en menor medida, en los recursos y programas.

Hay un déficit en la accesibilidad de las mujeres con adicciones al empleo y a la vivienda, lo que justifica la discriminación positiva en los programas de inserción laboral y a los servicios de apoyo residencial.

Se han dado pasos en la gestión de la calidad de los servicios y programas, aunque hay espacio para la mejora en criterios de acreditación, carteras de servicios, catálogos de programas, sistemas de información y evaluación, así como en el conocimiento de los RRHH disponibles.

RECOMENDACIONES

La Incorporación Social debe de ser una prioridad en la nueva Estrategia y sus Planes de Acción. El modelo lógico para el desarrollo de políticas de Incorporación Social promovido desde el Observatorio Europeo de Drogas constituye una base sólida para este fin.

Se precisa avanzar en la adecuación de los servicios y programas a los nuevos perfiles y las diferencias de género en adicciones, así como incrementar la cobertura poblacional en coordinación con la red asistencial.

Se debe seguir profundizando en la identificación de buenas prácticas y de evidencias existentes. Además: implementar criterios de calidad, definir procesos e itinerarios, consensuar catálogos de programas, cartera básica de servicios, sistema de información y evaluación.

Objetivo General 9. Incrementar la eficacia del control de la oferta y los mercados ilegales



Objetivo General 9. Incrementar la eficacia del control de la oferta y los mercados ilegales

Este objetivo es competencia del Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO) del Ministerio del Interior. Y se ha desarrollado a través de las siguientes líneas de acción:

PLAN DE PREVENCIÓN DEL TRÁFICO MINORISTA EN ZONAS ESCOLARES Y DE OCIO.

Revisión de las acciones sobre el plan en los centros educativos y sus entornos.

La Instrucción 7/2013 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre el “*Plan Director para la Convivencia y Mejora de la Seguridad en los Centros Educativos y sus Entornos*”, tiene como fin principal, la reducción de la oferta de drogas a los consumidores más jóvenes, principalmente potenciando las actuaciones preventivas.

El Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), participa en todos aquellos aspectos de interés operativo directamente relacionados con el consumo y tráfico minorista de drogas en los entornos escolares.

Dicho Plan, establece también una serie de medidas específicas en relación al tráfico minorista de drogas en el entorno escolar, activando cuatro “fases de intensificación” al año, en cada uno de los trimestres naturales, en aquellos periodos en los que suele producirse el mayor riesgo de incremento de la oferta y la demanda minorista de drogas.

De la aplicación de la citada Instrucción se han obtenido los datos referidos a drogas correspondientes al **periodo de acción 2013-2016**, que a continuación se indican (Tabla 9.1):

Tabla 9.1. Acciones de prevención del tráfico minorista en zonas escolares y de ocio (Fuente: CITCO)

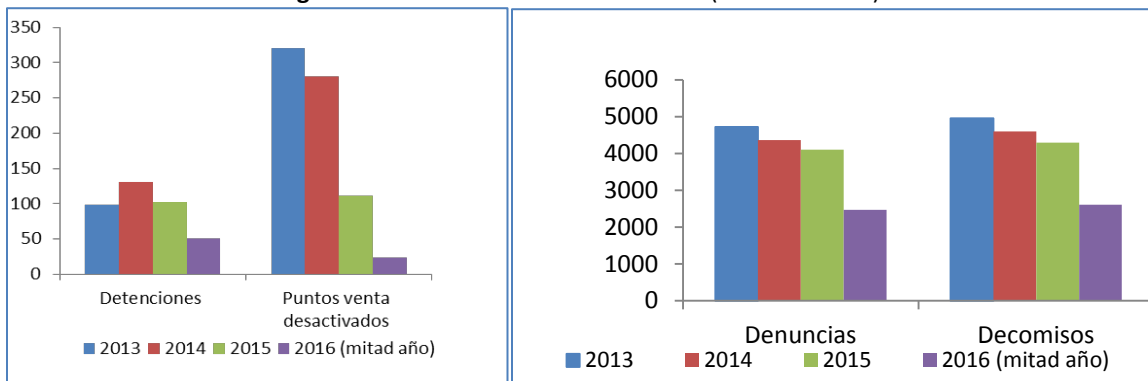
	2013	2014	2015	2016*
Detenciones de Nacionales	87	108	93	46
Detenciones de Extranjeros	11	23	9	4
Total Detenciones	98	131	102	50
Denuncias	4.721	4.367	4.108	2.468
Decomisos	4.953	4.596	4.298	2.610
Puntos de Venta Desactivados	320	281	111	23
Cocaína (g)	948	435	720	120
Hachís (g)	5.765	4.960	3.070	3.916
Heroína (g)	111	71	163	15
Marihuana (g)	25.552	25.725	4.982	2.335
MDMA - éxtasis (uds)	21	114	4	6
Sulfato de Anfetamina (g)	553	34	30	39
Psico-fármacos (uds)	257	169	26	90

*Datos correspondientes desde el 1 de enero al 30 de junio de 2016.

Este Plan, ha respondido eficazmente a las cuestiones relacionadas con la seguridad de los menores y jóvenes en los centros educativos, independientemente de los resultados obtenidos por la actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en su función disuasoria y preventiva, al percibirse la presencia policial en las inmediaciones de los centros escolares (Fig. 9.1).

La cooperación con la comunidad educativa, ha permitido evaluar la problemática existente en los centros y adaptar los servicios a las necesidades de éstos, contribuyendo a incrementar el grado de sensación de seguridad en el entorno escolar.

Fig 9.1. Control oferta zonas escolares (Fuente: CITCO)



Revisión de las acciones sobre el plan de ocio.

La instrucción 3/2011 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre el “Plan Estratégico de Respuesta Policial al Consumo y Tráfico Minorista de Drogas en Zonas, Lugares y Locales de Ocio”, se centra en la prevención y la reducción de la oferta de drogas al consumidor, especialmente los jóvenes, resaltando el carácter preventivo de la actuación de los Cuerpos Policiales.

El Plan está enfocado principalmente a evitar el consumo y la venta al por menor de drogas en las zonas de ocio o diversión, así como en sus proximidades y vías de acceso, siendo el mismo de carácter permanente, para cualquier día o época del año.

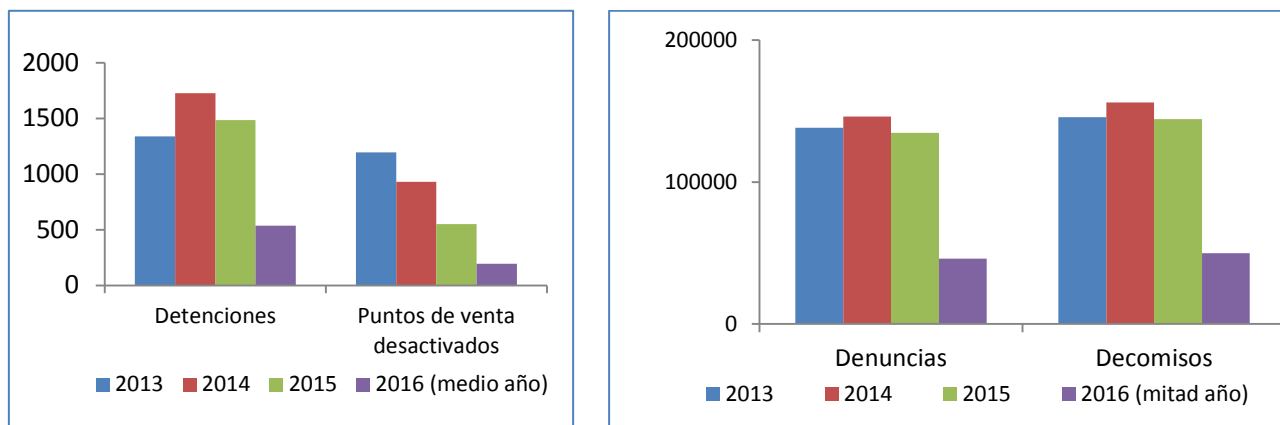
El CITCO elabora anualmente un Plan Operativo, que será impulsado por las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, a través de las Juntas Locales de Seguridad y las Juntas de Seguridad, promoviendo acciones de coordinación entre los diversos Cuerpos Policiales para la respuesta policial al consumo y tráfico de drogas en zonas de ocio y diversión.

El Plan Operativo es de carácter anual, teniendo periodos en los que se intensifica la acción de los Cuerpos Policiales, con el objetivo de prevenir y reducir la oferta de drogas, estableciendo en la actualidad cuatro de fases de intensificación por año natural.

Las acciones de vigilancia policial (uniformada o de paisano) han reducido la oferta de drogas en los entornos previstos, unido a la colaboración de las Policías Locales y de personal de seguridad privada (Fig. 9.2).

Asimismo, la ejecución del Plan Estratégico se encuentra altamente valorada por la ciudadanía y por los empresarios del ocio, evitando con su ejecución problemas de orden público y comportamientos ilícitos o antisociales, tales como robos, reyertas y actos vandálicos en vehículos o mobiliario urbano.

Fig. 9.2. Control oferta zonas de ocio (Fuente: CITCO)



En definitiva, la presencia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en los entornos de los centros educativos y lugares de ocio tiene una función disuasoria y preventiva. La colaboración de las Policías Locales y de personal de seguridad privada ha conseguido crear una sensación de control policial permanente en estas zonas a la vez que logra una disminución del consumo de sustancias estupefacientes en las mismas.

De la aplicación de la citada Instrucción se han obtenido los datos referidos a drogas correspondientes al **periodo de acción 2013-2016**, que a continuación se indican (Tabla 9.2):

Tabla 9.2. Detenciones, denuncias, decomisos y puntos de venta desactivados en zonas de ocio (Fuente: CITCO)

	2013	2014	2015	2016*
Detenciones de Nacionales	898	1.286	1.081	420
Detenciones de Extranjeros	440	442	405	118
Detenciones	1.338	1.728	1.486	538
Denuncias	138.324	146.113	134.697	45.894
Total Decomisos	145.584	156.105	144.288	49.865
Puntos de Venta Desactivados	1.197	930	553	196
Aceite de hachís (gr)	185	100	40	792
Cocaína (g)	108.646	47.310	22.927	9.332
GHB (Éxtasis Líquido)(cc)	201	265	477	52
Hachís (g)	685.423	228.274	188.949	60.243
Heroína (g)	5.028	2.580	1.740	1.630
LSD (uds)	183	365	420	187
Marihuana (g)	387.116	538.539	306.364	83.608
MDMA - éxtasis (uds)	10.980	10.118	9.137	747
Sulfato de Anfetamina (g)	5.718	5.685	21.021	3.054
Psico-fármacos (uds)	15.953	7.315	8.210	1.465

* Datos correspondientes desde el 1 de enero al 8 de mayo de 2016 (fecha que abarca hasta la finalización de la segunda fase de intensificación del Plan Estratégico).

Por todo ello, el objetivo de este Plan es reducir la oferta de droga a los consumidores en las zonas, lugares y locales de ocio, obteniendo resultados satisfactorios a lo largo de los últimos años, conseguido crear una sensación de control policial permanente en estas zonas a la vez que logra una disminución del consumo de sustancias estupefacientes en las mismas.

La presencia policial ha contribuido también a la reducción de otros problemas de orden público, aumentando con ello la seguridad.

FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE UNIDADES DE SEGURIDAD CIUDADANA EN LA LUCHA CONTRA EL TRÁFICO DE DROGAS (MENORES Y JÓVENES):

La Ley Orgánica 4/2015, de protección de seguridad ciudadana, en vigor desde el 1 de julio de 2015, recoge las infracciones ya previstas en la anterior Ley Orgánica 1/92, relacionadas con el consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, agregando otras nuevas que sancionan:

- El traslado de personas, con cualquier tipo de vehículo, con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya delito.
- La ejecución de actos de plantación y cultivos ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal.
- El consumo de bebidas alcohólicas en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos cuando perturbe gravemente la tranquilidad ciudadana.

De la aplicación de esta Ley Orgánica, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, han obtenido en **2013, 2014, 2015 y 2016**, en relación al número de denuncias, los siguientes resultados (Tabla 9.3):

Tabla 9.3. Denuncias a la Ley Orgánica de Seguridad Ciudadana (L.O 4/2015) (Fuente: CITCO)

	2013	2014	2015	2016*
Total denuncias	383.182	381.326	356.442	189.721
Denuncias a la Ley de Seguridad Ciudadana, excluyendo las de los Planes de Ocio y Colegios	240.137	230.846	217.637	146.634
Denuncias a la Ley de Seguridad Ciudadana, a jóvenes de edad igual o inferior a 25 años	216.088	208.866	190.485	100.760

**Datos correspondientes desde el 1 de enero hasta el 30 de junio.*

El colectivo de los menores y jóvenes de hasta 25 años ostenta más del 50% de las denuncias efectuadas. Por parte de las Unidades de Seguridad Ciudadana se presta una especial atención sobre él, al requerir una mayor protección y tener una especial vulnerabilidad.

La valoración de la labor de las Unidades de Seguridad Ciudadana en la lucha contra el tráfico de drogas sobre los menores y los jóvenes, es efectiva, realizándose diariamente servicios preventivos y específicos dirigidos a disminuir el consumo, la tenencia o el tráfico de drogas en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos.

PLAN DE INSPECCIÓN A OPERADORES DE SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE DESVÍO A CANALES ILÍCITOS:

Acorde a la Instrucción nº 16/2005, de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre “Planificación y coordinación de la acción inspectora en los operadores de sustancias químicas catalogadas, susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas, se han establecido los **Planes Nacionales Anuales de Inspección Administrativa de Precusores, correspondientes a cada año** del periodo solicitado. En estos planes, se focaliza el control sobre los siguientes grupos de operadores:

- Aquéllos que no estando inscritos en el Registro General de Operadores, se les haya observado algún tipo de irregularidad administrativa y se considere pertinente la verificación de sus actividades.
- Los que estando inscritos, hayan remitido al Área de Precusores algún tipo de documentación en la que tras su análisis, se presuponga la comisión de irregularidades o no concuerden los datos aportados.
- Los que estén operando con una gran cantidad de sustancias catalogadas en su actividad de comercialización o de procesamiento.
- Los que utilicen en sus actividades sustancias sometidas a un especial seguimiento por ser objeto de desvío frecuente a nivel internacional, como el ácido fenilacético utilizado en la fabricación ilícita de drogas de tipo anfetamínico.
- Los de reciente inscripción en el Registro General de Operadores, que no han sido inspeccionados.
- Aquellos que habiendo sido inspeccionados recientemente, se les hubiere observado en la inspección un control poco eficiente a fin de comprobar si las deficiencias han sido subsanadas.
- Los que no remitido al CITCO el Cuestionario Anual de Operaciones de años anteriores o que presenten graves errores o hayan sido enviados incompletos.

Los encargados de llevar a cabo la ejecución del Plan Nacional Anual de Inspección han sido, según lo establecido en la ya citada Instrucción 16/2005, la Unidad Central de Inspección de Operadores (UCIO), del CITCO junto a las unidades especializadas en la represión del tráfico de drogas de la Policía Nacional y de la Guardia Civil.

La siguiente tabla 9.4 refleja el número de inspecciones llevadas a cabo por cada uno de los grupos inspectores citados en los últimos cuatro años.

Tabla 9.4. Nº Inspecciones a operadores de sustancias susceptibles de desvío a canales ilícitos (Fuente: CITCO)

Año	UCIO	Policia	Guardia Civil	TOTAL
2013	37	26	26	89
2014	37	25	26	88
2015	33	29	25	87
2016	26	31	30	87

Como resultado de todas las inspecciones llevadas a cabo en estos cuatro últimos años, se ha comunicado a la Delegación del Gobierno correspondiente, la existencia de las siguientes infracciones (Tabla 9.5):

Tabla 9.5. Infracciones de operadores de sustancias susceptibles de desvío a canales ilícitos (Fuente: CITCO)

AÑO	TIPO DE INFRACCIÓN	SUSTANCIA CATALOGADA	COMUNIDAD
2013	Muy grave	Permanganato Potásico	Extremadura
	Muy grave	Permanganato Potásico	Castilla y León
	Muy grave	Piperidina	Cataluña
	Muy grave	Anhídrido Acético	Cataluña
	Muy grave	Permanganato Potásico	C. Valenciana
	Grave	Piperidina	Cataluña
	Grave	Anhídrido Acético	Cataluña
2014	Muy grave	A. Clorhídrico y Acetona	Cataluña
2015	Muy grave	A. Fenilacético	Andalucía
	Muy grave	Permanganato Potásico	Madrid
	Muy grave	Permanganato Potásico	Navarra
	Muy grave	Permanganato Potásico	Andalucía
	Grave	Permanganato Potásico	C. Valenciana
	Grave	Permanganato Potásico	Cataluña
	Grave	Piperidina	Cataluña
2016 ¹	Muy grave	Piperonal	Cataluña
	Muy grave	Permanganato Potásico	P. Vasco
	Muy grave	Permanganato Potásico	Cataluña
	Muy grave	Permanganato Potásico	Murcia
	Muy grave	--	Madrid
	Grave	Permanganato Potásico	Murcia
	Grave	--	Andalucía

En cuanto al **grado de cumplimiento de los objetivos** planteados en los sucesivos planes anuales de inspección, cabe destacar los siguientes extremos:

- Se ha velado por la observancia de la normativa en lo referido a la puesta en el mercado de sustancias catalogadas, mediante la inspección a operadores de reciente inscripción, facilitándoles toda la información al respecto y abriendo una vía de comunicación directa para cualquier consulta posterior que realicen efectuar.
- Del mismo modo, se ha revisado la actividad de otros operadores. En algunos de ellos se detectaron durante la correspondiente inspección, pequeños errores administrativos en los que en cada caso se instó a su subsanación y se informó de los aspectos más importantes de la normativa en vigor.

¹ Hasta el 10 de diciembre

- Se ha agilizado el intercambio de comunicación al haber tenido un trato directo en las dependencias del propio operador, no sólo con el agente responsable, sino también con personal encargado de realizar actividades con estas sustancias.
- Durante el desarrollo de las inspecciones y de forma directa, se aporta información al operador sobre los usos ilícitos de las sustancias catalogadas, usos que son desconocidos por el personal designado de los operadores y cuyo conocimiento contribuye de manera notable a la sensibilización y concienciación en su colaboración con las autoridades.
- En los últimos cuatro años se han observado un total de 22 infracciones de distinta gravedad a operadores que no realizaban el debido control sobre las sustancias químicas catalogadas.
- Con ocasión de los expedientes sancionadores incoados, se han establecido o modificado nuevos protocolos de actuación con lo que, de manera mayoritaria, se ha mejorado la comunicación de datos por parte de los operadores con el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado.

REFORZAR LAS RELACIONES CON PAÍSES DE ESPECIAL RELEVANCIA PARA ESPAÑA EN EL TRÁFICO DE DROGAS:

En esta materia, el refuerzo de las relaciones con países de especial relevancia para España en el tráfico de drogas en las que se encuentra involucrado el CITCO, es de destacar:

- La Unión Europea, a través de EUROPOL, dentro del Ciclo Político de la UE 2013-2017 de Lucha contra el Crimen Organizado y la delincuencia grave, gestiona el Proyecto EMPACT (European Multidisciplinary Platform Against Criminal Threats), destinado al desarrollo de acciones tendentes a luchar contra determinados tipos de delitos graves relacionados con el crimen organizado que se consideran prioritarios en la UE.

A través del Director del CITCO, como Coordinador Nacional Empact (NEC), de todas las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad involucrados en estas acciones en nuestro país (Policía Nacional, Guardia Civil y Agencia Tributaria (Aduanas) y, dentro de estos delitos prioritarios identificados, entre los que se encuentran las drogas sintéticas, la cocaína y la heroína, se consigue reforzar las relaciones no solo entre los 28 países UE en relación con esta problemática, sino con aquellos otros países terceros, prioritarios no solo para España sino también para la UE, a través de este proyecto EMPACT en materia de drogas.

Estas acciones incluyen la planificación y ejecución de actividades operativas anuales, en las que EUROPOL coordina a los Estados Miembros participantes en cada una de las nueve prioridades seleccionadas, entre las que se encuentran esos tres tipos de drogas

- El CITCO, mantiene una estrecha colaboración con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores, para el desarrollo formativo e intercambio de información en materia de inteligencia y prospectiva sobre

crimen organizado, y en especial el tráfico de drogas, afianzando y reforzando las relaciones con Agencias, Centros Homólogos y Organismos Internacionales de los países Iberoamericanos y del Caribe.

FAVORECER EL INTERCAMBIO DE INTELIGENCIA, ASÍ COMO DE HERRAMIENTAS Y PRODUCTOS EN PRO DE OPTIMIZAR LA LUCHA CONTRA EL TRÁFICO DE DROGAS:

En esta materia, en relación con el favorecimiento del intercambio de inteligencia, así como de herramientas y productos en pro de optimizar la lucha contra el tráfico de drogas en la que se encuentra involucrado el CITCO, es de destacar:

- El CITCO desarrolla, participa y dirige el Proyecto del Sistema Estratégico Iberoamericano sobre Operaciones contra el Crimen Organizado (SEISOCO) integrado actualmente por ocho países Iberoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Méjico, Panamá, Perú y España), en el que se intercambia información estratégica entre los países participantes en materia de crimen organizado, con especial incidencia en el tráfico de drogas.
- El CITCO, es miembro permanente y participa en las reuniones de la CLACIP (Comunidad Latinoamericana y del Caribe de Inteligencia Policial) para intercambio de información en materia de inteligencia contra el crimen transnacional, con especial incidencia del relacionado con el tráfico de drogas.
- La Plataforma Bogotá, creada en 2013, se estableció para el intercambio de información sobre la lucha contra el tráfico transatlántico de cocaína. Liderada por España y con base en Bogotá, fue impulsada por el Ministerio del Interior español y el CITCO está directamente implicado en su dirección, desarrollo y seguimiento, participando en la misma distintos países de la UE, así como del continente americano.
- El CITCO, realiza anualmente un Curso de Inteligencia aplicado a la lucha contra el crimen organizado en el que, entre otras cuestiones, se evalúan herramientas y productos de inteligencia en materia de crimen organizado y tráfico de drogas, a la que asisten miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Policías Autonómicas, SEPBLAC, Fuerzas Armadas y Países Iberoamericanos.

•

Objetivo General 10. Prevención del blanqueo de capitales



Objetivo General 10. Prevención del blanqueo de capitales

Este objetivo es competencia del Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO) del Ministerio del Interior. Y se ha desarrollado a través de las siguientes líneas de acción:

FORTALECIMIENTO DE INVESTIGACIONES DE LA DELINCUENCIA FINANCIERA ASOCIADA AL TRÁFICO DE DROGAS.

Las investigaciones policiales dirigidas al blanqueo de capitales constituyen la principal herramienta de lucha contra las organizaciones criminales en general y contra el tráfico de estupefacientes en particular.

En este sentido y entre los años 2013-2016, desde el CITCO se han intensificado las iniciativas de cooperación y especialización respecto de la investigación patrimonial de estas organizaciones criminales, tanto a nivel nacional como internacional.

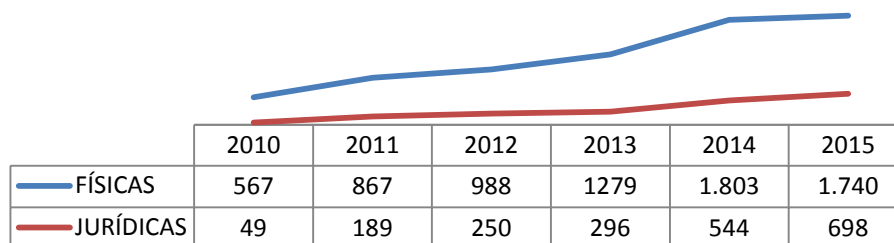
- Nacional: Realización de 5 cursos de “Especialización en la investigación policial del Blanqueo de Capitales, la importancia de la investigación patrimonial y la recuperación de activos” en los que participan expertos pertenecientes a unidades policiales, fiscales, magistrados y Unidad Inteligencia Financiera.
- Internacional: Se ha desarrollado una participación activa en las 9 reuniones de la Plataforma ARO de la Unión Europea y en las 8 del GAFILAT / RAAG.

REFORZAR LAS RELACIONES CON PAÍSES DE ESPECIAL RELEVANCIA PARA ESPAÑA EN EL BLANQUEO DE CAPITALS PROCEDENTES DEL TRÁFICO DE DROGAS.

Hay que destacar el aumento de intercambio de información que habido en el seno de las dos plataformas ARO regionales de las que España forma parte, pasando de 1.279 personas físicas y 296 personas jurídicas en el año 2013, a 1.740 personas físicas y 698 personas jurídicas en el año 2015 (Fig. 10.1).

El 62 % de las peticiones de intercambio de información en el año 2015 lo ha sido por blanqueo de capitales y tráfico de drogas.

Fig. 10.1. Intercambio de información de España con otras ORAs
Personas físicas y jurídicas investigadas (Fuente: CITCO)



A falta de cerrar la memoria del año 2016, se pueden confirmar unos datos muy aproximados a los que hubo en el pasado año 2015.

Dando cumplimiento a la Decisión 2007/845/JAI del Consejo, de 6 de diciembre de 2007, sobre cooperación entre los Organismos de Recuperación de Activos de los Estados miembros en el ámbito del seguimiento y la identificación de productos del delito o de otros bienes relacionados con el delito, el CITCO en el año 2009 se constituyó como Oficina de Recuperación de Activos (O.R.A.) en el seno del Ministerio del Interior para intercambiar información respecto de bienes y activos de personas investigadas policialmente en cualquiera de los EEMM de la Unión Europea.

Posteriormente, en el año 2013, España pasó a formar parte de la RRAG - Red de Recuperación de Activos del GAFILAT (Grupo de Acción Financiera contra el lavado de activos en Latinoamérica), propiciando con ello el intercambio de inteligencia e información con el resto de los 16 países iberoamericanos que forman parte del GAFILAT (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay).

Durante el año 2015, el uso de la Oficina de Recuperación de Activos y de la plataforma RRAG, como canales de cooperación internacional con Oficinas de esta naturaleza de la UE y Latinoamérica, respectivamente, mantiene la tendencia alcista que viene arrastrando desde que se constituyeron, ello indica que cada vez más se consolidan como herramientas eficaces en la lucha contra la criminalidad organizada cuyo objetivo principal es el beneficio económico.

FAVORECER EL INTECAMBIO DE INTELIGENCIA, ASÍ COMO DE HERRAMIENTAS Y PRODUCTOS EN PRO DE OPTIMIZAR LA LUCHA CONTRA EL BLANQUEO DE CAPITALES ASOCIADO AL TRÁFICO DE DROGAS.

La lucha contra el blanqueo de capitales en general, y el asociado al tráfico de drogas en particular, es prioritario en la lucha contra el crimen organizado y así está reflejado en la Estrategia de Seguridad Nacional 2013 cuando se abordan las líneas de acción estratégica de lucha contra el crimen organizado, como uno de los principales riesgos y amenazas a la Seguridad Nacional.

Entre las líneas de acción estratégica de lucha contra el crimen organizado de la mencionada Estrategia de Seguridad Nacional se establece la necesidad de avanzar en la armonización de las legislaciones en materia de incautación de bienes de las organizaciones criminales con los países de referencia para España así como potenciar y mejorar las investigaciones por blanqueo de capitales con la finalidad de minimizar su impacto en el ámbito económico y financiero.

Por todo ello, desde el ámbito del CITCO se continúa avanzando en todo tipo de cuestiones relacionadas con la investigación e intercambio de información relacionada con el blanqueo de capitales asociado a todo tipo de actividades criminales, siendo el tráfico de drogas prioritario entre las mismas. Así se puede indicar:

- El CITCO realiza anualmente un Curso de Inteligencia aplicado a la lucha contra el crimen organizado en el que, entre otras cuestiones, se evalúan herramientas y productos de inteligencia en materia de crimen organizado y tráfico de drogas en las que se hace especial insistencia en el blanqueo de capitales, a la que asisten miembros de las Fuerzas y Cuerpos de

Seguridad del Estado, Policías Autonómicas, SEPBLAC, Fuerzas Armadas y Países Iberoamericanos.

- El CITCO mantiene una estrecha colaboración con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores, para el desarrollo formativo e intercambio de información en materia de inteligencia y prospectiva sobre crimen organizado, y en especial el tráfico de drogas y el blanqueo de capitales asociado al mismo, por el que se realizan distintos seminarios internacionales en Iberoamérica donde se intercambia información estratégica con distintos países de la zona en relación, entre otras materias, con el blanqueo de capitales.

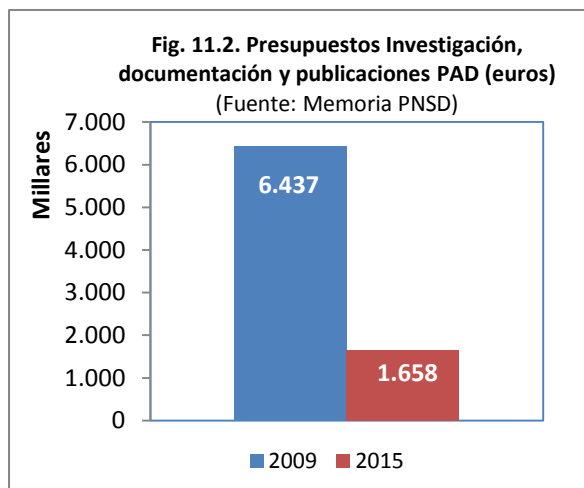
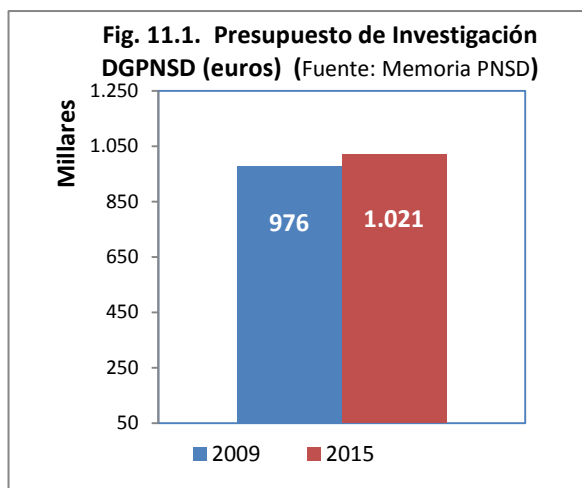
A través de las Bases de Datos sobre crimen organizado existentes en el CITCO se recoge y analiza la información referente al blanqueo de capitales llevado a cabo por los distintos grupos de crimen organizado que actúan en nuestro país, realizando informes estratégicos, e intercambio de información con distintos actores, sobre esta materia.

Objetivo General 11: Investigación y mejora del conocimiento

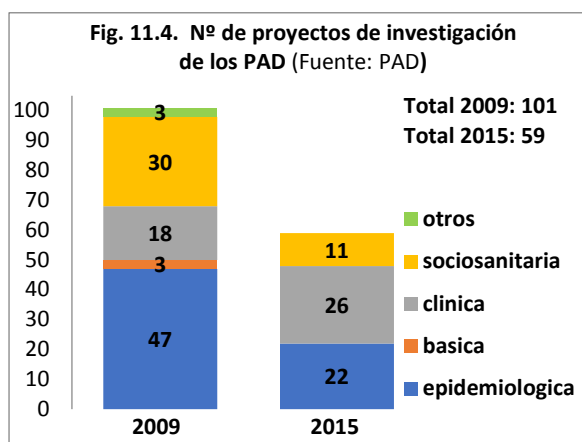
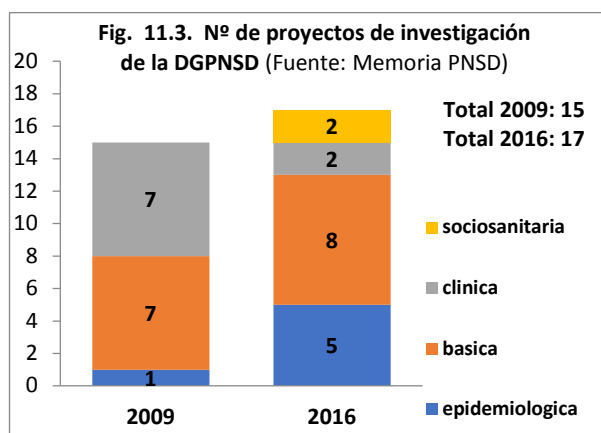


Objetivo General 11: Investigación y mejora del conocimiento

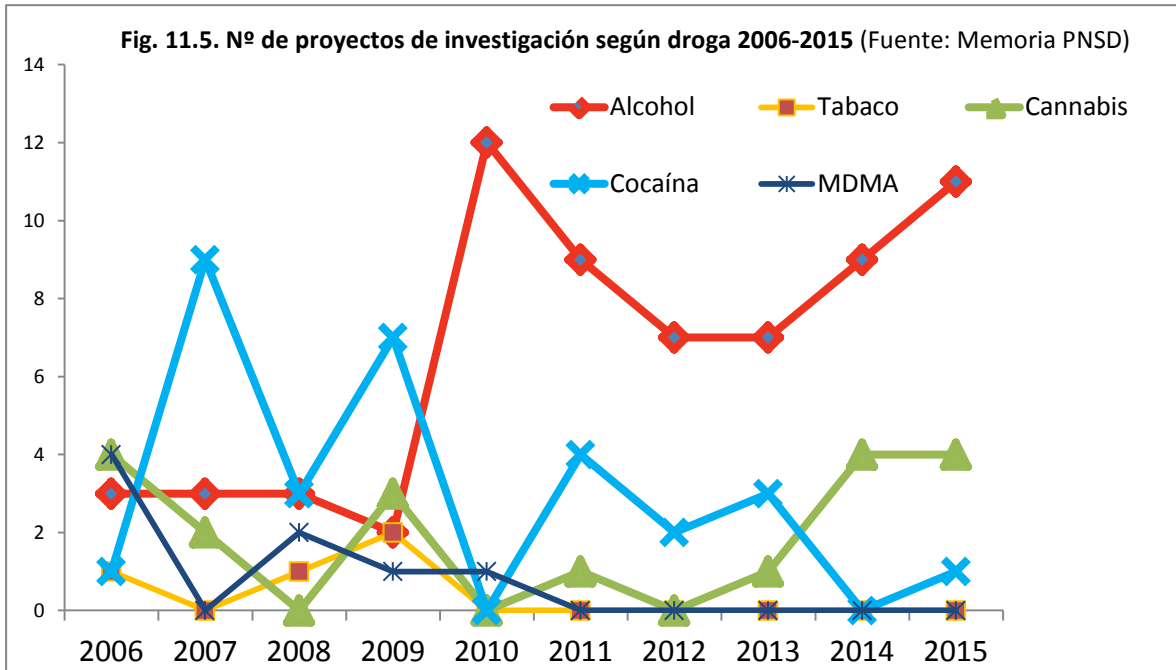
La END 2009-2016 planteaba como objetivo incrementar la cantidad y la calidad de la investigación, con el fin de conocer mejor las variables relacionadas con las drogas y su capacidad de producir adicción, su consumo, su prevención y su tratamiento, así como la efectividad y eficiencia de las actuaciones realizadas.



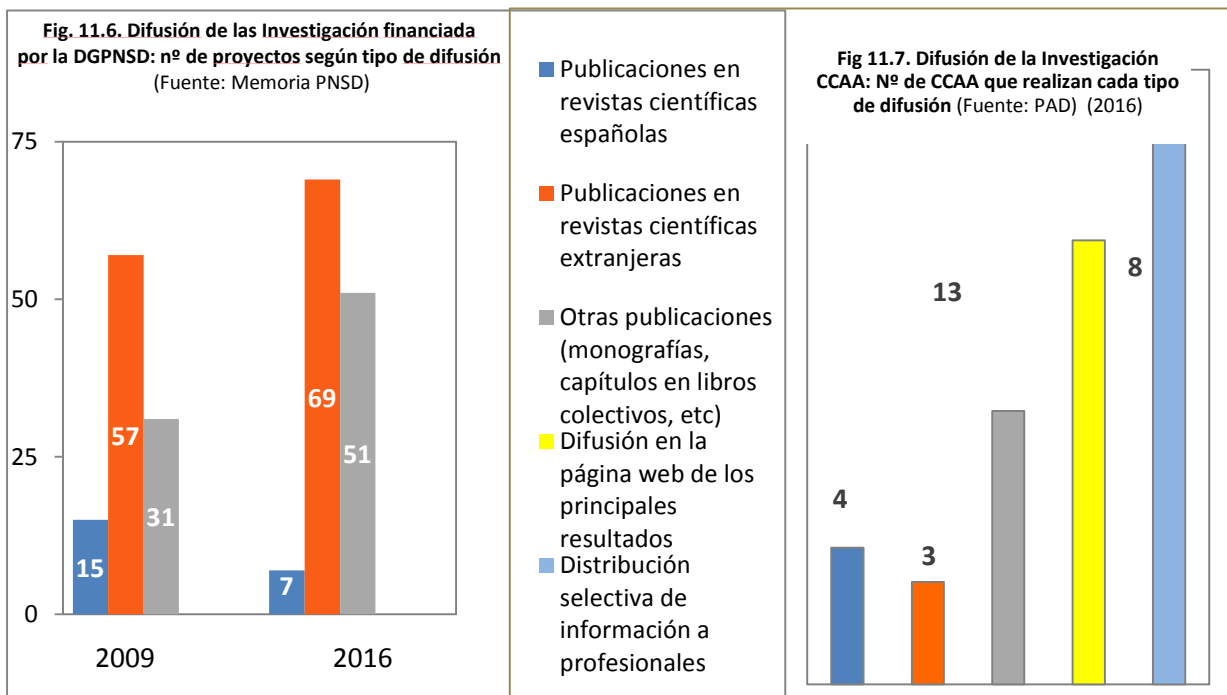
La investigación es una de las áreas más afectadas por las reducciones presupuestarias. Aunque la DGPNSD ha mantenido e incluso incrementado el presupuesto de este capítulo por las aportaciones del Fondo de Bienes Decomisados al Narcotráfico (Fig. 11.1), los PAD no han podido hacer lo mismo y han reducido su presupuesto casi a la cuarta parte. Este hecho se traduce en el volumen de investigación financiada, que se ha reducido a la mitad en el caso de los PAD (Fig. 11.2). En 2015 han financiado 59 proyectos de investigación, mientras que en 2009 fueron 101 (Fig. 11.4). En el caso de la DGPNSD, se ha pasado de 15 en 2009 a 17 en 2016, siendo mayoritariamente proyectos de investigación básica (Fig. 11.3). En cuanto a las áreas de investigación, también ha habido cambios en el caso de los PAD (Fig. 11.4): en 2009 se financiaban sobre todo proyectos de investigación epidemiológica y socio sanitaria, mientras que en 2015 el área clínica es la que concentra la mayor cantidad de estudios financiados.



En el caso de los proyectos financiados por la DGPNSD (Fig. 11.5), la mitad se centran en el alcohol, droga que empezó a ser el foco de atención en 2009. La cocaína ha seguido la tendencia contraria: fue centro de la atención antes de 2009, pero a partir de ahí el número de proyectos sobre esta droga se reduce. El cannabis es actualmente la segunda droga con más proyectos de investigación financiados.



En cuanto a la difusión de la investigación, en el caso de los PAD se realiza básicamente a través de la web o selectivamente a los profesionales (Fig. 11.7). La financiada por la DGPNSD se realiza prioritariamente a través de publicaciones en revistas científicas de ámbito internacional y en monografías o libros (Fig. 11.6).



CONCLUSIONES

Los PAD financian principalmente proyectos de investigación epidemiológica, clínica y socio-sanitaria. La DGPNSD financia principalmente de investigación básica y clínica, aunque en 2016 aumentó discretamente el número de proyectos de investigación epidemiológica y socio-sanitaria.

La investigación sobre alcohol ha sido una de las líneas más financiadas por la DGPNSD (50% de los proyectos), seguida de la cocaína y, desde 2013, se observa un aumento de los proyectos financiados sobre cannabis.

La difusión de la investigación de los PAD se realiza principalmente a través de la web o selectivamente a los profesionales. La difusión de la investigación financiada por la DGPNSD se realiza a través de publicaciones en revistas científicas y monografías o libros.

RECOMENDACIONES

La investigación sobre adicciones financiada desde la Administración debe estar en consonancia con el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-20. Hay que reforzar el trabajo en red de los investigadores y los grupos multicéntricos, especialmente internacionales.

Se recomienda favorecer la investigación socio-sanitaria y epidemiológica, para conocer mejor el perfil de los nuevos consumidores, los consumidores crónicos y aquellos de edad avanzada, desde una perspectiva de necesidades.

Ante el aumento de su consumo y de los problemas relacionados, es necesario reforzar la investigación y la recogida de información sobre el consumo de cannabis y sus efectos a medio y largo plazo.

Debe darse una mayor difusión de los resultados de la investigación financiada y su aplicabilidad, tanto a nivel de páginas web como de publicaciones científicas, desde los PAD y la DGPNSD.

Objetivo General 12: Evaluación sistemática de programas y actuaciones.



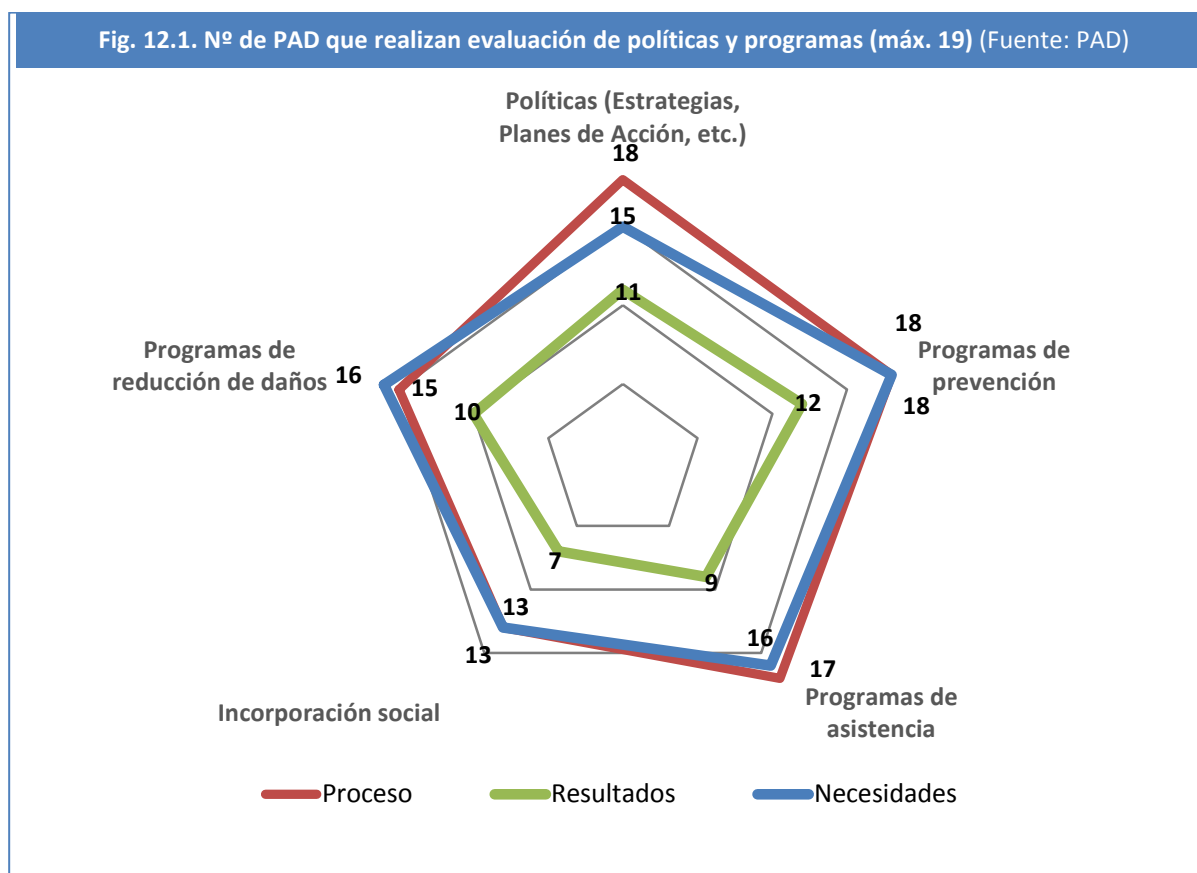
Objetivo General 12: Evaluación sistemática de programas y actuaciones.

La Estrategia propone como objetivo “potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas”. Para analizar el grado de logro de este objetivo se consultó a los PAD por la actividad de evaluación realizada en su territorio.

Se analizaron dos aspectos:

- El área sobre la que se realizaba la evaluación: políticas y estrategias; programas de prevención, de asistencia, de incorporación social o de reducción de daños,
- Tipo de evaluación realizada: según fuera de necesidades, de procesos y resultados.

Fig. 12.1. Nº de PAD que realizan evaluación de políticas y programas (máx. 19) (Fuente: PAD)

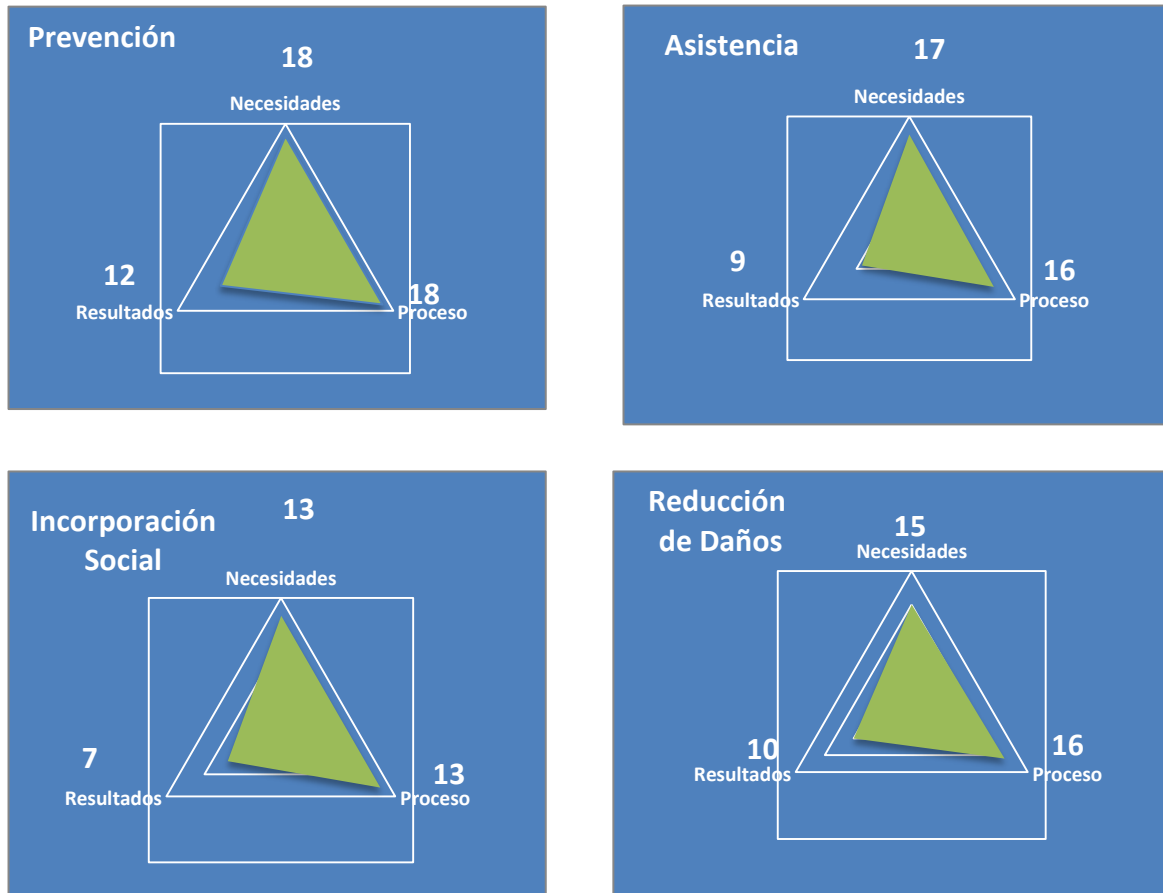


Según los datos, hay un buen nivel de actividad de evaluación, ya que se realizan actividades de evaluación de programas de forma sistemática, sobre todo de necesidades y de procesos y, en menor medida, de resultados (Figs. 12.1 y 12.2)). El área donde más se ha incorporado la evaluación es la de prevención. En asistencia, hay un buen nivel de evaluación de los procesos, por encima de la evaluación de las necesidades, que también es muy alta. Además, en los últimos cuatro años, más de la mitad de los PAD ha realizado informes de evaluación de procesos y resultados de programas y de los servicios de atención a las drogodependencias. En reducción de daños ocurre al revés, está algo más extendida la evaluación de necesidades que la de los procesos.

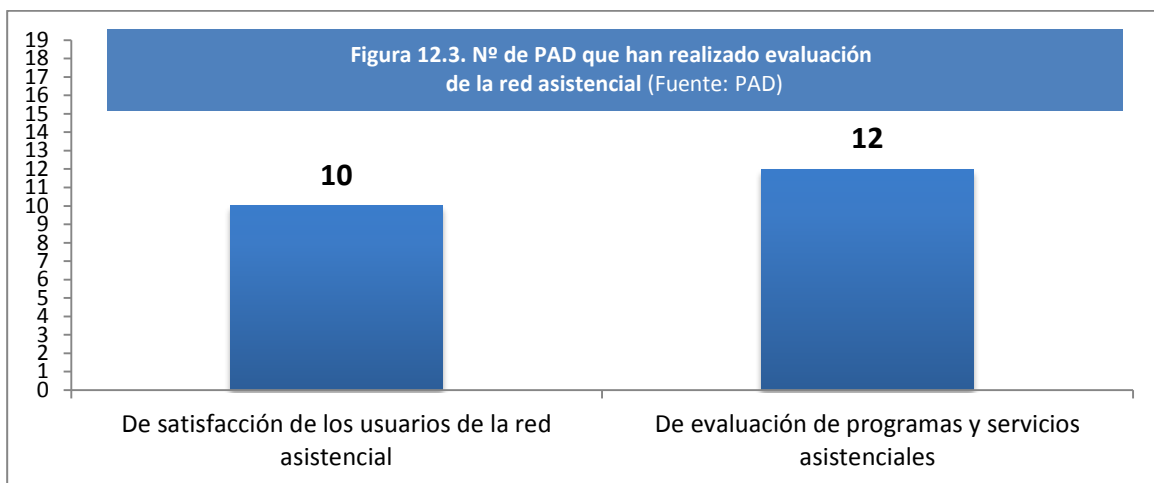
En el caso de las políticas, el grado de implementación de los diferentes tipos de evaluación es algo menor, quizás porque este aspecto se ha incorporado más recientemente, aunque llama la

atención que la evaluación de necesidades no esté totalmente generalizada como base para el diseño de políticas y estrategias.

Figura 12.2. Número de PAD que realiza cada tipo de evaluación, según área de intervención. Máximo =19.
(Fuente: PAD)



Algunos PAD realizan también estudios de valoración de la satisfacción de los usuarios de los recursos de drogas, e informes de evaluación de procesos y/o resultados de programas y servicios asistenciales (Fig. 12.3).



CONCLUSIONES

Se realizan actividades de evaluación de programas de forma sistemática, sobre todo de necesidades y de procesos y, en menor medida, de resultados.

Las políticas y los programas de prevención son los contextos más evaluados; los de incorporación social, los menos.

En los últimos cuatro años, más de la mitad de los PAD ha realizado informes de evaluación de procesos y resultados de programas y servicios de atención a las drogodependencias. La mitad de ellos ha realizado estudios de valoración de la satisfacción de los usuarios de la red de drogas.

RECOMENDACIONES

Es importante reforzar las actividades de evaluación de resultados, ya que no están tan generalizadas como las de necesidades y procesos.

En relación con los diferentes programas, es conveniente incrementar las actividades de evaluación de programas de incorporación social, manteniendo <al menos las del resto de programas.

En el mismo sentido, habría que generalizar estudios de valoración de la satisfacción de los usuarios de recursos de drogas y la realización de informes de evaluación de procesos y/o resultados de programas y servicios de atención.

Objetivo General 13: Formación.



Objetivo General 13: Formación.

La formación de los profesionales que trabajan en el sector de las drogas es un elemento fundamental que contribuye a la calidad de las intervenciones. Dada la complejidad del fenómeno y su abordaje multifactorial, los colectivos a los que se dirige la formación son muy variados.

Se pueden diferenciar dos grupos de profesionales a los que se destina la formación:

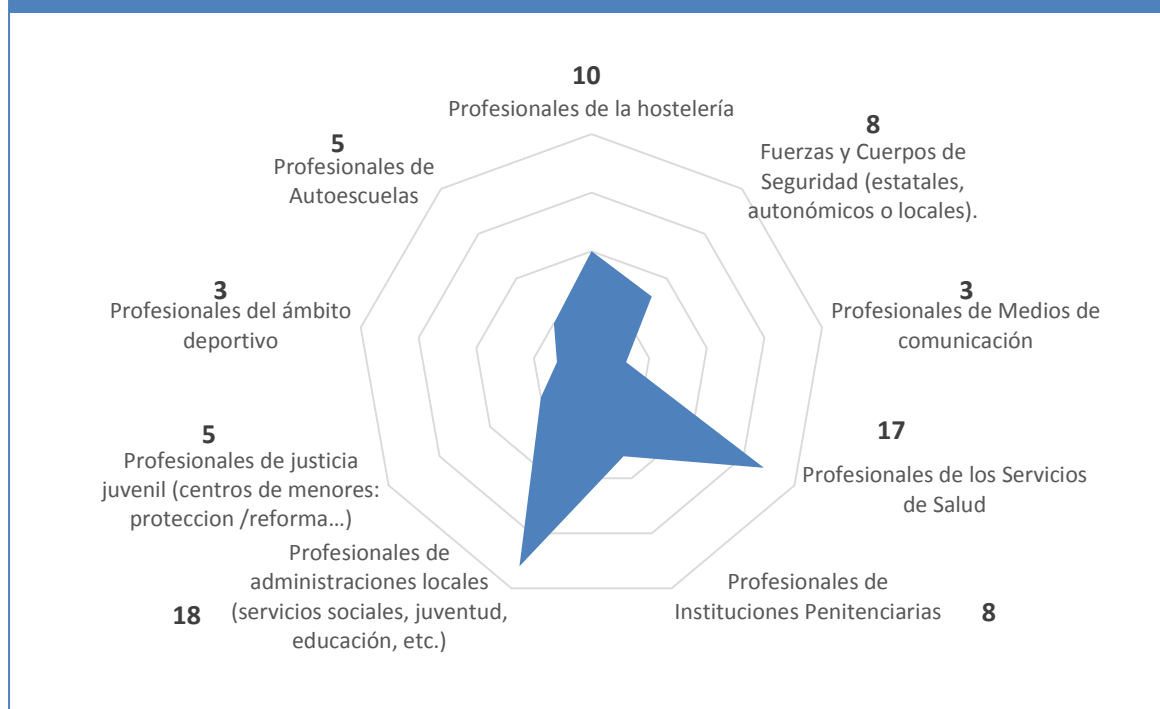
- Por un lado, los profesionales del sector, directamente vinculados a la prevención, asistencia, incorporación social o investigación.
- Por otro lado, profesionales externos a la red de drogas que trabajan en áreas con competencias relacionadas con las drogas.

En función de esto, las instituciones y organismos que realizan la formación de profesionales también pueden dividirse en:

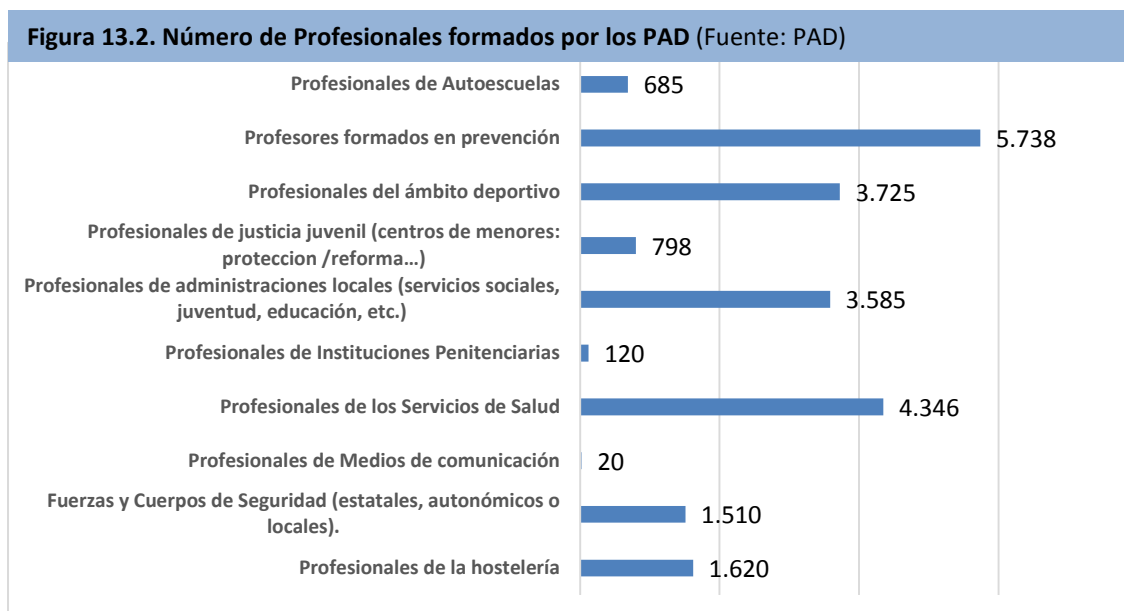
- Instituciones y organismos directamente vinculados con el sector: PAD; DGPNSD, ONG y Sociedades científicas del ámbito de las drogas.
- Otros organismos de la Administración central, autonómica y local, donde entrarían la DGT, II.PP, la FEMP y los departamentos de Educación, Sanidad y Servicios sociales.

Veremos por un lado la formación que se realiza desde los PAD, y por otro la realizada por los organismos con competencias indirectas.

Figura 13.1. Número de CC AA que realizan actividades de formación, según el tipo de colectivos profesionales a los que se dirige la formación (Fuente: PAD)

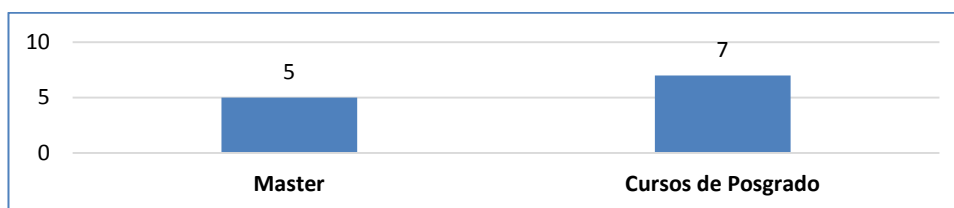


Los PAD centran sus esfuerzos de formación en los profesionales de las áreas de salud, educación y servicios sociales, es decir, a aquellos que tienen una relación más directa con el sector de las drogas, aunque cada vez más se incorporan a esta formación otros profesionales que actúan como mediadores, como son los profesionales de la hostelería, y las fuerzas y cuerpos de seguridad. Una minoría de PAD forman a los profesionales de centros de menores, medios de comunicación, autoescuelas o monitores deportivos (Fig. 13.1 y 13.2)).

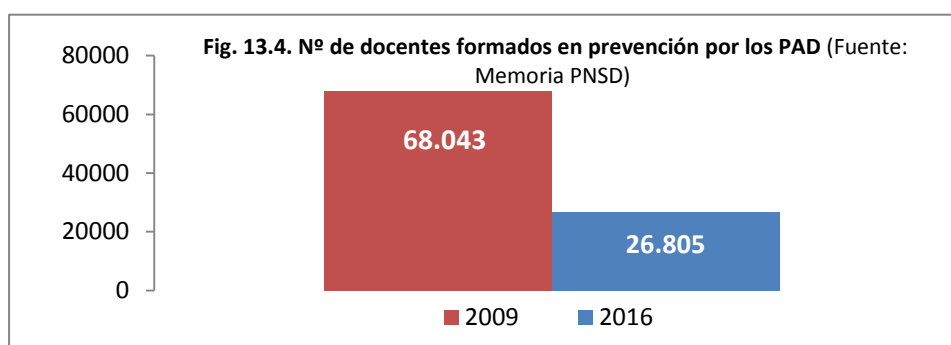


Además de esto, 5 CCAA disponen de Máster sobre drogodependencias y 7 de cursos de postgrado (Fig. 13.3).

Figura 13.3. Nº de CCAA que cuentan con Master y Cursos de Postgrado (Fuente: PAD)

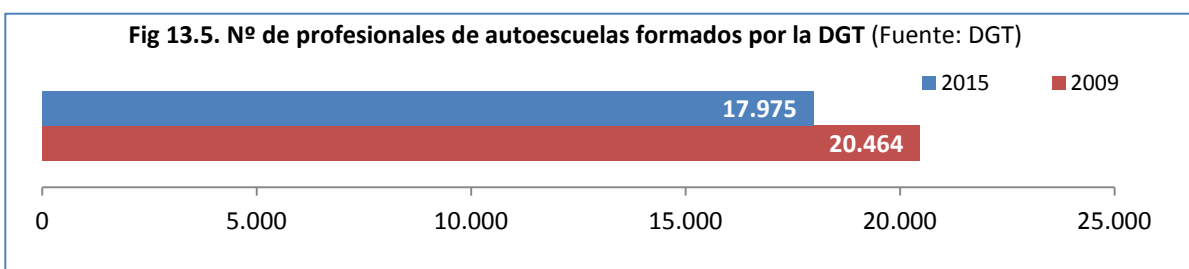


Mención aparte merece el profesorado de los centros educativos, por su papel central en la prevención escolar y por el volumen de profesionales que se forman cada año. En 2016 se formaron más de 25.000 docentes, lo que supone solo la tercera parte de los formados en 2009. Este es otro indicador que muestra la importante caída de la prevención escolar que hemos visto en el análisis del O.G. 3 de este informe (Fig. 13.4).

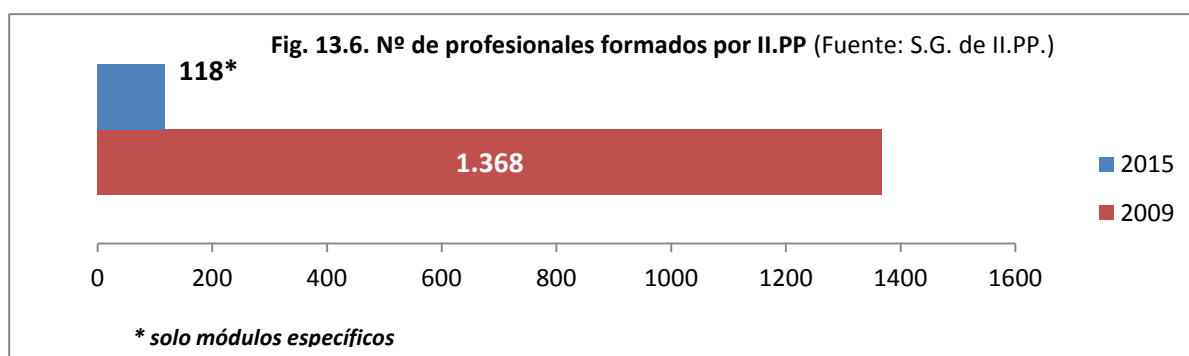


A la actividad formativa de los PAD hay que sumar la que realizan **otros departamentos de la Administración** con competencias indirectas. En esta evaluación se ha recogido información de la actividad desarrollada por la DGT, la Secretaría General de II. PP. y el sistema educativo, sobre el que se incluye una estimación de la formación del profesorado de enseñanzas secundarias realizada por los propios departamentos de educación, al margen de los PAD.

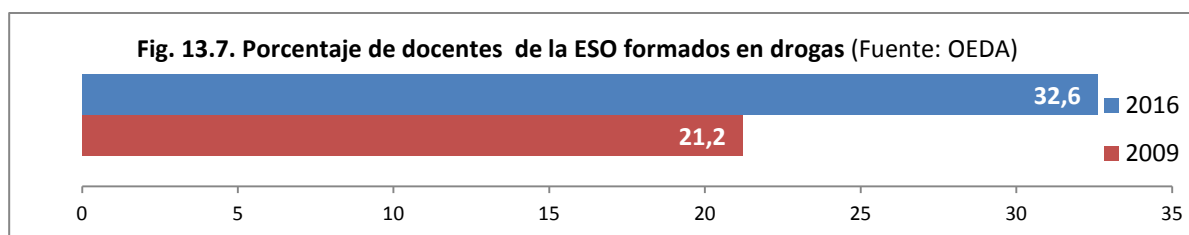
Dejando aparte el sistema educativo, el organismo que mayor nivel de actividad muestra es la DGT que, a pesar de su reducción respecto a 2009, sigue realizando una formación masiva de los profesionales de las autoescuelas para la prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol y las drogas (Fig. 13.5).



Por su parte, Instituciones Penitenciarias realiza una importante actividad formativa dirigida a los profesionales de las prisiones, aunque en el último año esta actividad se ha concentrado en los que trabajan en módulos específicos en los que se atiende solo a drogodependientes en programas de tratamiento (Fig. 13.6).



Por último, el sistema educativo también realiza una importante actividad formativa: según los datos de la encuesta al profesorado de la DGPNSD, y al contrario de los que ocurre con la formación a este colectivo realizada por los PAD, el porcentaje de profesorado de la ESO formado ha aumentado notablemente respecto a 2009. Pero, según esta encuesta, solo el 30% de los docentes formados en los últimos 5 años lo han hecho a través de los PAD (Fig. 13.7).



Conclusiones

La complejidad del fenómeno de las drogas y su abordaje interdisciplinar hacen que la formación en este ámbito sea también compleja por la cantidad de colectivos profesionales a los que se dirige y la diferente dependencia funcional de los mismos

La formación en drogas se realiza tanto desde el propio sector como desde otros con competencias indirectas en la materia. En muchos casos esta formación no se realiza de manera coordinada.

Los colectivos a los que más se dirige la formación son los profesores de colegios e institutos los profesionales sanitarios y el profesorado de las autoescuelas. En el periodo de vigencia de la END parece haber descendido la actividad formativa realizada tanto por los PAD como por otros departamentos de la Administración.

Recomendaciones

Se debería disponer de una oferta formativa consensuada, homologada y acreditada que tenga en cuenta los diferentes colectivos profesionales que trabajan en el sector.

Es imprescindible la coordinación con los departamentos y organismos con competencias indirectas en la materia para realizar una oferta conjunta que cumpla con los criterios de la anterior recomendación, evitar la duplicidad de los esfuerzos y garantizar la calidad de la misma.

La formación de profesionales con competencias directas e indirectas en materia de drogas y otras adiciones debería ajustarse a los perfiles profesionales de los colectivos formados. Para ello es necesario definir claramente dichos perfiles y sus necesidades de formación

Objetivo General 14: Optimizar la Coordinación Internacional



Objetivo General 14: Optimizar la Coordinación Internacional

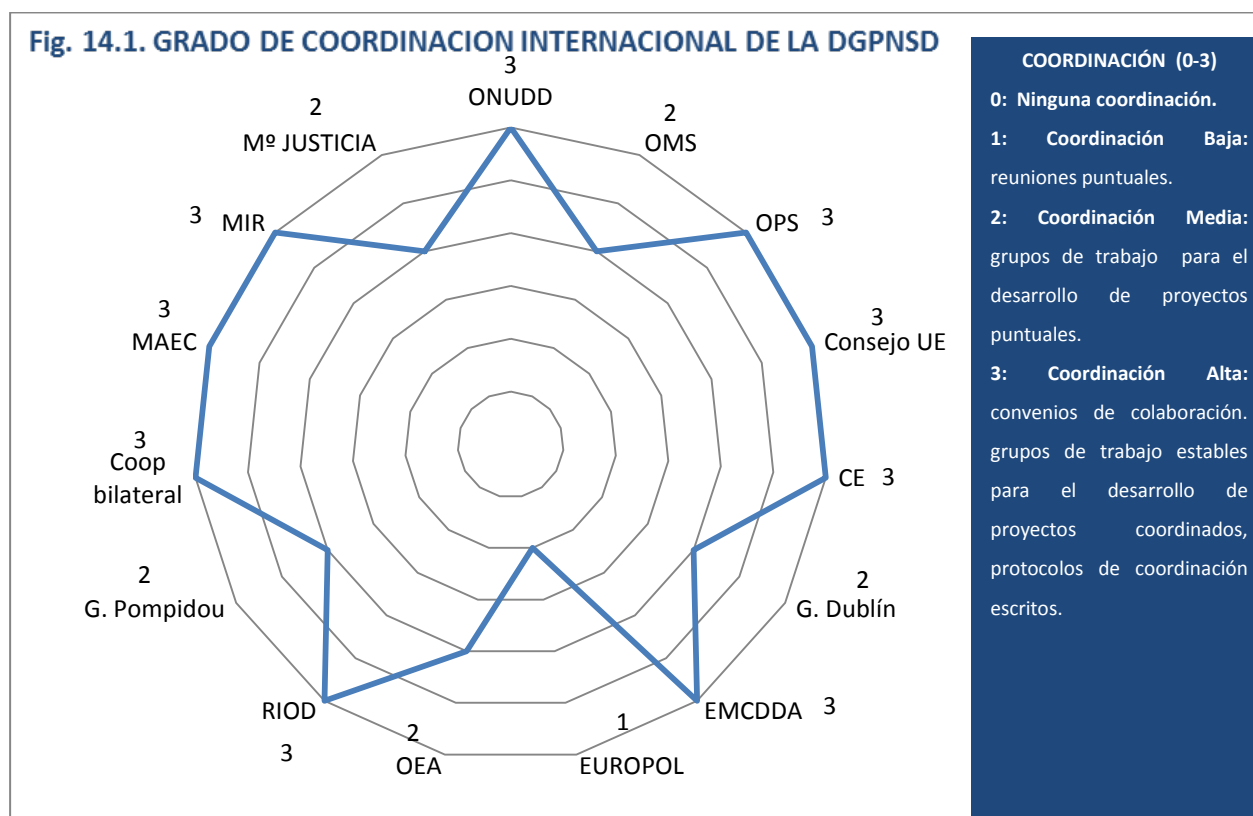
En el ámbito de las relaciones internacionales es fundamental una labor de representación continua de España en los distintos foros en los que se desarrollan las políticas y acciones internacionales sobre drogas, así como en los documentos que en estos se generan (Fig. 14.1). Esta es la actividad que sin duda más tiempo y recursos consume y que, debido a sus características, es difícil de plasmar y mensurar adecuadamente en una Estrategia o Plan de Acción.

La participación activa de la DGPND en proyectos internacionales seleccionados, relevantes y de calidad es una garantía de su implicación en las actividades más novedosas e innovadoras que se desarrollan en el ámbito de las adicciones.

En el período 2009-2016 se destacan las siguientes actividades

- Trabajo desarrollado durante del primer semestre de 2010 en la Presidencia Española del Consejo de la Unión Europea, presidiendo el Grupo Horizontal sobre Drogas y organizando la reunión de Coordinadores Nacionales de Drogas.
- Diseño e implementación del proyecto COPOLAD I y COPOLAD II, financiado por la Comisión Europea y liderado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Trabajo de preparación y participación en UNGASS (Sesión Especial de la Asamblea de Naciones Unidas) sobre la problemática mundial de las drogas en 2016.
- Participación en la Joint Action sobre Alcohol RARHA (Reducing Alcohol Related Harm) como socio colaborador.

Fig. 14.1. GRADO DE COORDINACIÓN INTERNACIONAL DE LA DGPNSD



Principios Rectores: Evidencia, Participación Social, Intersectorialidad, Integralidad, Equidad, Género



Para valorar este objetivo se han considerado los siguientes aspectos:

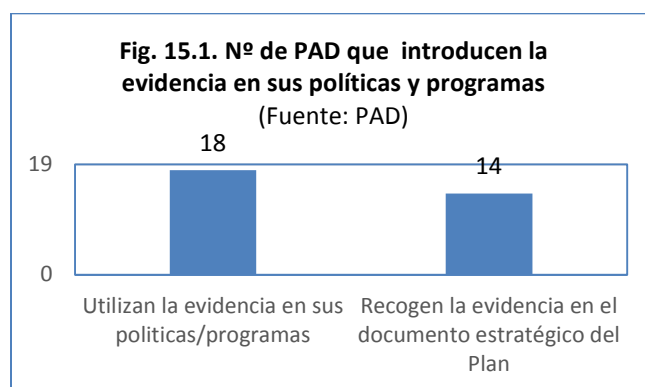
- La inclusión de la evidencia en políticas y programas en los PAD.
- La existencia de sistemas de acreditación y en su caso, grado de desarrollo de dicho sistema (en función de baremo utilizado en la evaluación (cuadro 4. Metodología).
- Estructuración de la oferta de programas y servicios de los PAD (catálogos de programas, carteras de servicios).
- Participación social: se evalúan los canales de participación puesto en marcha.
- Equidad: se valora la accesibilidad de los diferentes programas y servicios.
- Género: se valora la forma en la que se ha introducido la perspectiva de género en políticas y programas.

a. La inclusión de la evidencia en políticas y programas en los PAD

En los últimos años han aparecido fuentes y repertorios de evidencia y buenas prácticas en adicciones. Su consideración tanto en las políticas como en los programas es fundamental para garantizar la calidad de las intervenciones.

Los PAD han ido evolucionando en este sentido, introduciendo la evidencia de manera progresiva, pasando de ser una aspiración en la mayoría de los documentos estratégicos hasta introducirse en la práctica. En la actualidad, la mayoría de los PAD refiere considerar la evidencia para establecer sus objetivos estratégicos y también en el diseño de sus programas. Un alto porcentaje refiere que la recoge explícitamente en su documento de planificación estratégica (Fig. 15.1).

A pesar de que hay indudables avances en este sentido, la necesidad de mejorar la eficiencia de las intervenciones hace que sea uno de los retos y objetivos cruciales de próximas estrategias.



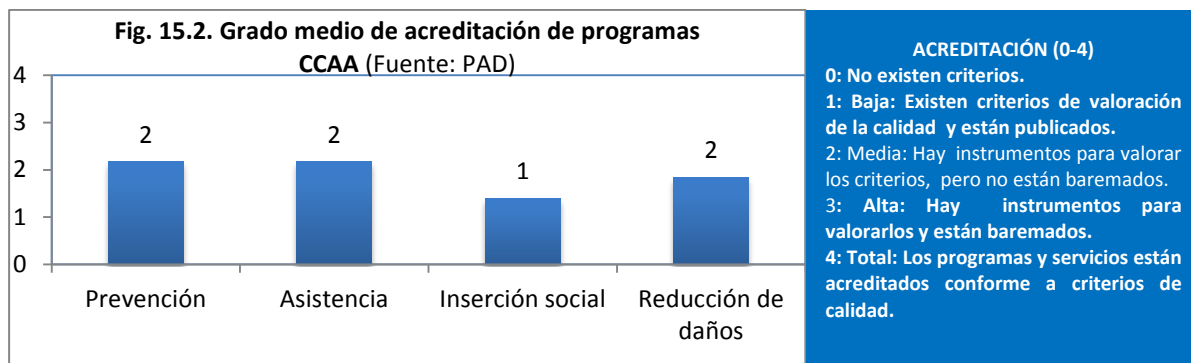
b. Existencia de sistemas de acreditación:

Del mismo modo que en el apartado anterior, y con más intensidad si cabe, han aparecido propuestas de diferentes organismos sobre criterios de acreditación y/o estándares de calidad para mejorar los programas y servicios. Los criterios de calidad son principios o reglas que sirven para implementar programas de la manera más apropiada. Abarca tanto aspectos formales (estructura, composición del personal...), como aspectos de proceso relacionados con la calidad (proceso de intervención, adecuación de contenidos, procesos de evaluación....).

España ha participado en proyectos internacionales para establecer consensos sobre dichos criterios de calidad (EQUUS; EDPQS; COPOLAD). Actualmente, estos proyectos están en fase de diseminación e implementación. Además, en el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 de la END, se creó un grupo de trabajo para adaptar los criterios europeos a la realidad española. Como resultado se aprobó, en el seno de la Comisión Inter Autonómica, un listado de criterios mínimos de calidad para el sector http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_31_Estandares_minimos.pdf

En este apartado se ha evaluado la aplicación de estos estándares por parte de los PAD, según una escala progresiva que va desde la no existencia de criterios (grado 0) hasta la aplicación total de filtros de calidad para todos los programas y servicios.

Según la información aportada por los PAD, el grado de acreditación de programas en España es medio, con un nivel similar para las áreas de Prevención y Asistencia y algo menor para Reducción de daños. Como ocurre con otros aspectos de esta evaluación, el área de Incorporación Social es la menos desarrollada (Fig. 15.2).



Hay muchas diferencias entre CC.AA: 8 de ellas muestran un buen grado de desarrollo en al menos una de las áreas de Reducción de Demanda (Fig. 15.4). En el resto hay claras oportunidades de mejora, ya que en casi todas cuentan con criterios de calidad, aunque su grado de implementación es dispar. A modo de ejemplo se presenta el perfil de acreditación en Prevención (Fig. 15.3).

Fig. 15.3. Grado de acreditación de programas de prevención en las CCAA (máx. 4) (Fuente: PAD)

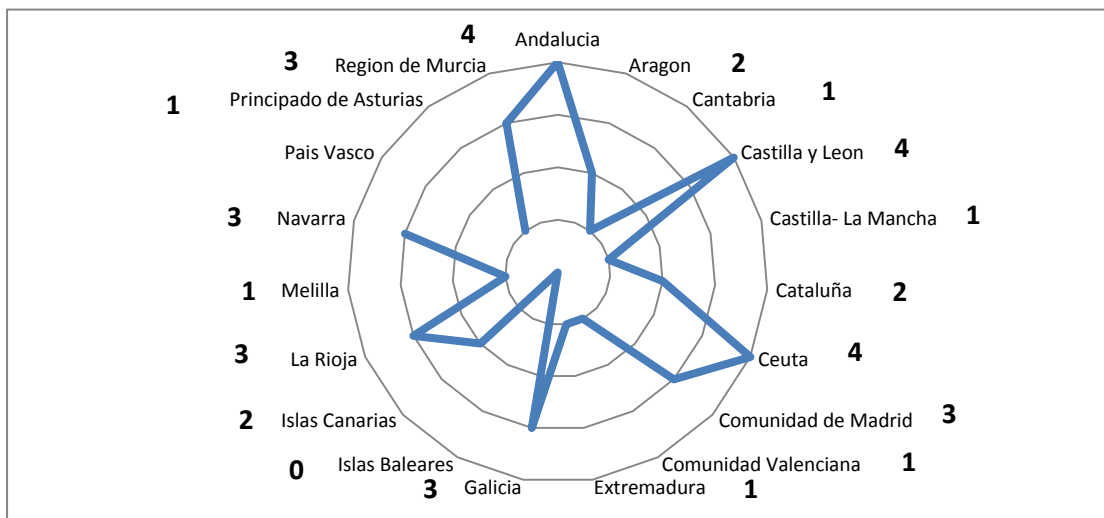
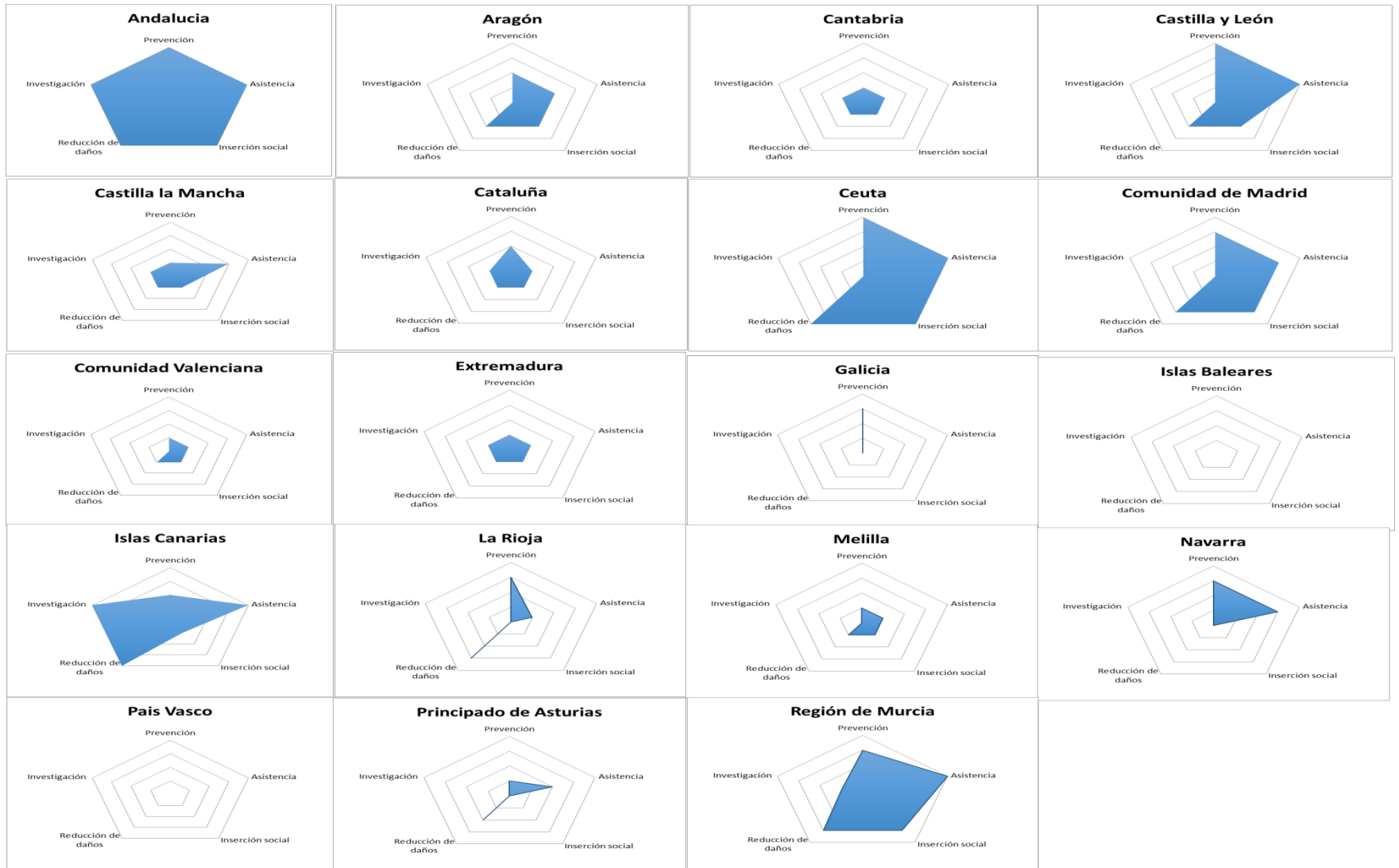


Figura 15.4. Perfiles de acreditación de las CCAA* (Fuente: PAD)

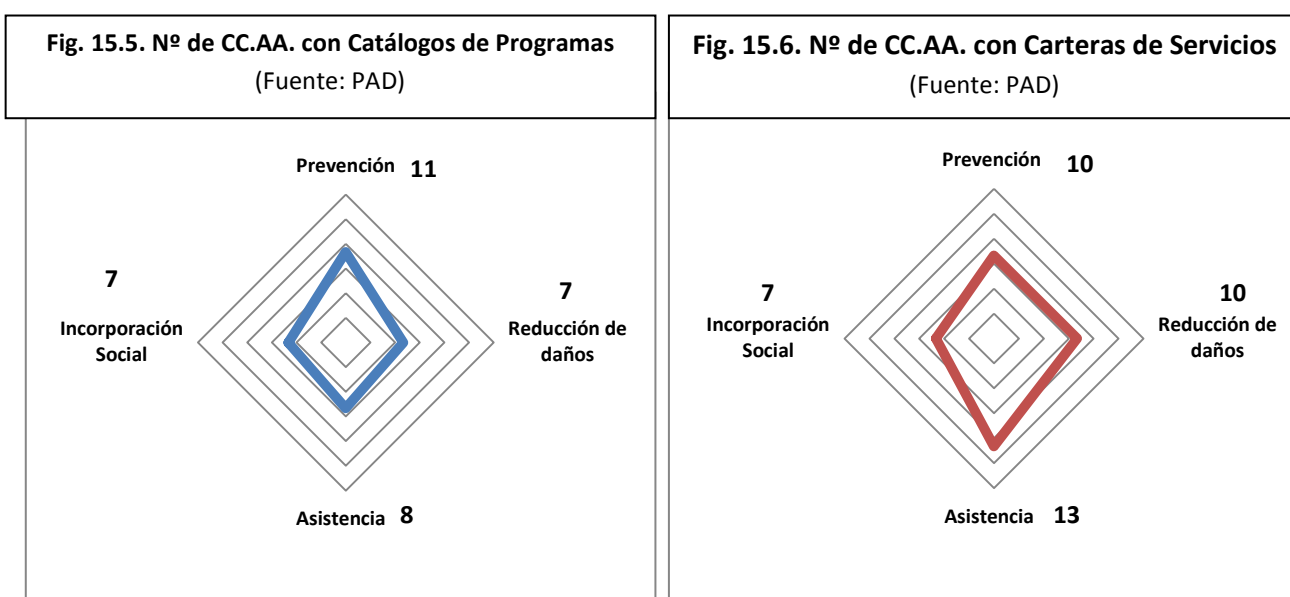


*País Vasco no aporta información

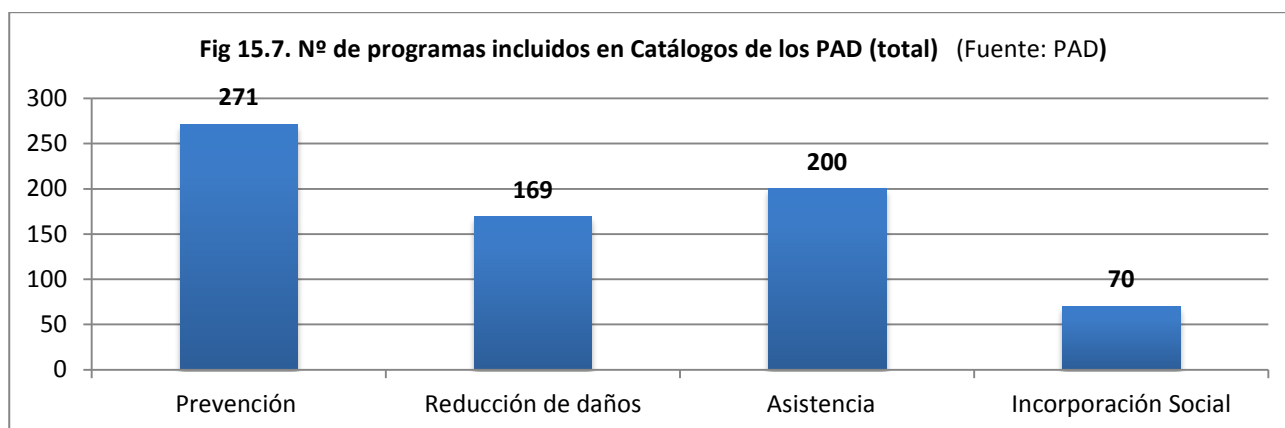
c. Estructuración de la oferta de programas y servicios de los PAD (catálogos de programas, carteras de servicios).

Tal y como se ha visto en la valoración de los objetivos 2,3,7 y 8, los PAD disponen de una oferta amplia y diversificada de programas y servicios en todas las áreas de actuación. En este apartado se valora si esta oferta está organizada y estructurada en catálogos de programas y/o carteras de servicios, según la dependencia funcional y orgánica de cada PAD (en aquellos cuya ubicación es el área de salud, es más probable el desarrollo de carteras, mientras que aquellos ubicados en áreas sociales desarrollan más catálogos de programas).

El grado de logro de este objetivo es medio: en torno a la mitad de los PAD disponen de alguno de estos instrumentos. El área asistencial es la que más desarrollo presenta en cuanto a las Carteras de Servicios y, como viene siendo habitual, la de Incorporación Social la que menos. En el caso de los Catálogos, es el área de Prevención la que claramente destaca sobre el resto (Fig. 15.5 y 15.6).



El Área con más número de programas es la de Prevención, seguida por la de Asistencia (Fig. 15.7). La media de programas por Catálogo, en el caso de la Prevención es de 25 programas; en Asistencia, también 25; en Reducción de Daños 24 y en Incorporación Social 10. Estos datos reflejan una oferta muy variada y diversificada que probablemente habría que homogeneizar, seleccionando aquellos con más base en la evidencia.

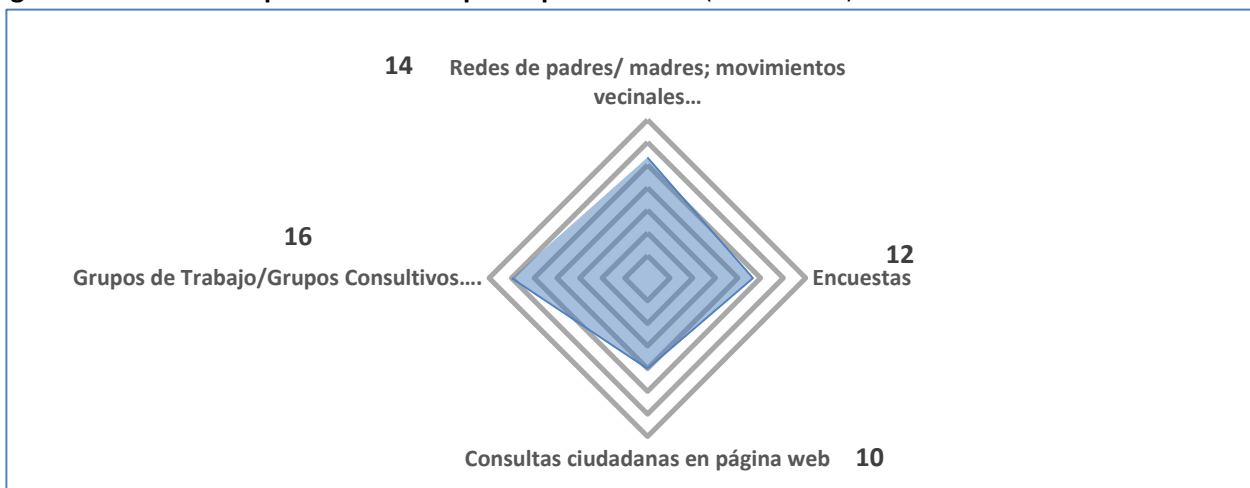


d. Participación Social:

La participación social busca la implicación y sensibilización de la sociedad en su conjunto a fin de que se involucre de manera directa en este tema: por tanto, este objetivo es complementario al OG 2 de Sensibilización Social, en el que vimos un alto grado de actividad del sector, fundamentalmente en contextos educativos, de ocio, centros sanitarios, páginas web etc. y además con una alta cobertura territorial. En este apartado valoraremos las acciones que buscan una implicación directa de los ciudadanos.

En la mayoría de los PAD son habituales los procesos consultivos dirigidos a colectivos profesionales e informantes clave, mediante la puesta en marcha de Grupos de Trabajo, pero en muchos menos casos estas consultas van dirigidas directamente a los ciudadanos. En los últimos años, y con motivo de la elaboración de nuevas estrategias o planes de drogas, la mitad de las CCAA abren espacios de consulta en sus páginas web para el establecimiento de prioridades en la materia y realizan encuestas de opinión. Otra de las opciones que utilizan muchos PAD es la movilización de la sociedad civil mediante el apoyo a redes de padres, movimientos vecinales y comunitarios (Fig. 15.8).

Fig. 15.8. Nº de CCAA que fomentan la participación social (Fuente: PAD)



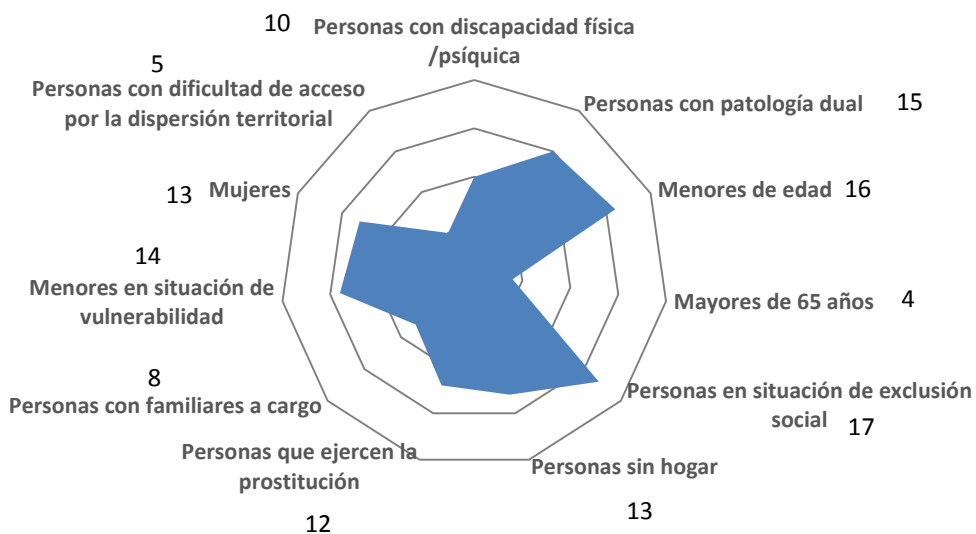
e. Equidad:

Este principio busca garantizar la igualdad efectiva de toda la ciudadanía en el acceso a diferentes programas y servicios. Para valorarlo se han analizado si los PAD implementan medidas específicas para reducir las dificultades de acceso de determinados colectivos, como son las personas con discapacidad, los menores de edad, los mayores de 65 años, personas que ejercen la prostitución y otros colectivos marginales o más vulnerables (Fig. 15.10). En cuanto a colectivos con circunstancias que afectan a la accesibilidad a los servicios podemos diferenciar tres niveles, según el número de PAD que incorporan medidas para facilitarla (Fig. 15.9):

Fig. 15.9. Extensión de las medidas para mejorar la accesibilidad de programas y servicios en las CC.AA (Fuente: PAD)

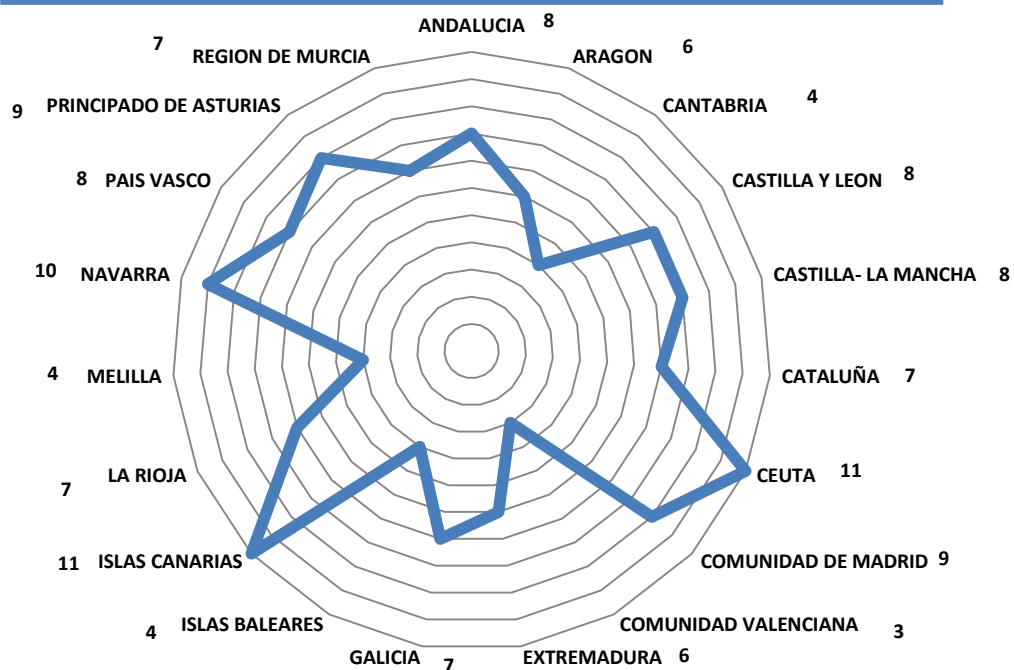


Fig. 15.10 Nº de CCAA con medidas para contrarrestar las dificultades de acceso (Fuente: PAD)



También hay muchas diferencias entre las CCAA: 15 de ellas ofrecen medidas para más de la mitad de estos colectivos (dos de ellas con el grado máximo), y tan sólo 4 estarían por debajo de este nivel. Por otro lado, las diferencias en la oferta de programas y servicios por las CCAA pueden producir situaciones de desigualdad (Fig. 15.11).

Fig. 15.11. Nº de colectivos para los que se facilita el acceso en cada CCAA (max:11) (Fuente: PAD)



f. Género:

La Estrategia propone incorporar esta perspectiva de manera efectiva en sus objetivos y acciones. Para valorarlo se ha consultado a los PAD sobre la forma en que esta perspectiva se integra en sus políticas y programas, analizándose seis maneras diferentes y complementarias de llevarlos a cabo:

- Como objetivo transversal en el documento estratégico
- Como objetivos específicos de sus planes estratégicos.
- La desagregación de los datos por sexo.
- El análisis de los datos desde la perspectiva de género.
- Existencia de protocolos específicos para mujeres.
- Formación específica de profesionales en perspectiva de género.

En cuanto a los resultados, podemos ver en la Figura 15.12 que casi todas las CCAA refieren la inclusión de la perspectiva de género como un objetivo transversal, pero tan solo 12 proponen objetivos concretos. También en la mayoría (15) se desagrega la información por sexo, pero sólo en 9 se analiza esta información con una perspectiva de género. Se observa un esfuerzo progresivo en la formación de los profesionales, para facilitar su debida implementación. En seis PAD se dispone de protocolos para mujeres que podrían servir de referencia para otros PAD.

Fig. 15.12. Nº de CCAA que introducen la perspectiva de género (Max: 11) (Fuente: PAD)



Estos resultados refrendan lo aportado por otros estudios realizados en España sobre esta cuestión que concluyen que “se dan las condiciones previas necesarias para que la perspectiva de género sea incluida en las políticas sobre adicciones a nivel estatal, autonómico y municipal (Fundación Atenea 2015).

Conclusiones

La evidencia científica se ha ido incorporando en la mayoría de los documentos estratégicos de los PAD, en los que ya se hace referencia a la misma; en algunos ya se recoge explícitamente.

Se ha avanzado en la elaboración de catálogos y carteras de servicios, sobre todo en prevención. El grado de acreditación del sector es medio para todas las áreas, excepto la de incorporación social, con un nivel de acreditación menor que el resto de áreas.

La accesibilidad de los servicios para algunas personas con dificultades específicas es mejorable. Además, la heterogeneidad de la tipología de programas de los PAD podría afectar a la equidad.

Hay un buen grado de participación social, aunque es mejorable. Además, existe un movimiento asociativo consolidado. Se ha incorporado la consulta ciudadana como método de participación en la elaboración de políticas de adicciones.

El grado de incorporación de la perspectiva de género es medio: la mitad de las CCAA proponen objetivos concretos para ello. Sin embargo, la formación de profesionales y la existencia de guías y protocolos es limitada.

Recomendaciones

Hay que avanzar en la traslación efectiva de la evidencia disponible a la práctica y conseguir que la mayoría de las actuaciones estén orientadas por la misma.

Debería consensuarse una cartera de servicios básicos, con programas orientados por la evidencia, que garantice el acceso a los mismos para todas las personas en España. Es necesario generalizar los sistemas de acreditación, de manera que actúen como filtros de calidad de la actividad del sector, aprovechando la experiencia de los PAD que más avances han realizado.

Hay que mejorar la accesibilidad a los servicios, especialmente para personas con discapacidad, grave deterioro de la salud, mayores de 65 años y personas con dificultad de acceso por la dispersión territorial.

La evidencia científica, la perspectiva de género y la calidad deben incorporarse como objetivos estratégicos más que como principios de actuación.

Es necesario incorporar definitivamente la perspectiva de género en políticas, programas y actividades, siendo clave la formación de profesionales, la elaboración e implementación de protocolos, generalizando experiencias exitosas que ya existen.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA END



EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA END

Entendemos por evaluación del impacto la valoración de repercusión de la END en el desarrollo e implementación de las políticas y programas sobre drogas, tanto de las Administraciones como de las ONG que trabajan en este campo.

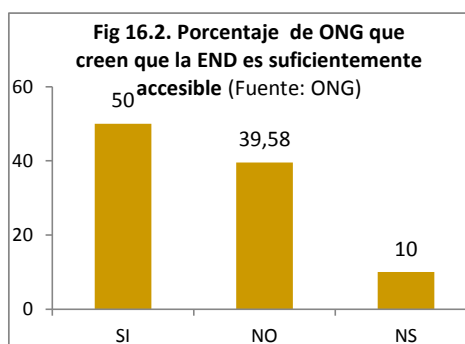
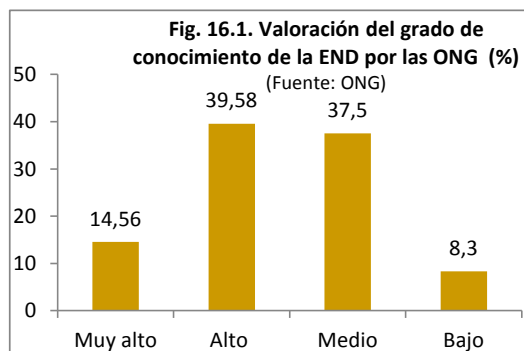
Para su evaluación se utilizó un cuestionario dirigido tanto a las Administraciones con competencias directas (19 PAD-Anexo II. a) e indirectas en la materia (DGT; II.PP.; FEMP-Anexo II. b), como a 66 ONG de ámbito nacional y Sociedades Científicas (Anexo II. c): (Sociedad Española de Toxicomanías; Socidrogalcohol y Sociedad Española de Patología Dual). De los 91 cuestionarios enviados se recogieron 73 válidos, lo que representa un 80,2 % de respuesta.

El cuestionario abordaba los siguientes aspectos en una escala de 0-4, donde 4 es la máxima puntuación.

- Grado de conocimiento de la END, accesibilidad y difusión de la misma.
- Grado de relevancia de la END a la hora de establecer prioridades en las Políticas y programas.
- Grado de relevancia de cada uno de los 14 Objetivos Generales de la END.
- Grado de coincidencia de Políticas con los Objetivos generales de la END.
- Objetivos adicionales que deberían ser incluidos en la END.
- Calidad del diseño de la END, en función de los siguientes aspectos:
 - Sus objetivos están bien definidos y son realistas
 - Son adecuados a las necesidades
 - Son concretos
 - Son evaluables

En cuanto a los resultados, son los siguientes:

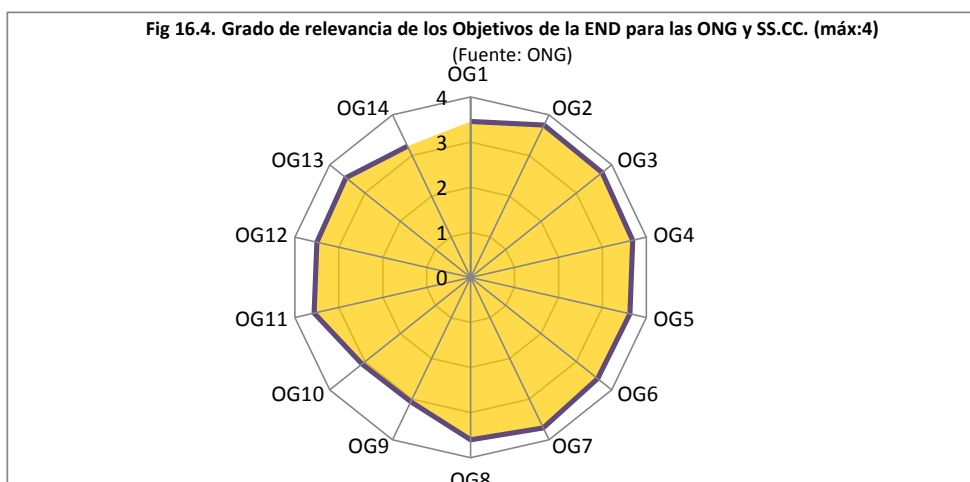
El **grado de conocimiento de la END** por parte de ONG es medio y su accesibilidad claramente mejorable (Figs. 16.1 y 16.2). La mayoría la ha conocido a través de la página web de la DGPNSD, pero citan otros canales que podrían ser relevantes para la difusión: *microsite* específico, envío específico a las ONG, redes sociales.



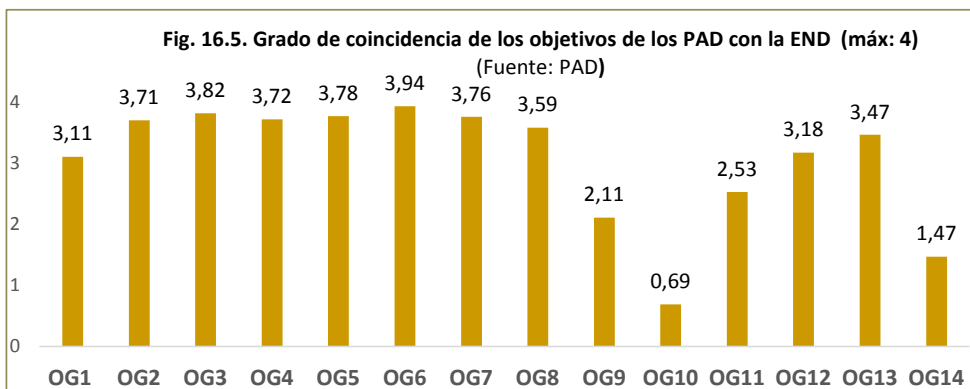
En relación a la **relevancia de la END**, para los PAD es claramente un referente para el desarrollo de políticas de adicciones. Ha servido de guía a la hora de diseñar políticas y programas y ha ayudado a

establecer prioridades. En el caso de las ONG, es sin duda la base para la planificación de las actividades en materia de adicciones.

Para las ONG todos los objetivos de la END son muy relevantes, incluso los relacionados con la Reducción de la Oferta, siendo el OG 2 de sensibilización social el más importante para estas entidades.



Hay un alto grado de **coincidencia de objetivos** de la END, fundamentalmente con los PAD, pero también con otros departamentos de la Administración y con las ONG. Lógicamente esta coincidencia es menor para los objetivos de Reducción de la Oferta (OG 9 y10) y para el objetivo de Cooperación Internacional (OG 14). Un objetivo en el que hay que seguir creando sinergias es en el área de investigación y mejora del conocimiento (OG 11). En el caso de los PAD el mayor grado de coincidencia se da en torno al OG 6 de Reducción de los Daños, seguida muy de cerca por el resto de objetivos finales y de reducción de la demanda.



Los PAD con los que se da una mayor coincidencia de objetivos son Cataluña y Canarias; y con los que menos: Aragón, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Islas Baleares y Navarra. País Vasco no aporta información.

Fig. 16.6. Grado medio de coincidencia de objetivos de los PAD con la END (Máx.: 4) (Fuente: PAD)

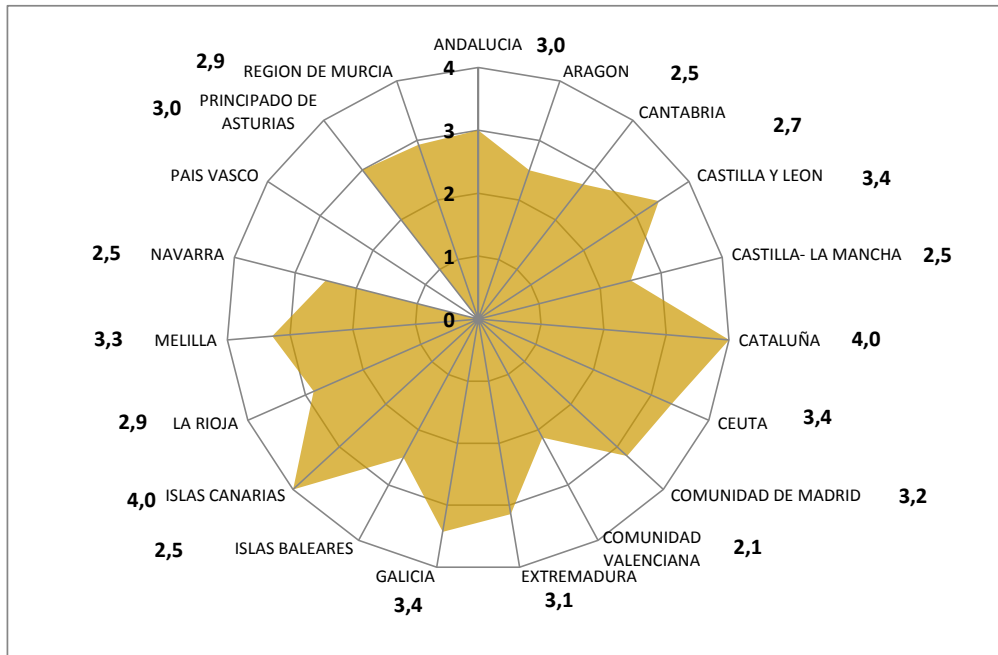
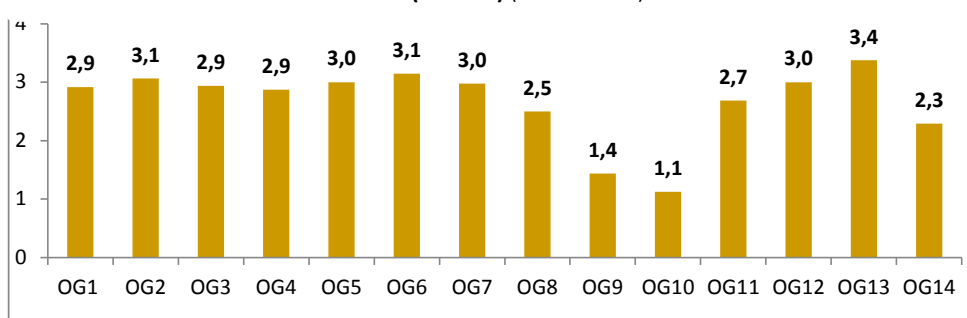
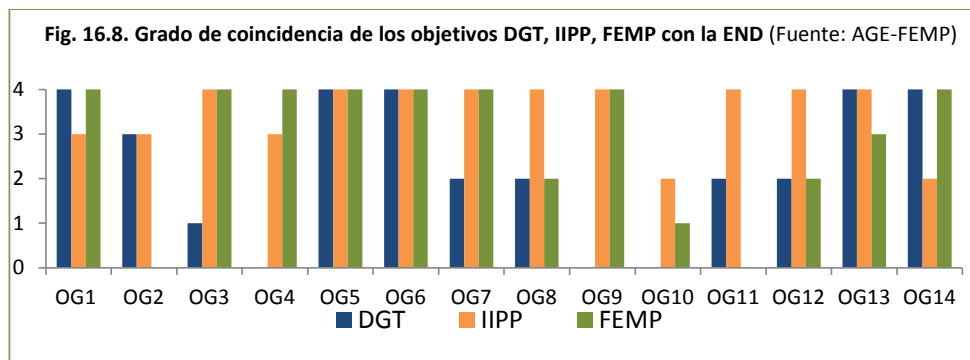


Fig. 16.7. Grado de coincidencia de los objetivos de las ONG y SS.CC. con los objetivos de la END (Máx.: 4) (Fuente: ONG)

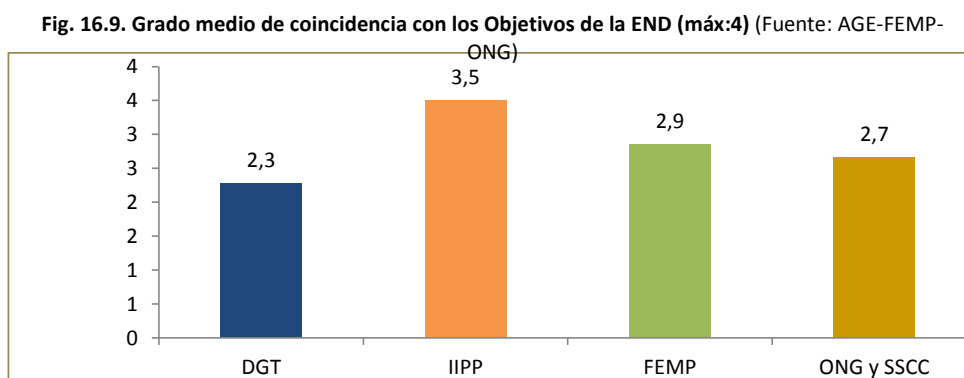


En cuanto a las ONG, aunque la coordinación, según hemos visto en el OG 1 (Coordinación) es muy alta, el grado de coincidencia de objetivos es menor y constituye un área de mejora. En este caso destaca el OG 13 (Formación), lo que indica el alto grado de actividad de las ONG de ámbito nacional en esta materia. En el ámbito de Reducción de la Demanda la coincidencia es alta, excepto para el OG 8 de Incorporación Social, que es algo menor, lo que indica la necesidad de implicar más a las ONG en este objetivo (Fig. 16.7).

En el caso de la Administración General del Estado (AGE), el grado de coincidencia depende de los diferentes objetivos, pero es total en el caso de los objetivos 5 y 6. (Reducción del consumo; Reducción del Daño). En el resto, depende de las competencias específicas de cada organismo.



En general, el grado medio de coincidencia es más alto con Instituciones Penitenciarias, con la que se comparten muchos de los objetivos. En el caso de las ONG, la puntuación media es menor por la inclusión de los objetivos de Reducción de la Oferta, en la que no tienen competencias.

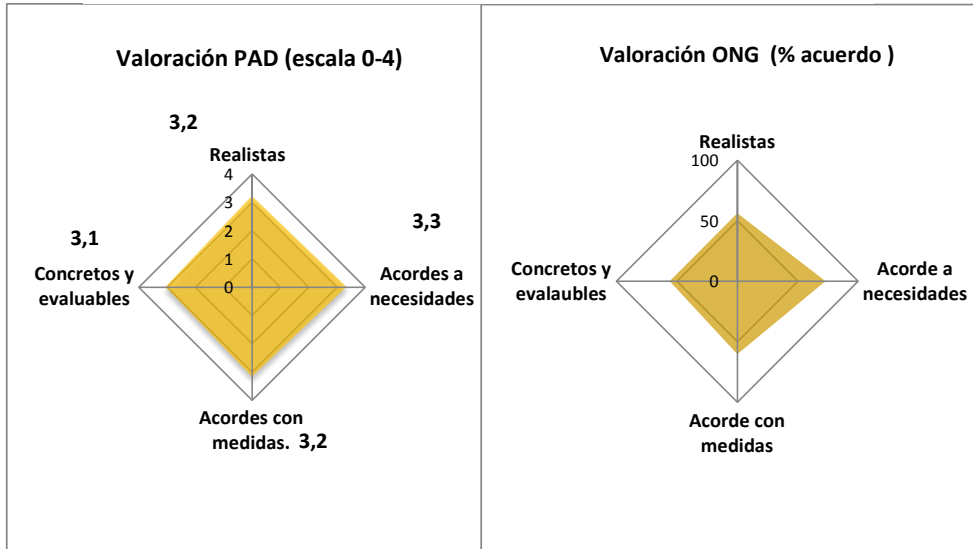


En cuanto a **objetivos adicionales** a incluir en próximas Estrategias, los PAD aportan los siguientes:

- Incluir la perspectiva de género de manera transversal en todas las actuaciones para evitar la desigualdad.
- Medir el impacto de las políticas y programas de drogas a través de indicadores de retorno social de la inversión.
- Proteger la salud de los niños y en especial de lo relativo a la prevención de los trastornos neuro-comportamentales debidos a la exposición prenatal al alcohol y otras drogas.

La valoración de la **calidad del diseño de la END** por parte de los PAD es positiva en los cuatro aspectos evaluados: buena definición, adecuación a las necesidades, coherencia con las medidas propuestas y evaluabilidad y superior a la valoración de los mismos aspectos por parte de las ONG (Fig. 16.10).

Fig. 16.10. Valoración de la calidad de la END PAD y ONG (Fuente: PAD y ONG)

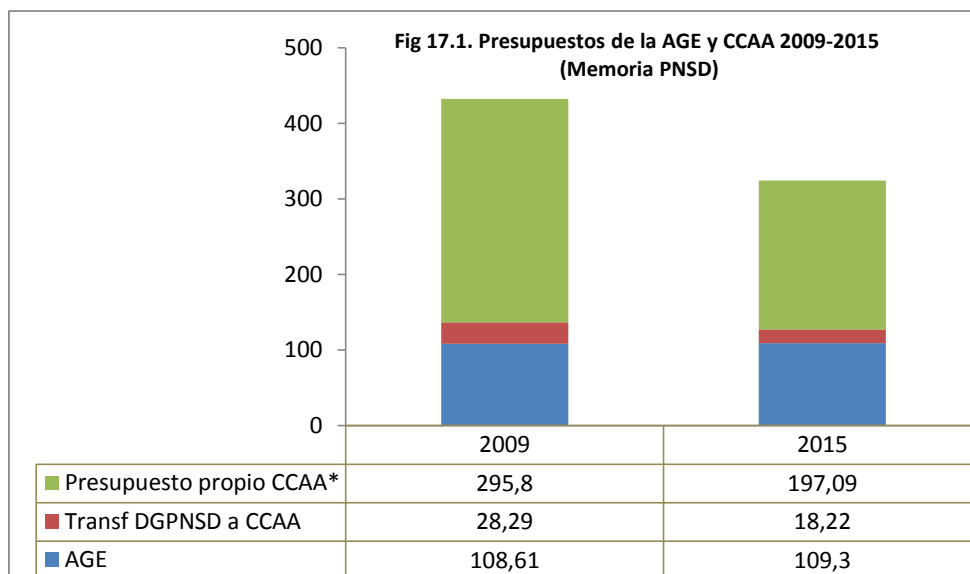


PRESUPUESTOS DE LA END



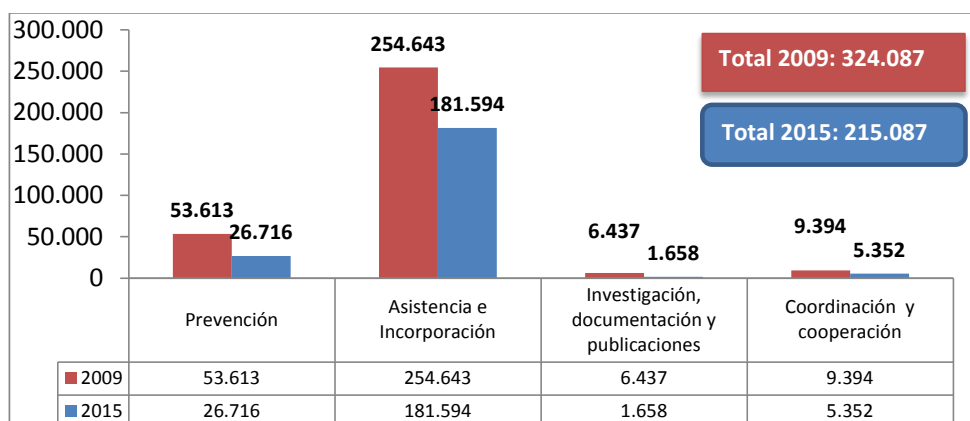
PRESUPUESTOS DE LA END

Los presupuestos para el sector de las drogas en el 2015 se han reducido de forma notable respecto a los de 2009. Esta reducción se produce fundamentalmente en los presupuestos de las CCAA; y en mucha menor medida, en las transferencias de la DGPNSD a las CCAA. Sin embargo, los presupuestos de la AGE se han incrementado ligeramente.



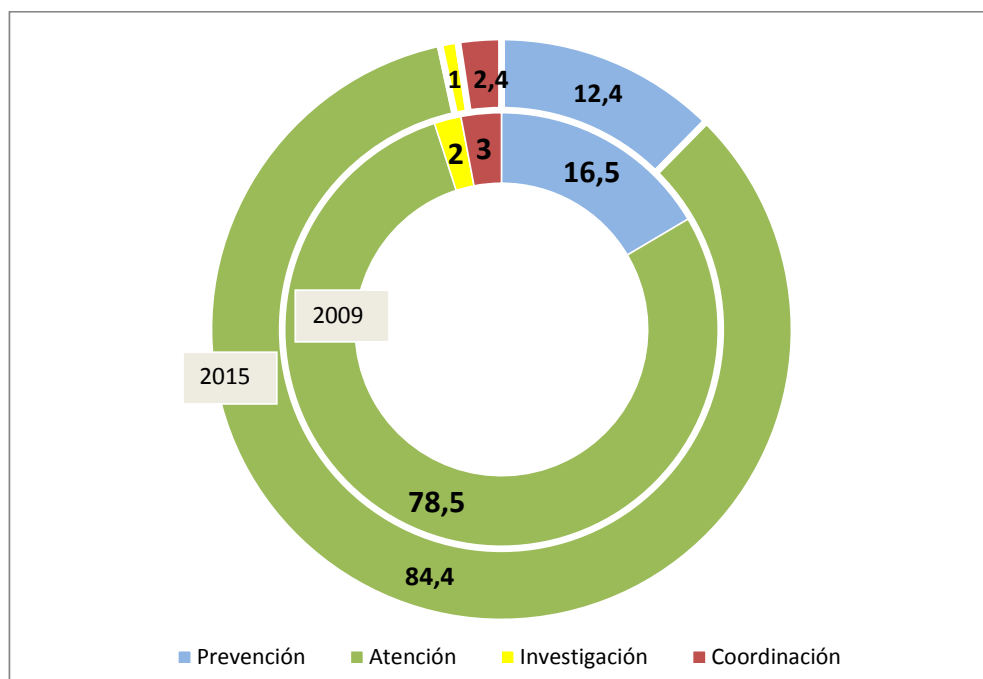
Pero no todas las áreas han sufrido recortes por igual. Las áreas de Prevención, Investigación y Coordinación han sido las más afectadas, con consecuencias ya vistas en los objetivos correspondientes (reducciones de las coberturas de programas de prevención y disminución del volumen de proyectos de investigación de los PAD), mientras que la asistencia, lo ha sido en menor medida.

Fig. 17.2. Presupuestos de la AGE y CCAA 2009-2015 (Memoria PNSD)



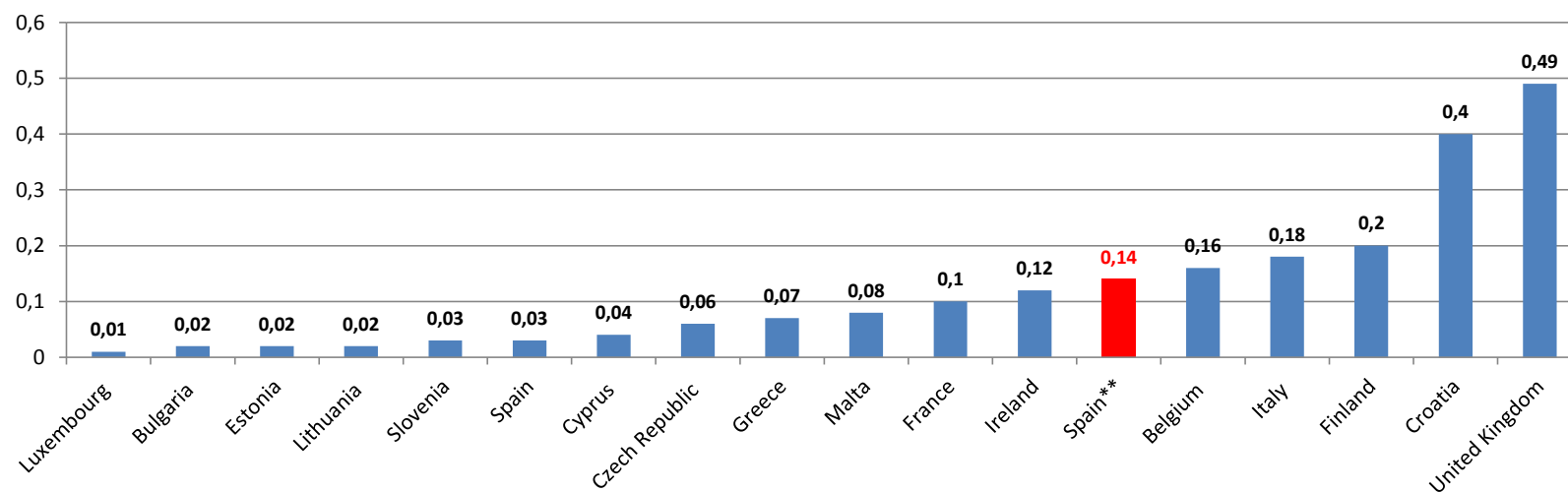
En términos porcentuales, las áreas más afectadas son la de Investigación y Prevención, sin embargo, el área asistencial aumenta el porcentaje del presupuesto, pasando de un 78 % al 84 %. Si bien es lógico e importante mantener los recursos asistenciales en tiempos de crisis, la reducción en el área de Prevención tiene consecuencias en el medio y largo plazo, por lo que recuperar las inversiones en Prevención debe ser prioritario en próximas estrategias (Fig. 17.3).

Fig. 17.3. Presupuestos de la AGE y CCAA 2009-2015. % del presupuesto por Áreas. (Memoria PNSD)



Según datos aportados en la evaluación intermedia de la Estrategia Europea sobre Drogas 2009-2020, España estaría situada en el tramo de los países que menos porcentaje del PIB dedican a esta problemática. Sin embargo, en un estudio específico sobre los costes asociados al uso de drogas ilícitas en España (Rivera et al; 29016) este índice es del 0,14 % para 2012, lo que situaría a nuestro país en el sexto lugar de este ranking (este estudio recoge gastos directos e indirectos) (Fig. 17.4).

Fig. 17.4. Estimación del Gasto Público relacionado con las drogas. % del PIB* (Evaluación intermedia Estrategia Europea sobre Drogas 2013-2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por os países al OEDT para la evaluación intermedia de la Estrategia Europea sobre Drogas 2013-2020.

*Solo se recogen los países de los que existen datos desde 2009.

** Estimación estudio "Costes sociales del uso de drogas ilícitas en España 2012. (Rivera et al 2016); INLCUYE COSTES SANITARIOS INDIRECTOS

CONCLUSIONES

La END es un referente para el desarrollo de políticas y programas sobre drogas en España.

El grado de coincidencia de los objetivos de los PAD con los de la END es muy alto (algo menor lógicamente para los objetivos de Control de la Oferta). Los PAD consideran que la END es muy relevante para establecer prioridades.

Para la gran mayoría de las ONG también hay un alto grado de coincidencia de objetivos y valoran positivamente la relevancia de la END, aunque algunas muestran un grado de acuerdo menor, y aducen que sus objetivos son muy genéricos y a veces poco realistas.

Se han reducido los presupuestos de las CCAA (propios y transferidos) especialmente en el caso de la prevención, investigación y probablemente la incorporación social, lo que puede haber impactado en la cobertura poblacional de estos programas. Los presupuestos de

RECOMENDACIONES

La END tiene que seguir siendo un referente de las políticas de adicciones en España. Por ello hay que seguir potenciando el consenso y la participación de todos los implicados. La evidencia científica, la perspectiva de género y la calidad deben incorporarse como objetivos estratégicos mas que como principios de actuación.

Hay que introducir las adicciones sin sustancia en la próxima Estrategia, tal y como ya lo han hecho algunos PAD.

Se debe potenciar la participación de las ONG y las Sociedades Científicas en el establecimiento de las prioridades estratégicas. El Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones es un medio idóneo para este fin.

La próxima END debería disponer de un presupuesto acorde con sus objetivos, recuperando al menos los niveles anteriores a la crisis y propiciando la sostenibilidad de las actuaciones.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES I

Alcohol y menores

Si bien los indicadores de consumo de alcohol y otras drogas han mejorado modestamente, el consumo de alcohol por parte de los menores, y la forma en que éste se realiza (bebidas de alta graduación e ingesta de alcohol en breves períodos de tiempo) sigue siendo una prioridad en las estrategias de prevención y control, ya que es la primera causa de pérdida de salud en esta población .

Equidad

Se observa cierta heterogeneidad en las actividades de reducción de la demanda entre los PAD que no parece explicarse por diferencias en los problemas asociados al consumo de drogas en los distintos territorios autonómicos. Se deberían reducir estas diferencias mediante acciones coordinadas entre todas las instituciones implicadas, a fin de garantizar la equidad en los programas y servicios que se ofrecen a la población.

Calidad

A pesar de los grandes avances conseguidos hay que insistir en trasladar la evidencia a la práctica , generalizar los sistemas de acreditación, garantizar una adecuada formación de los profesionales y optimizar los sistemas de información y evaluación .

Coordinación y trabajo cooperativo

El modelo de trabajo llevado a cabo en la ejecución del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 ha mostrado su eficacia al integrar a todos los actores del sector y mejorar la coordinación y las sinergias entre los mismos.

Sensibilización social

El consumo de drogas no está tan extendido como percibe la población, y esta creencia de que lo “normal” es consumir es uno de los principales factores de riesgo que hay que abordar.

CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES II

La importancia de la prevención

La prevención ha mejorado en su conjunto: abarca más ámbitos y los programas son de mayor calidad. Sin embargo, hay que hacer un esfuerzo por ampliar la cobertura territorial y poblacional de los programas, especialmente de aquellos con mayor evidencia de efectividad, e incorporar la perspectiva de género.

Retos de la red asistencial

La red asistencial se enfrenta a una serie de importantes retos, entre los que hay que destacar la captación de los consumidores problemáticos, la detección más temprana de los problemas de consumo, la atención a nuevas adicciones, el envejecimiento y deterioro de la población con consumos de larga duración, la incorporación efectiva de la perspectiva de género y la mejora de la calidad del sistema.

La Incorporación Social

Existen experiencias de buenas prácticas en algunas CCAA que deberían servir de referente para una mejora, tanto en el desarrollo de programas como en los aspectos metodológicos y de la perspectiva de género. El menor avance en esta área en relación al resto hace que deba ser una prioridad en la próxima Estrategia.

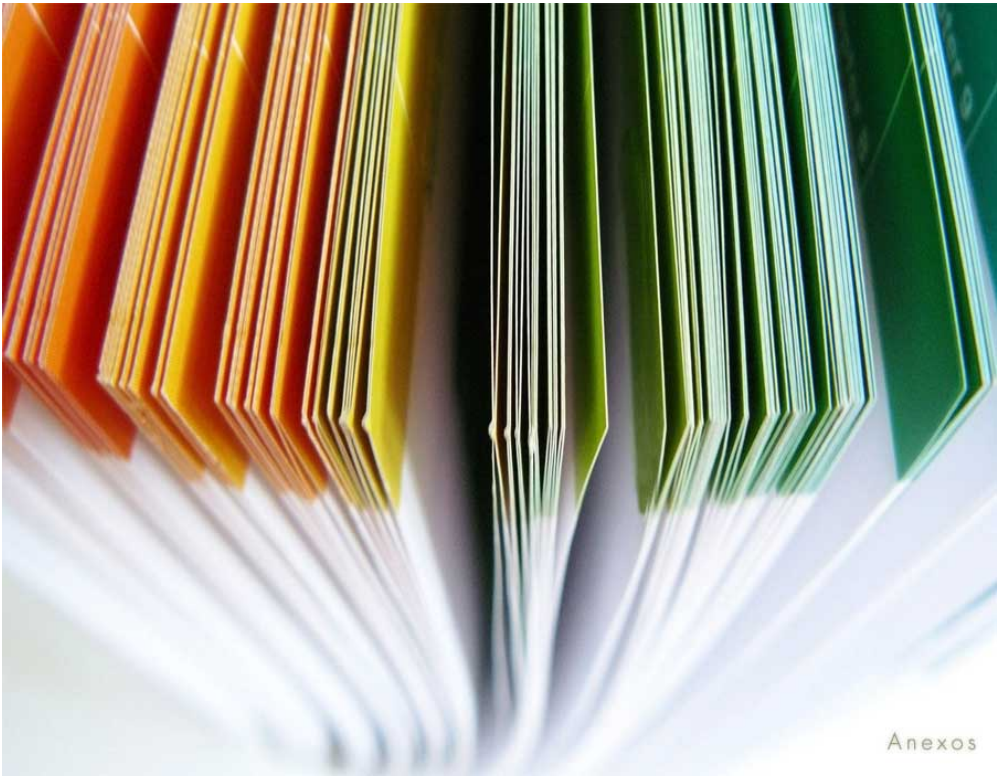
Riesgos y daños asociados

Los daños derivados del consumo de drogas son múltiples y diversos y no solo afectan a la persona que las consume sino también a terceros. Es necesario reforzar y mejorar los métodos e instrumentos para obtener una información más real que permita adoptar las decisiones adecuadas.

Metodología de la evaluación

El diseño de la evaluación cumple todos los criterios establecidos en la propia END 2009-16: es mixta (externa-interna), participativa e integral (objetivos + principios rectores); se basa en una revisión continua de indicadores y fuentes; se evalúa la eficacia y efectividad de los objetivos; trata de establecer mecanismos de causalidad y contribuye a la toma de decisiones.

ANEXOS



Anexos

- I. Fuentes consultadas y bibliografía utilizada.
- II. Instrumentos de consulta:
 - a. Cuestionario a Comunidades y Ciudades Autónomas.
 - b. Cuestionarios AGE y FEMP.
 - c. Cuestionario a ONG y Sociedades Científicas.
- III. Listado de cuadros y figuras.
- IV. Gráficos de perfiles PAD en Reducción de la Demanda.

ANEXO I
FUENTES CONSULTADAS

FUENTES CONSULTADAS

Orden alfabético

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
- Dirección General de Tráfico (DGT). Ministerio del Interior.
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)
- Instituto Nacional de Toxicología (INT). Ministerio de Justicia.
- Organizaciones no Gubernamentales de ámbito estatal (ONG) y Sociedades Científicas (SSCC) del ámbito de las drogodependencias (69).
- Planes Autonómicos sobre Drogas (PAD) (19).
- Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones de la DGPNSD (OEDA). Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (II.PP.). Ministerio del Interior.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Consejo de la Unión Europea: Mid-Term Assessment of the EU Drugs Strategy 2013–2020 and Final Evaluation of the Action Plan on Drugs 2013–2016. Bruselas (2017).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Evaluación final del Plan de Acción sobre drogas 2009-2012. Madrid: DGPNSD (2013).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Evaluación final del Plan de Acción sobre drogas 2013-2016. Madrid: DGPNSD (2017).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informes del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Madrid DGPNSD (2011; 2013; 2015; 2016). <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>
- Fundación Red de Apoyo a la Integración Socio laboral: Estudio descriptivo sobre los sistemas de tratamiento a las adicciones en España. RAIS. Madrid (2015).
- Rivera et al.: Costes sociales del uso de drogas ilícitas en España 2012. La Coruña. (2016) (en prensa).
- Roncero et al.: Hepatitis C crónica y usuarios con un historial de inyección de drogas en España: evaluación de la población, retos para un tratamiento efectivo. Adicciones vol. 29; nº 2; Editorial. Pp. 71-73. Barcelona (2017).

Anexo II: Instrumentos de consulta

- a. Cuestionario a Comunidades y Ciudades Autónomas.
- b. Cuestionarios AGE y FEMP.
- c. Cuestionario a ONG y Sociedades Científicas.

ANEXO II a

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FINAL DE LA END 2009-2016. PLANES AUTONÓMICOS DE DROGAS

COORDINACIÓN				
1. 1. Valore de 0 a 3, el grado de coordinación de su PAD con otros departamentos de la Administración Autonómica . Seleccione una opción teniendo en cuenta las orientaciones para la valoración*. En el caso de que dos o más áreas estén unidas (p. ej., Sanidad y Servicios Sociales), señale ambas.	*Orientaciones para la valoración: 0: Ninguna coordinación . 1: Coordinación Baja : Reuniones puntuales; 2: Coordinación Media : Grupos de trabajo para el desarrollo de proyectos puntuales; 3: Coordinación Alta : Convenios de colaboración. Grupos de trabajo estables para el desarrollo de proyectos coordinados, protocolos de coordinación escritos.			
	1. Prevencion	2. Asistencia	3. Incorporacion Social	4. Reduccion de Daños
Sanidad				
Educación				
Servicios Sociales				
Empleo				
Consumo				
Juventud				
Fuerzas y Cuerpos de Seguridad				
Justicia				
Interior e IIPP				
Economía y Hacienda				
Igualdad				
Turismo				
Participación ciudadana				
Otras (Indicar cuales)				
1.2. Valore de 0 a 3 el grado de coordinación de su PAD con la Sociedad Civil . Seleccione una opción teniendo en cuenta las orientaciones para la valoración*.				
ONG y otras entidades del Tercer Sector				
Organizaciones Empresariales				
Organizaciones Sindicales				
Asociaciones de Padres/madres				
Asociaciones de consumidores y usuarios				
Empresas del Sector del Ocio nocturno				
Medios de comunicación				
Sociedades Científicas				
Otras (Indicar cuales)				
1.3. Valore de 0 a 3, el grado de coordinación de su PAD con las Corporaciones Locales de su territorio. Seleccione una opción teniendo en cuenta las orientaciones para la valoración*.				
Corporaciones Locales				

REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

1. Prevencion		Cobertura estimada
1.1. Cuáles de las siguientes actividades informativas o de sensibilización dirigidas a promover una conciencia social sobre los daños relacionados con las drogas se implementan en su PAD? Indique el grado de cobertura aproximada de los mismos en su Comunidad o Ciudad Autónoma (C.A.).	SI/NC	<ul style="list-style-type: none"> • 4: Total: existe en todas las localidades relevantes en términos poblacionales; • 3: Alta: existe en la mayoría de las localidades relevantes pero no en todas; • 2: Media: existe en bastantes localidades relevantes pero no en la mayoría de ellas; • 1: Baja: existe en solo algunas localidades relevantes; • 0: Sin Cobertura.
Campañas en medios de comunicación		
Actividades informativas en contextos educativos		
Actividades informativas en contextos de ocio		
Actividades informativas en el lugar de trabajo		
Actividades informativas en centros sanitarios		
Información sobre drogas en su página web		
Información en redes sociales		
Otros (especificar)		
1.2. ¿Cuáles de los siguientes programas o proyectos de prevención , dirigidos a aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados se implementan en su PAD? Indique su grado de cobertura aproximada en su C.A.	SI/NC	<ul style="list-style-type: none"> • 4: Total: existe en todas las localidades relevantes en términos poblacionales; • 3: Alta: existe en la mayoría de las localidades relevantes pero no en todas; • 2: Media: existe en bastantes localidades relevantes pero no en la mayoría de ellas; • 1: Baja: existe en solo algunas localidades relevantes; • 0: Sin Cobertura.
Programas de prevención escolar		
Programas de prevención familiar		
Programas de prevención ambiental o estructural		
Programas de ocio alternativo		
Programas de reducción de riesgos en contextos de ocio nocturno		
Programas de prevención en el ámbito laboral		
Programas de prevención socio educativos para menores vulnerables		
Programas de detección precoz e intervención breve en el ámbito sanitario		
Programas de prevención comunitaria		
Programas de prevención de accidentes de tráfico		
Programas de prevención en centros universitarios		
Programas de prevención para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia		
Otros (especificar)		
1.3. Cuántos servicios de atención primaria, especializada o urgencias disponen de programas de detección precoz e intervención breve para drogodependientes?		
1.4. ¿Cuántos equipos de prevención existen en su C.A.? (Total)		
Equipos de prevencion de la Administración Local		
Equipos de prevencion de ONG		
Equipos de Prevención de Centros Asistenciales		
Otros		

2. Reduccion de Daños		Cobertura estimada
2.1. ¿Cuáles de los siguientes programas de reducción de los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, de los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso, se implementan en su PAD? Indique el grado de cobertura aproximada de los mismos en su C.A.	SI/NO	<ul style="list-style-type: none"> • 4: Total: existe en todas las localidades relevantes en términos poblacionales; • 3: Alta: existe en la mayoría de las localidades relevantes pero no en todas; • 2: Media: existe en bastantes localidades relevantes pero no en la mayoría de ellas; • 1: Baja: existe en solo algunas localidades relevantes; • 0: Sin Cobertura.
Programas de prevención de sobredosis		
Intercambio de jeringas y distribución material preventivo		
Programas de reducción de daños en contextos de ocio		
Programas de prevención y diagnóstico precoz VIH y otras enfermedades infecciosas		
Programas de sexo más seguro y consumo de menor riesgo		
Programas de reducción de daños en cárceles		
3. Asistencia		Cobertura estimada
3.1. ¿Cuáles de los siguientes programas de asistencia a las personas afectadas por el consumo de drogas se realizan en su PAD? Indique el grado de cobertura aproximada de los mismos en su C.A.	SI/NO	<ul style="list-style-type: none"> • 4: Total: existe en todas las localidades relevantes en términos poblacionales; • 3: Alta: existe en la mayoría de las localidades relevantes pero no en todas; • 2: Media: existe en bastantes localidades relevantes pero no en la mayoría de ellas; • 1: Baja: existe en solo algunas localidades relevantes; • 0: Sin Cobertura.
Programas de desintoxicación		
Programas de deshabituación		
Programas de prevención de recaídas y recidivas		
Programas de seguimiento post-alta		
Programas de tratamiento con metadona		
Programas de tratamiento con buprenorfina/naloxona		
Programas específicos		
Programas en Juzgados y Comisarias		
Programas para menores infractores		
Programas específicos para menores con problemas de drogas		
Programas de atención a la patología dual		
Programas de atención a la mujer		
Programas de atención al juego patológico		
Programa de atención a otras adicciones sin sustancia		
Programas de atención a personas en riesgo de exclusión social / sin hogar		
Programas de detección precoz e intervención breve en contextos sanitarios		
Otros (especificar)		
3.2. ¿Disponen en su PAD de protocolos o guías para la atención al drogodependiente?		
3.3. ¿Y para la prescripción, dispensación, seguimiento de pacientes en tratamiento con sustitutivos opiáceos?		
3.4. En su PAD ¿se dispensa algún tratamiento con sustitutivos opiáceos diferente a la metadona o buprenorfina/ naloxona?		

4. Programas Incorporación Social		Cobertura estimada
4.1. ¿Cuáles de los siguientes programas de Incorporación social dirigidas a las personas en proceso de rehabilitación se implementan en su PAD? Indique el grado de cobertura aproximada de los mismos en su C.A.	SI/NO	<ul style="list-style-type: none"> • 4: Total: existe en todas las localidades relevantes en términos poblacionales; • 3: Alta: existe en la mayoría de las localidades relevantes pero no en todas; • 2: Media: existe en bastantes localidades relevantes pero no en la mayoría de ellas; • 1: Baja: existe en solo algunas localidades relevantes; • 0: Sin Cobertura.
DE PARTICIPACIÓN (en actividades culturales, de tiempo libre, deportivas, etc.)		
DE FORMACIÓN (reglada, no reglada, Servicio Público de Empleo, Programas		
DE APOYO RESIDENCIAL (viviendas, pisos, centros de acogida, albergues, etc.)		
DE INCORPORACIÓN LABORAL (información/orientación, búsqueda de empleo,		
4.2. Los programas de Incorporación social de su PAD	SI/NO	
Disponen de protocolos de derivación con la red asistencial		
Elaboran proyectos personalizados de Incorporación social		
Se llevan a cabo mayoritariamente en servicios de carácter general (sociales, de empleo, culturales, deportivos, de tiempo libre)		
Se llevan a cabo mayoritariamente en servicios específicos de drogodependencias (centros ambulatorios, centros de día, comunidades terapéuticas, etc.)		

MEJORA DEL CONOCIMIENTO			
1. Indique si su PAD realiza en algún tipo de evaluación en los siguientes ámbitos.	Ev de necesidades	Ev. del proceso	Ev. de resultados
Evaluación de políticas (Estrategias, Planes de Acción, etc.)			
Evaluación de programas de prevención			
Evaluación de programas de asistencia			
Evaluación de programas de Incorporación social			
Evaluación de programas de reducción de daños			
2. ¿Ha realizado su PAD algún estudio de valoración de la satisfacción de los usuarios de recursos de la red de drogas en los últimos 4 años?			
3. ¿Ha realizado su PAD algún informe de evaluación de procesos y/o de resultados de programas y servicios de atención a las drogodependencias en los últimos 4 años?			
4. Indique cómo se han difundido los resultados de la investigación realizada en su Comunidad o Ciudad Autónoma en el último año.	SI/NO		
Publicaciones en revistas científicas españolas			
Publicaciones en revistas extranjeras			
Otras publicaciones (monografías, capítulos en libros colectivos, etc.)			
Difusión en la página web de los principales resultados			
Distribución selectiva de información a profesionales			

FORMACIÓN			
1. ¿Disponen en su PAD de programas de formación reglada universitaria, sobre drogodependencias? ¿cuántos?	SI/NO	Nº	
Master			
Cursos de Posgrado			
2. Indique a qué colectivos profesionales se dirige la formación y si está acreditada o no. Indique el nº aproximado de profesionales formados anualmente.	Se realiza Formación	Formación acreditada	Nº de personas formadas anualmente
Profesionales de la hostelería			
Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (estatales, autonómicos o locales).			
Profesionales de Medios de comunicación			
Profesionales de Autoescuelas			
Profesionales de los Servicios de Salud			
Profesionales de administraciones locales (servicios sociales, juventud, educación, etc.)			
Profesionales de justicia juvenil			
Profesionales del ámbito deportivo			

EVIDENCIA				
1. Evidencia científica	SI/NO			
1.1. Las estrategias de intervención propuestas en su Plan Autonómico de Drogas ¿están basadas en la evidencia científica?				
1.2. En caso afirmativo: ¿se recoge dicha evidencia en el documento estratégico del Plan?				
1.3. Las estrategias de intervención propuestas ¿están basadas en el consenso profesional?				
1.4. En caso afirmativo: ¿se recoge dicho consenso profesional en el documento estratégico del Plan?				
2. Acreditación				
2.1. ¿Disponen de criterios y/o sistemas de control de calidad de los programas y actividades promovidas o financiadas por su Plan Autonómico de Drogas?	0: No existen; 1: Existen criterios de valoración de la calidad y están publicados (en convocatorias, bases reguladoras...); 2: Hay instrumentos para valorar los criterios de calidad, pero no están baremados; 3: Hay instrumentos para valorar los criterios de calidad y los criterios de valoración están baremados; 4: Los programas y servicios están acreditados conforme a criterios de calidad.			
Prevención				
Asistencia				
Incorporación social				
Reducción de daños				
Investigación				
Formación				
2.2. ¿Disponen en su PAD de catálogos o carteras de servicios para las diferentes áreas de actuación? En caso afirmativo, indique el número de programas incluidos. Si es posible, indique el número de profesionales que trabajan en cada área.	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
	Catálogos	Cartera de servicios	Nº de programas incluidos	Nº profesionales que trabajan en cada área
Prevención				
Reducción de daños				
Asistencia				
Incorporación social				

PARTICIPACIÓN SOCIAL	
1. ¿Existen canales para promover la participación social en la definición de las políticas y en la articulación de las respuestas al problema?	
2. ¿Cuáles?	SI/NO
Redes de padres/ madres; movimientos vecinales...	
Encuestas	
Consultas ciudadanas en página web	
Otras (especificar)	
GÉNERO	
1. Cómo se ha considerado la perspectiva de género en el Documento Estratégico de su PAD?	SI/NO
La perspectiva de género es un objetivo transversal en el Documento estratégico de su PAD	
Se proponen objetivos concretos en su Documento Estratégico para introducir la perspectiva de género.	
Se desagregan los datos por sexo	
Se analizan diferencias de género	
Existen guías de actuación y/o protocolos para la intervención con perspectiva de género	
Se proporciona formación a los profesionales para el manejo de la perspectiva de género	
EQUIDAD	
1. ¿Existen recursos/programas/medidas para contrarrestar las dificultades de acceso de los siguientes colectivos en situación de especial vulnerabilidad?	SI/NO
Personas con discapacidad física /psíquica	
Personas con patología dual	
Menores de edad	
Mayores de 65 años	
Personas en situación de exclusión social	
Personas sin hogar	
Personas que ejercen la prostitución	
Personas con familiares a cargo (menores, discapacitados, enfermos, mayores) sin apoyo familiar/social	
Menores en situación de vulnerabilidad	
Mujeres	
Personas con dificultad de acceso por la dispersión territorial	

IMPACTO

IMPACTO	
1. Valore del 0 al 4 el grado de coincidencia de los objetivos estratégicos de su PAD con los objetivos de la END 2009-2016, siendo 0: ninguna coincidencia y 4: coincidencia total	
O.G Nº 1: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español.	
O.G Nº 2: Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, daños y costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.	
O.G Nº 3 Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.	
O.G Nº 4: Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.	
O.G Nº 5: Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.	
O.G Nº 6: Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.	
O.G Nº 7: Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de las personas afectadas por el consumo de drogas. <i>Normalizar la asistencia sanitaria</i> a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.	
O.G Nº 8: Facilitar la Incorporación social a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e Incorporación social laboral.	
O.G Nº 9. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.	
O.G Nº 10. Aumentar mecanismos de control Blanqueo de Capitales.	
O.G Nº 11: Incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.	
O.G Nº 12: Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas	
O.G Nº 13: Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.	
O.G Nº 14: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional en general.	
2. ¿Hay algún objetivo general que se incluya en el vigente documento Estratégico de su CA que no esté incluido en la Estrategia Nacional 2009-2016?	
2.1. Indique cuál o cuáles:	
3. ¿Cuál cree que ha sido la relevancia de la END 2009-2016 en el desarrollo de políticas y programas? (4: Fundamental: ha sentado las directrices de las políticas relacionadas con este ámbito.; 3: Importante: ha servido de orientación para establecer prioridades. 2 Medio: ha servido de ayuda para elaborar la política autonómica sobre drogas; 1: Bajo, no se ha tenido en cuenta para establecer objetivos ni prioridades en políticas o programas relacionados con las drogas; 0: no sabe/no	
4. Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la END 2009-2016, siendo 0: ningún acuerdo- 4 muy alto acuerdo	
Sus objetivos están bien definidos: son claros y realistas	
Sus objetivos son oportunos y se adecuan a las necesidades del sector.	
Los objetivos son acordes con las medidas que se proponen.	
Los objetivos son concretos y evaluables	

DIRECCIÓN GENERAL DE TRÁFICO. MINISTERIO DEL INTERIOR

Cuestionario de evaluación del impacto de la Estrategia Nacional sobre Drogas (END) 2009-2016

A continuación se presentan los objetivos generales de la END 2009-2016. Por favor seleccione aquellos objetivos coincidentes con su estrategia o plan de acción y valore del 0 al 4 su grado de coincidencia, siendo "0" el grado más bajo (ninguna coincidencia) y "4" el más alto (coincidencia total). Indique también si la DGT implementa o promueve algún programa o proyecto relacionado con alguno de estos objetivos. En caso afirmativo, incluya el nombre del programa o proyecto.

OBJETIVO GENERAL	Grado de coincidencia	Nombre del programa o proyecto relacionado con el Objetivo General
1. Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español.		
2: Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, daños y costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.		
3 Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.		
4: Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.		
5: Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.		
6: Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.		
7: Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de las personas afectadas por el consumo de drogas. <i>Normalizar la asistencia sanitaria</i> a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.		
8: Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.		
9. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.		
10. Aumentar mecanismos de control Blanqueo de Capitales.		
11. Incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.		
12: Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.		
13: Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.		
14: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional en general.		

1. ¿Cree usted que la colaboración de la DGT con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es suficiente?
2. ¿Sobre qué aspectos debería mejorar dicha colaboración?
3. ¿Cómo podría mejorarse la colaboración?
4. ¿Hay algún documento de la DGT que usted considere importante para tener en cuenta a la hora de elaborar la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas?
5. Por favor relacione las guías, manuales, protocolos, documentos de consenso etc... elaborados por la DGT para la prevención del consumo de alcohol y drogas en la conducción (incluimos aquellos de los que disponemos de información)

OBSERVACIONES: Añada cuantas observaciones, sugerencias o propuestas considere oportunas para completar su opinión sobre los temas propuestos.

INDICADORES DE EVALUACIÓN FINAL DE LA END 2009-2016

A Continuación incluimos una serie de Indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados de la END 2009-2016. En caso de no disponer de información sobre alguno de ello, por favor, indíquelo en la casilla correspondiente.

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN DGT	2009	2016*
nº de Campañas sobre alcohol y conducción financiados por la DGT		
Presupuesto destinado a Campañas sobre alcohol y conducción.		
Campañas sobre drogas y conducción (campañas) financiadas por la DGT.		
Presupuesto destinado a Campañas sobre drogas y conducción.		
ACTIVIDADES DE CONTROL CONSUMO DE DROGAS Y CONDUCCION DE VEHICULOS (1)		
Nº de controles de alcoholemia realizados		
% de controles de alcoholemia con resultado positivo		
Nº controles de drogas realizados		
% de Controles positivos de drogas		
DAÑOS PROVOCADOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS DURANTE LA CONDUCCIÓN (2)		
nº de personas fallecidas por accidentes de tráfico relacionados con el alcohol.		
nº de personas fallecidas por accidentes de tráfico relacionados con las drogas.		
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EDUCATIVOS		
Nº de Comunidades Autónomas que aplican programas de prevención del consumo de alcohol y drogas en la conducción en colaboración con la DGT		
Nº de Municipios que aplican programas de prevención del consumo de alcohol y drogas en la conducción en colaboración con la DGT		
FORMACIÓN		
Nº de Profesionales de Autoescuelas formados en prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol y otras drogas		

* Utilice los últimos datos disponibles e indique el año al que corresponden.

INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA. MINISTERIO DE JUSTICIA
Indicadores de evaluación Estrategia Nacional sobre Drogas (END) 2009-2016

MUERTES Y DELITOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS	2009	2015/16*
Nº de personas fallecidas por reacción aguda		
Nº de personas fallecidas por accidentes de tráfico (alcohol)		
Nº de personas fallecidas por accidentes de tráfico (drogas excepto alcohol)		
Nº de delitos contra la seguridad vial (alcohol)		
Nº de delitos contra la seguridad vial (drogas excepto alcohol)		
Nº de personas fallecidas por muerte violenta		
Nº de personas fallecidas por accidente laboral		
Nº de pacientes menores (hospitales) ante sospecha de intoxicación		
Nº de casos de sospecha de sumisión química de índole sexual o por otros delitos		

SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. MINISTERIO DEL INTERIOR

Cuestionario de evaluación del impacto de la Estrategia Nacional sobre Drogas (END) 2009-2016

A continuación se presentan los objetivos generales de la END 2009-2016. Por favor seleccione aquellos objetivos coincidentes con su estrategia o plan de acción y valore del 0 al 4 su grado de coincidencia, siendo "0" el grado más bajo (ninguna coincidencia) y "4" el más alto (coincidencia total). Indique también si su Organismo implementa o promueve algún programa o proyecto relacionado con alguno de estos objetivos. En caso afirmativo, incluya el nombre del programa o proyecto.

OBJETIVO GENERAL	Grado de coincidencia	Nombre del programa o proyecto relacionado con el Objetivo General
1. Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español.		
2: Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, daños y costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.		
3 Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.		
4: Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.		
5: Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.		
6: Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.		
7: Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de las personas afectadas por el consumo de drogas. <i>Normalizar la asistencia sanitaria</i> a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.		
8: Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.		
9. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.		
10. Aumentar mecanismos de control del Blanqueo de Capitales.		
11. Incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.		
12: Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.		
13: Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.		
14: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional en general.		

¿Cree usted que la colaboración entre su Organismo y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es suficiente?

1. ¿Sobre qué aspectos debería mejorar dicha colaboración?
2. ¿Cómo podría mejorarse la colaboración?
3. ¿Hay algún documento de su Organismo que usted considere importante para tener en cuenta a la hora de elaborar la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas?
4. Por favor relacione las guías, manuales, protocolos, documentos de consenso etc, elaborados para la prevención, tratamiento, incorporación social de internos afectados por consumo de drogas en prisiones. (incluimos aquellos de los que tenemos conocimiento)
 - Protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación ingresados en instituciones penitenciarias (acción 15 del Plan Acción Drogas 2013-16)
 - Programa de intervención con drogodependientes con medidas alternativas (acción 14 del Plan Acción Drogas 2013-16).
 - Protocolo de Coordinación para drogodependientes con medidas alternativas. (acción 14 del Plan Acción Drogas 2013-16)
 - Guía de Recursos para drogodependientes con medidas alternativas. (acción 14 del Plan Acción Drogas 2013-16)
 - Evaluación del Proyecto Piloto de Implantación del Programa de Sensibilización en Drogodependencias para penados a trabajos en beneficio de la comunidad. (acción 14 del Plan Acción Drogas 2013-16)

OBSERVACIONES: Añada cuantas observaciones, sugerencias o propuestas considere oportunas para completar su opinión sobre los temas propuestos.

INDICADORES DE EVALUACIÓN FINAL DE LA END 2009-2016

A Continuación incluimos una serie de Indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados de la END 2009-2016. En caso de no disponer de información sobre alguno de ello, por favor, indíquelo en la casilla correspondiente.

Objetivo 5: Reducir el consumo	2009	2016 *
% de internos en prisiones con consumo de drogas		
Nº de centros penitenciarios que implementan programas de prevención		
Nº de internos que participan en programas de prevención		
Objetivo 6 Reducir los daños		
Nº de centros penitenciarios que implementan programas de Reducción de daños (intercambio de jeringas, prevención VIH...)		
Nº de internos muertos por sobredosis		
Nº de internos que participan en programas de Reducción de daños.		
Nº de jeringas dispensadas en Centros Penitenciarios		
Objetivo 7: Garantizar Asistencia de calidad		
Nº de drogodependientes con cumplimiento alternativos de penas		
Nº de Centros Penitenciarios que ofrecen tratamiento a drogodependientes		
Nº de drogodependientes en tratamiento en centros penitenciarios		
Nº de Centros Penitenciarios con módulos específicos para drogodependientes.		
Nº de Internos en tratamiento en los Módulos específicos		
Objetivo 8: Favorecer la Incorporación social		
Nº de Centros Penitenciarios que ofrecen programas de incorporación social para drogodependientes		
%º de drogodependientes que participan en programas de incorporación social en Centros Penitenciarios		
Objetivo 13: formación		
Nº de profesionales de Instituciones Penitenciarias formados en drogodependencias		

* Utilice los últimos datos disponibles e indique el año al que corresponden (se incluyen algunas cifras de 2009 de las que se dispone en esta Delegación. Se ruega, en caso de error, que las subsane).

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS

Cuestionario de evaluación del impacto de la Estrategia Nacional sobre Drogas (END) 2009-2016

A continuación se presentan los objetivos generales de la END 2009-2016. Por favor seleccione aquellos objetivos coincidentes con su estrategia o plan de acción y valore del 0 al 4 su grado de coincidencia, siendo "0" el grado más bajo (ninguna coincidencia) y "4" el más alto (coincidencia total). Indique también si su departamento implementa o promueve algún programa o proyecto relacionado con alguno de estos objetivos. En caso afirmativo, incluya el nombre del programa o proyecto.

OBJETIVO GENERAL	Grado de coincidencia	Nombre del programa o proyecto relacionado con el Objetivo General
1. Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español.		
2: Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, daños y costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.		
3 Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.		
4: Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.		
5: Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.		
6: Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.		
7: Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de las personas afectadas por el consumo de drogas. <i>Normalizar la asistencia sanitaria</i> a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.		
8: Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.		
9. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.		
10. Aumentar mecanismos de control del Blanqueo de Capitales.		
11. Incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.		
12: Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.		
13: Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.		
14: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional en general.		

¿Cree usted que la colaboración de su Departamento y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es suficiente?

1. ¿Sobre qué aspectos debería mejorar dicha colaboración?
2. ¿Cómo podría mejorarse la colaboración?
3. ¿Hay algún documento de su Departamento que usted considere importante para tener en cuenta a la hora de elaborar la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas?
4. Por favor relacione las guías, manuales, protocolos, documentos de consenso etc... elaborados por para la prevención, tratamiento, incorporación social de drogodependientes en el Ámbito Local
5. **OBSERVACIONES:** Añada cuantas observaciones, sugerencias o propuestas considere oportunas para completar su opinión sobre los temas propuestos.

INDICADORES DE EVALUACIÓN FINAL DE LA END 2009-2016

A Continuación incluimos una serie de Indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados de la END 2009-2016. En caso de no disponer de información sobre alguno de ello, por favor, indíquelo en la casilla correspondiente.

	2009*	2016 **
Nº aproximado de Municipios que implementan programas de drogas		
Nº de Planes Municipales de Drogas existentes		
% aproximado que representan estos Planes sobre el total de municipios de más de 20.000 habitantes		
Nº de Policías Locales formados en prevención.		
Nº de programas que han recibido premio en la Convocatoria de BBPP de la FEMP		

*Pueden utilizarse datos de 2008 o 2009. Por favor indique el año exacto al que se refieren los datos

** Pueden utilizarse datos de 2015 o 2016. Por favor indique el año exacto al que se refieren los datos

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE
DROGAS 2009-2016 ONG Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS**

ENTIDAD:
PERSONA RESPONSABLE:
DATOS DE CONTACTO: (Tlfn; email)

El presente cuestionario es uno de los instrumentos elaborados para la Evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 .

Consta de 10 preguntas agrupadas en los siguientes apartados:

1. Grado de conocimiento de la END 2009-2016 para establecer si la estrategia ha sido suficientemente difundida y conocida.
2. Impacto en el desarrollo de políticas públicas y programas: para saber su relevancia en el establecimiento de objetivos comunes para todos los que trabajan con el problema de las drogas.
3. Calidad de la END: para valorar el grado de definición de la misma; la claridad de los objetivos; coherencia interna; adecuación al problema del que se ocupa.

1. Grado de conocimiento de la END 2009-20161.1. Valore del 0 al 4 **su grado de conocimiento*** del documento de la END 2009-2016.

	Valor*
Grado de conocimiento	

* 4: *Muy alto, la conozco con detalle*; 3: *Alto, conozco los objetivos generales que plantea.*; 2 *Medio, conozco en parte sus planteamientos*; 1: *Bajo, tan solo conozco su existencia y alguna propuesta*; 0: *La desconozco por completo* .

1.2. En cuanto a la **divulgación** de la misma:

1.2.1. ¿Cree que la END es suficientemente accesible y ha sido suficientemente difundida?

<input type="checkbox"/>	<i>Si</i>	<input type="checkbox"/>	<i>No</i>	<input type="checkbox"/>	<i>NO SABE</i>
--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------

1.2.2. Por medio de qué canales ha conocido la Estrategia Nacional sobre Drogas 2013-2016:

Página Web de la Delegación del Gobierno para el PNSD	
En otras páginas web	
Conferencias, Seminarios, Jornadas...	
La he recibido por correo o email	
He estado implicado en el proceso de elaboración/implementación	
A través de un colega	
Otros	

1.2.3. ¿Los canales de difusión han sido los adecuados?

<input type="checkbox"/>	<i>Sí</i>	<input type="checkbox"/>	<i>No</i>	<input type="checkbox"/>	<i>NO SABE</i>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

1.2.4. Qué canales cree usted que habrían sido útiles para su divulgación:

Página Web de la Delegación del Gobierno para el PNSD	
En otras páginas web	
Listas de distribución del centro de documentación del PND	
Conferencias, Seminarios, Jornadas...	
envío por correo o email	
implicación en el proceso de elaboración/implementación	
Redes sociales	
Medios de comunicación	
Revistas sobre adicciones	
Otros (especifique)	

2. Impacto en el desarrollo de políticas públicas y programas

2.1. ¿Cuál cree que ha sido la **relevancia de la END en el desarrollo de la política *** y los programas de su entidad en esta materia? Señale la opción adecuada.

	Valor*
Relevancia de la END	

**4: Fundamental: ha sentado las directrices de la política de la entidad en este ámbito; 3: Importante: ha servido de orientación para establecer prioridades de la entidad en este ámbito; 2: Medio: ha servido de ayuda para elaborar programas; 1: Bajo, no se ha tenido en cuenta para establecer objetivos ni prioridades en políticas o programas; 0: Ninguna .*

Realice los comentarios que crea oportunos:

2.2. Indique, en una escala del 0 al 4, el **grado de coincidencia** entre los Objetivos de su Organización y los Objetivos de la END 2009-2016 (0: ninguna coincidencia-4: coincidencia total):

2.3. Valore la relevancia que en su opinión tiene cada uno de los Objetivos de la Estrategia del 0 al 4, siendo 0 nada relevante y 4 muy relevante.

	2.2. Coincidencia	2.3. Relevancia
O.G Nº 1: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español.		
O.G Nº 2: Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, daños y costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.		
O.G Nº 3 Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.		
O.G Nº 4: Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.		
O.G Nº 5 : Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales .		
O.G Nº 6: Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.		
O.G Nº 7: Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de las personas afectadas por el consumo de drogas. Normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.		
O.G Nº 8: Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.		

O.G Nº 9. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.		
O.G Nº 10. Aumentar mecanismos de control Blanqueo de Capitales.		
O.G Nº 11: Incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento		
O.G Nº 12: Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.		
O.G Nº 13: Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.		
O.G Nº 14: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional en general.		

3. Calidad de la Estrategia Nacional sobre Drogas:

- 3.1. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la END 2009-2016. Puntúe de 0 (ningún acuerdo) hasta 4 (muy alto acuerdo):

Sus objetivos están bien definidos y son claros	
Sus objetivos están bien definidos y son realistas	
Sus objetivos son oportunos y se adecuan a las necesidades del sector	
Los objetivos son acordes con las medidas que se proponen.	
Los objetivos son concretos	
Los objetivos son evaluables	

- 3.2. Indique que aspectos en su opinión habrían mejorado la calidad de la Estrategia

ANEXO III

LISTADO DE CUADROS Y FIGURAS

LISTADO DE CUADROS Y FIGURAS

Introducción

1. Cuadro 1: Ejemplo de las preguntas de evaluación elaboradas por el Grupo de Trabajo (elaboración propia).
2. Cuadro.2. Esquema instrumentos y fuentes (elaboración propia).
3. Cuadro 3. Instrumentos, Fuentes e Información recogida en la Evaluación final de la END 2009- 2016. (elaboración propia).
4. Cuadro 4: Baremos utilizados en el cuestionario de evaluación de la END dirigido a PAD y DGPNSD (elaboración propia).
5. Cuadro 5: Jerarquía de objetivos de la END 2009-2016 (elaboración propia).
6. Cuadro 6: Esquema de análisis de los indicadores de evaluación de la END 2009-2016 (elaboración propia).

Objetivo general 1.

7. Figura 1.1: Coordinación de la DGPNSD (Fuente: DGPNSD).
8. Figura 1.2. Perfiles de coordinación CCAA-organismos públicos (Fuente PAD).
9. Figura 1.3. Perfiles de coordinación CCAA-sociedad civil (Fuente PAD).

Objetivo general 2.

10. Figura 2.1. Programas de Sensibilización de las CC.AA. (Fuente PAD).
11. Figura 2.2. Perfil de los Programas de Información y Sensibilización CC.AA. (Fuente PAD).
12. Figura 2.3. Información sobre drogas entre los adolescentes (Fuente: OEDA).
13. Figura 2.4. Fuentes de información. Población general (Fuente: OEDA).
14. Figura 2.5. Fuentes información. Población Escolar (Fuente: OEDA).
15. Figura 2.6. Percepción de la importancia del problema de drogas (Fuente: OEDA).
16. Figura 2.7. Grado de Preocupación de los profesores (Fuente: OEDA).
17. Figura 2.8. Percepción del riesgo del consumo en la población general (Fuente: OEDA).
18. Figura 2.9. Percepción del riesgo del consumo en la población adolescente (Fuente: OEDA).
19. Figura 2.10. Medidas para solucionar el problema de las drogas en la población general (Fuente: OEDA).
20. Figura 2.11. Medidas para solucionar el problema de las drogas en población general y adolescentes 2015 (Fuente: OEDA).

Objetivo general 3.

21. Figura 3.1. Programas de Prevención de las CC.AA (Fuente PAD).
22. Figura 3.2. Distribución de los programas de prevención de las CC.AA. (Fuente PAD).
23. Figura 3.3. Participantes en programas de prevención en España 2009-2016. (Fuente: Memoria PND).
24. Figura 3.4. Principales destinatarios de los programas de prevención en España 2009-2015 (Fuente: Memoria PNSD).

25. Figura 3.5. Prevención escolar. 1: Centros escolares con programas de prevención. 2. Profesorado que aplica programas. 3. Profesorado formado en prevención. 2009-2015 (Fuente: Memoria PND).
26. Figura 3.6. Grado de acreditación de los programas de prevención de las CC.AA (Fuente: PAD)
27. Figura 3.7. Calidad en Prevención (Fuente PAD).
 - Grado de acreditación de programas prevención.
 - Nº de PAD que disponen de catálogos y carteras de servicios de prevención.
 - Nº de PAD que realizan evaluación en prevención.
28. Figura 3.8. Perfil de Programas de prevención de las CC.AA (Fuente PAD).

Objetivo general 4:

29. Figura 4.1. Edad media de inicio del consumo de drogas en adolescentes de 14 a 18 años. (Fuente: OEDA).
30. Figura 4.2. Tasa de incidencia anual (por 1000 habitantes) de consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: OEDA).
31. Figura 4.3. Accesibilidad: Porcentaje de estudiantes de 14-17 años que consiguen alcohol en los siguientes lugares. 2014 (Fuente: OEDA).
32. Figura 4.4. Percepción de normalidad del consumo: Porcentaje de estudiantes de 14-18 años que opina que la mayoría de sus amigos han consumido drogas en los últimos 30 días (Fuente: OEDA).
33. Figura 4.5. Visibilidad del consumo de drogas: Porcentaje de población que ve frecuentemente las siguientes conductas 2015 (Fuente OEDA).
34. 4.6. Disponibilidad percibida: Porcentaje de personas que piensan que es fácil conseguir las siguientes drogas (Fuente: OEDA).
35. Figura 4.7. Dinero disponible a la semana para gastos personales entre los estudiantes de E.S.O. de 14-18 años según sexo y edad (Fuente: OEDA).
36. Figura 4.8. Hora de regreso a casa de los estudiantes de 14 años en el fin de semana. (Fuente: OEDA).
37. Figura 4.9. Porcentaje de consumidores de drogas según la hora de regreso a casa (Fuente: OEDA).

Objetivo general 5:

38. Figura 5.1. Porcentaje de personas de 15 a 64 años que han consumido drogas alguna vez (Fuente: OEDA).
39. Figura 5.2. Porcentaje de adolescentes que han consumido drogas alguna vez (Fuente: OEDA).
40. Figura 5.3. Porcentaje de personas de 15 a 64 años que han consumido drogas en los últimos 30 días (Fuente: OEDA).
41. Figura 5.4. Porcentaje de adolescentes que han consumido drogas en los últimos 30 días (Fuente: OEDA).
42. Figura 5.7. Porcentaje de población general y población adolescentes no consumidora de drogas 2009-2015 (Fuente: OEDA).
43. Figura 5.8. Porcentaje de consumidores y no consumidores según droga 2015 (OEDA).
44. Figura 5.9. Nº de personas que comienzan a consumir en el último año. Población general. (Fuente: OEDA).
45. Figura 5.10. Nº de adolescentes que empezaron a consumir en el último año (Fuente: OEDA).
46. Figura 5.11. Incidencia de consumo en Población general según sexo (Fuente: OEDA)

- 47. Figura 5.12. Incidencia de consumo en adolescentes según sexo (Fuente: OEDA).
- 48. Figura 5. 13. Consumidores problemáticos 15-64 años 2009-2015 (Fuente: OEDA).
- 49. Figura 5.14 Porcentaje de población que realiza Binge- drinking (Fuente: OEDA).
- 50. Figura5.15. Porcentaje de adolescentes con consumo problemático (Fuente: OEDA).
- 51. Figura 5.16. Estimación del porcentaje de consumidores problemáticos en relación al número de consumidores ocasionales último año 2015 (Fuente: OEDA).

Objetivo general 6.

- 52. Figura 6.1. Nº de defunciones relacionadas con las drogas según causa 2009- 2015. (Fuente: INT).
- 53. Figura 6.2. Porcentaje (respecto al total de defunciones) de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según droga detectada 2009-2014 (Fuente: OEDA).
- 54. Figura 6.3. Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas ilegales 2009-2015 (Fuente: OEDA).
- 55. Figura 6.4. Porcentaje de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas de drogas ilegales según droga detectada 2009-2014 (Fuente: OEDA).
- 56. Figura 6.5. Porcentaje de UDIS* y VIH positivo entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas 2009-2014 (Fuente: OEDA).
- 57. Figura 6.6. Porcentaje de personas con problemas de salud relacionados con las drogas en prisiones y población en tratamiento 2009-2014 (Fuente: OEDA).
- 58. Figura 6.7. Infracciones contra la seguridad vial por consumo de drogas 2009-2015 (Fuente: DGT)
- 59. Figura 6.8. Delitos relacionados con las drogas (Fuente: INT-DGT).

Objetivo general 7.

- 60. Figura 7.1. Distribución de los programas asistenciales en las CCAA (Fuente: PAD).
- 61. Figura 7.2. Tipología y Cobertura de programas asistenciales en las CCAA (Fuente: PAD).
- 62. Figura 7.3. Perfiles de los programas asistenciales en las CCAA (Fuente: PAD).
- 63. Figura 7.4. Recursos asistenciales en las CCAA 2009-2015 (Fuente: Memoria PNSD).
- 64. Figura 7.5. Nº de casos atendidos en centros asistenciales 2009-2015 (Fuente: Memoria PNSD).
- 65. Figura 7.6. Nº de casos atendidos en programas específicos 2009-2015 (Fuente: Memoria PNSD).
- 66. Figura 7.7. Nº de admisiones a tratamiento por drogas ilegales 2009-2014 (Fuente: OEDA).
- 67. Figura 7.8. Nº de años transcurridos entre el inicio del consumo y el tratamiento (Fuente: OEDA).
- 68. Figura 7.9. Porcentaje de personas en tratamiento en relación con el nº de consumidores problemáticos 2015 (Fuente: OEDA).
- 69. Figura 7.10. Grado de acreditación de programas asistenciales en las CCAA (Fuente: PAD).
- 70. Figura 7.11. Calidad asistencial en las CCAA (Fuente: PAD).
- 71. Figura 7. 12. Evaluación asistencial en las CCAA (Fuente: PAD).
- 72. Figura 7. 13. Programas de reducción de daños en las CCAA (Fuente: PAD).
- 73. Figura 7. 14. Nº de recursos de Reducción de daños (Fuente: Memoria PND).
- 74. Figura 7. 15. Población atendida, nuevos diagnósticos VIH y jeringas dispensadas en programas de reducción de daños (Fuente: OEDA).
- 75. 7.15.1. Nº Inyectores de drogas en el último año, 2009-2014. Valor medio entre la población de 15-64 años (Fuente OEDA).

76. 7.15.2. Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH cuya vía de transmisión es el consumo de drogas por vía inyectada 2009-2014 (Fuente: OEDA).
77. 7.15.3. Nº de jeringas dispensadas en programas de reducción de daños 2009-2015 (Fuente: Memoria PND).
78. Figura 7. 16. Evaluación y calidad en reducción de daños en las CCAA (Fuente: PAD).

Objetivo general 8.

79. Figura 8.1. Tipología y Cobertura de programas de Incorporación Social en las CCAA (Fuente: PAD).
80. Figura 8.2. Perfil de los programas de Incorporación Social en las CCAA (Fuente: PAD).
81. Figura 8.3. Nº de casos en programas de Incorporación (Fuente: Memoria PNSD).
82. Figura 8.4. Porcentaje de casos en Incorporación Social respecto a Admisiones a Tratamiento 2009-2014 (Fuentes: OEDA-Memoria PNSD).
83. Figura 8.5. Empleo y alojamiento entre las admisiones a tratamiento 2009-2014 (Fuente: OEDA)
84. Figura 8.6. Grado medio de Cobertura, Acreditación y Coordinación de programas de Incorporación Social (Fuente: PAD).
85. Figura 8.7. Calidad de los programas de Incorporación Social en las CCAA (Fuente: PAD).
86. Figura 8.8. Evaluación en programas de Incorporación Social en las CCAA (Fuente: PAD).

Objetivo general 9.

87. Tabla 9.1. Acciones de prevención del tráfico minorista en zonas escolares y de ocio (Fuente: CITCO).
88. Figura 9.1. Control oferta zonas escolares (Fuente: CITCO).
89. Figura 9.2. Control oferta zonas de ocio (Fuente: CITCO).
90. Tabla 9.2. Detenciones, denuncias, decomisos y puntos de venta desactivados en zonas de ocio (Fuente: CITCO).
91. Tabla 9.3. Denuncias a la Ley Orgánica de Seguridad Ciudadana (L.O 4/2015) (Fuente: CITCO).
92. Tabla 9.4. Nº Inspecciones a operadores de sustancias susceptibles de desvío a canales ilícitos (Fuente: CITCO).
93. Tabla 9.5. Infracciones de operadores de sustancias susceptibles de desvío a canales ilícitos (Fuente: CITCO).

Objetivo general 10.

94. Figura 10.1. Intercambio de información de España con otras ORAs. Personas físicas y jurídicas investigadas (Fuente: CITCO).

Objetivo general 11.

95. Figura 11.1. Presupuesto de Investigación DGPNSD (Fuente: Memoria PNSD).
96. Figura 11.2. Presupuestos Investigación, documentación y publicaciones PAD (Fuente: Memoria PNSD).
97. Figura 11.3. Nº de proyectos de investigación de la DGPNSD. (Fuente: Memoria PNSD).
98. Figura 11.4. Nº de proyectos de investigación de los PAD (Fuente: PAD).

99. Figura 11.5. Nº de proyectos de investigación según droga 2006-2015 (Fuente: Memoria PNSD).
100. Figura 11.6 Difusión de las Investigación financiada por la DGPNSD: nº de proyectos que realizan (Fuente: Memoria PNSD).
101. Figura 11.7. Difusión de la Investigación CCAA: Nº de CCAA que realizan (Fuente: PAD).

Objetivo general 12.

102. Figura 12.1. Nº de PAD que realizan evaluación de políticas y programas (máx. 19) (Fuente: PAD).
103. Figura 12.2. Tipología de la evaluación en las CCAA, según área de intervención (Fuente: PAD).
104. Figura 12.3. Nº de PAD que han realizado evaluación de la red asistencial (Fuente: PAD).

Objetivo general 13.

105. Figura 13.1. Número de CC AA. que realizan actividades de formación, según el tipo de colectivos profesionales a los que se dirige la formación las CC.AA. (Fuente: PAD).
106. Figura 13.2. Número de profesionales formados por los PAD (Fuente: PAD).
107. Figura 13.3. Nº de CCAA que cuentan con Master y Cursos de Postgrado (Fuente: PAD)
108. Figura 13.4. Nº de docentes formados en prevención por los PAD (Fuente: Memoria PNSD).
109. Figura 13.5. Nº de profesionales de autoescuelas formados por la DGT (Fuente: DGT).
110. Figura 13.6. Nº de profesionales formados por II.PP (Fuente: S.G. de II.PP.).
111. Figura 13.7. Porcentaje de docentes de la ESO formados en drogas (Fuente: OEDA).

Objetivo general 14.

112. Figura 14.1. Grado de coordinación internacional de la DGPNSD (Fuente: DGPNSD).

Principios rectores: evidencia, calidad equidad, intersectorial dad, género

113. Figura 15.1. Nº de PAD que introducen la evidencia en sus políticas y programas (Fuente: PAD).
114. Figura 15.2. Grado medio de acreditación de programas CCAA (Fuente: PAD).
115. Figura 15.3. Grado de acreditación de programas de prevención en las CCAA (Fuente: PAD).
116. Figura 15.4. Perfiles de acreditación de las CCAA (Fuente: PAD).
117. Figura 15.5. Nº de CC.AA. con Catálogos de Programas (Fuente: PAD).
118. Figura 15.6. Nº de CC.AA. con Carteras de Servicios (Fuente: PAD).
119. Figura 15.7. Nº de programas incluidos en Catálogos de los PAD (total) (Fuente: PAD).
120. Figura 15.8. Nº de CCAA que fomentan la participación social (Fuente: PAD).
121. Figura 15.9. Extensión de las medidas para mejorar la accesibilidad de programas y servicios en las CC.AA. (Fuente: PAD).
122. Figura 15.10 Nº de CCAA con medidas para contrarrestar las dificultades de acceso (Fuente: PAD)
123. Figura 15.11. Nº de colectivos para los que se facilita el acceso en cada CCAA (Fuente: PAD).
124. Figura 15.12. Nº de CCAA que introducen la perspectiva de género (Max: 11) (Fuente: PAD).

Evaluación del impacto de la END

125. Figura 16.1. Valoración del grado de conocimiento de la END por las ONG (Fuente: ONG).
126. Figura 16.2. Porcentaje de ONG que creen que la END es suficientemente accesible (Fuente: ONG).
127. Figura 16.3. Relevancia de la END para los PAD (Fuente: PAD).
128. Figura 16.4. Grado de relevancia de los Objetivos de la END para las ONG y SS.CC. (Fuente: ONG y SS.CC.).
129. Figura 16.5. Grado de coincidencia de los objetivos de los PAD con la END (Fuente: PAD).
130. Figura 16.6. Grado medio de coincidencia de objetivos de los PAD con la END (Fuente: PAD).
131. Figura 16.7. Grado de coincidencia de los objetivos de las ONG y SS.CC. con los objetivos de la END (Fuente: ONG; SS.CC.).
132. Figura 16.8. Grado de coincidencia de los objetivos DGT, IIPP, FEMP la END (Fuente: AGE y FEMP).
133. Figura 16.9. Grado medio de coincidencia con los Objetivos de la END (Fuente: AGE, ONG, SS.CC.).
134. Figura 16.10. Valoración de la calidad de la END PAD y ONG (Fuente: PAD/ONG).

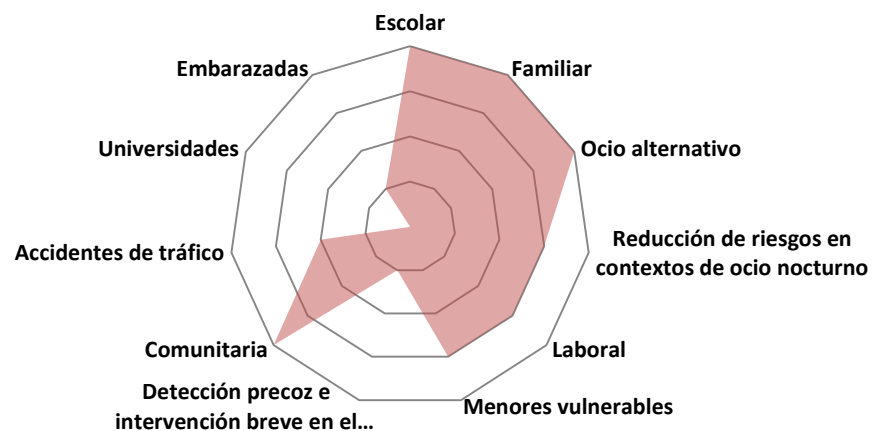
Presupuestos del PND

135. Figura 17.1. Presupuestos de la AGE y CCAA 2009-2015 (Fuente: Memoria PND).
136. Figura 17.2. Presupuestos de la AGE y CCAA 2009-2015 (Fuente: Memoria PND).
137. Figura 17.3. Presupuestos de la AGE y CCAA 2009-2015. Porcentaje del presupuesto por Áreas. (Fuente: Memoria PND).
138. Figura 17.4. Estimación del Gasto Público relacionado con las drogas. Porcentaje del PIB (Elaboración propia a partir del informe de Evaluación intermedia Estrategia Europea sobre Drogas 2013-2020).

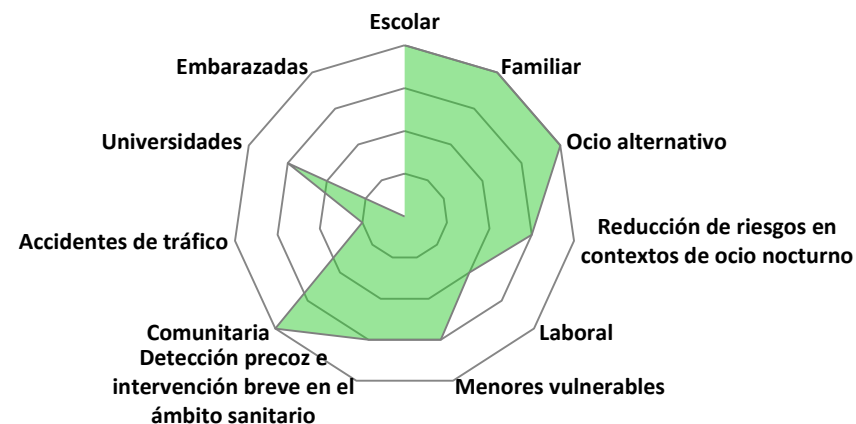
ANEXO IV: GRÁFICOS DE PERFILES PAD EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

Objetivo General 3: Desarrollar habilidades v capacidades personales. Perfil de programas de Prevención de las CC.AA

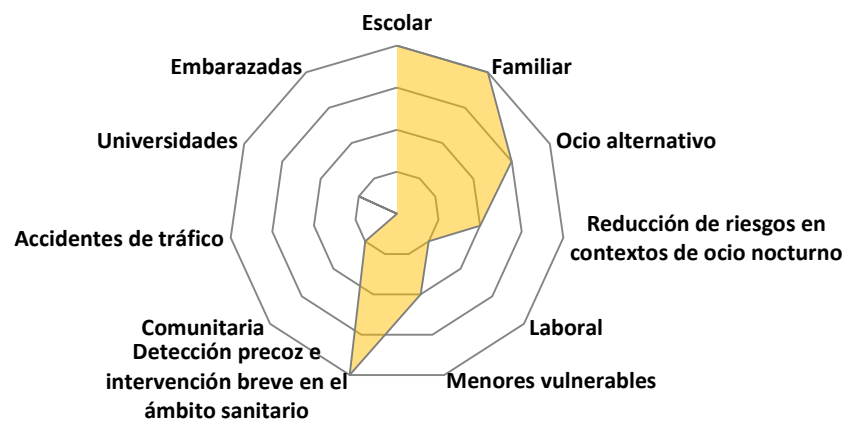
Andalucía



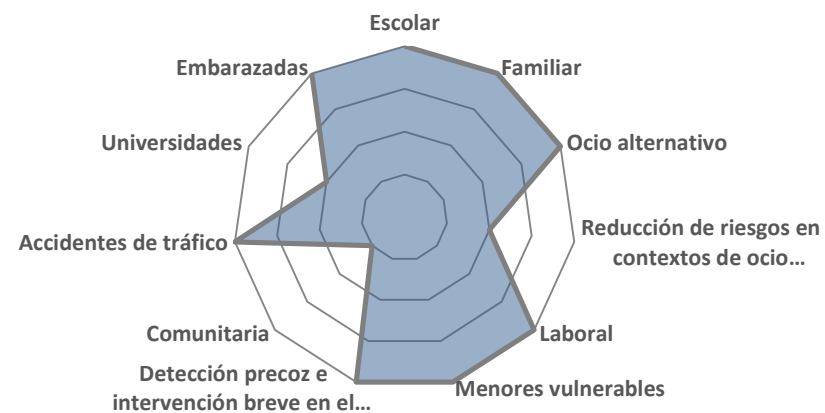
Aragón



Cantabria



Castilla y León



Castilla-La Mancha



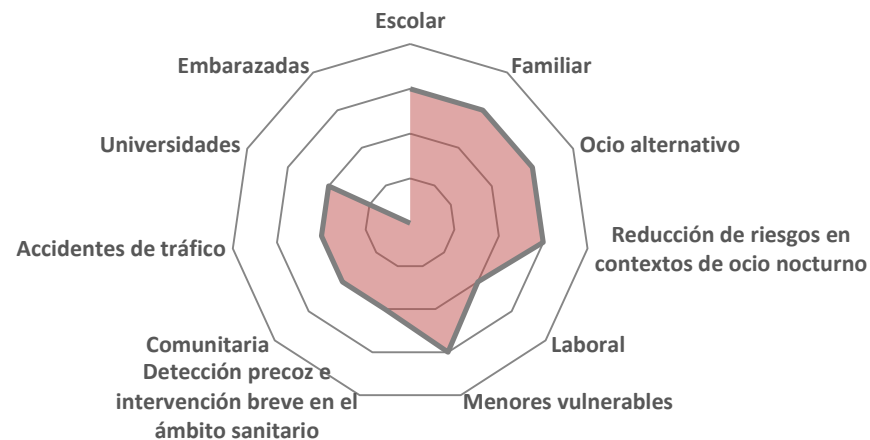
Cataluña



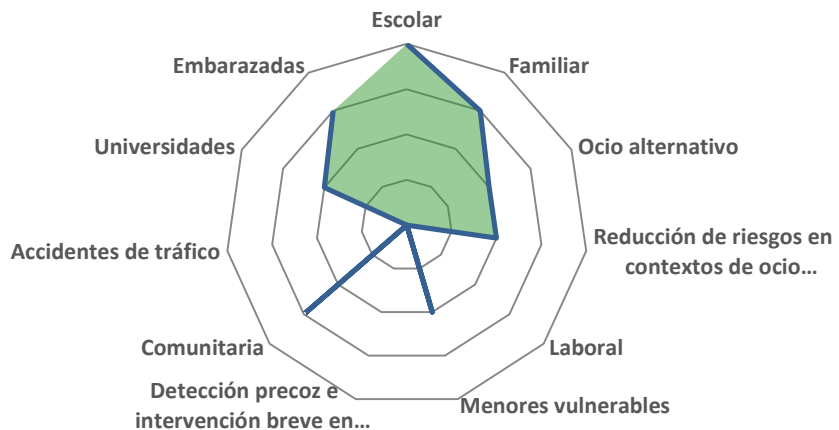
Ceuta



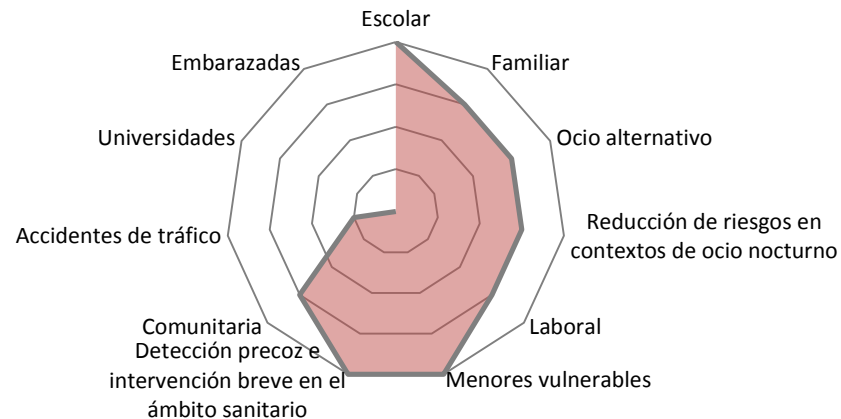
Comunidad de Madrid



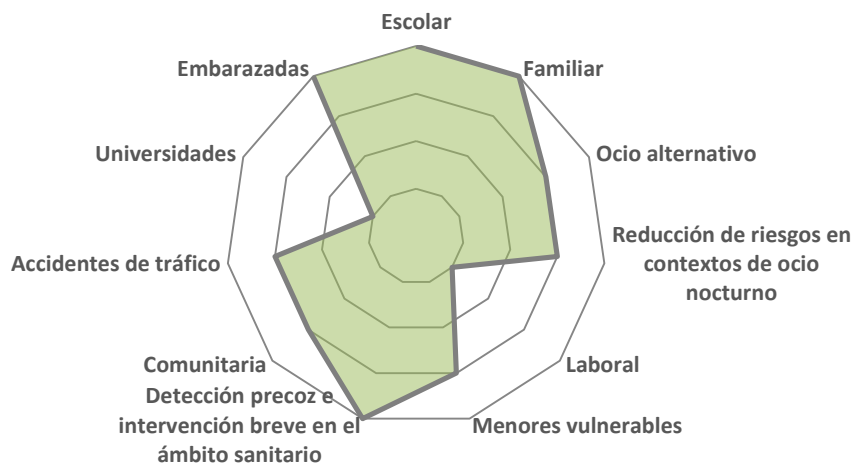
Comunidad Valenciana



Extremadura



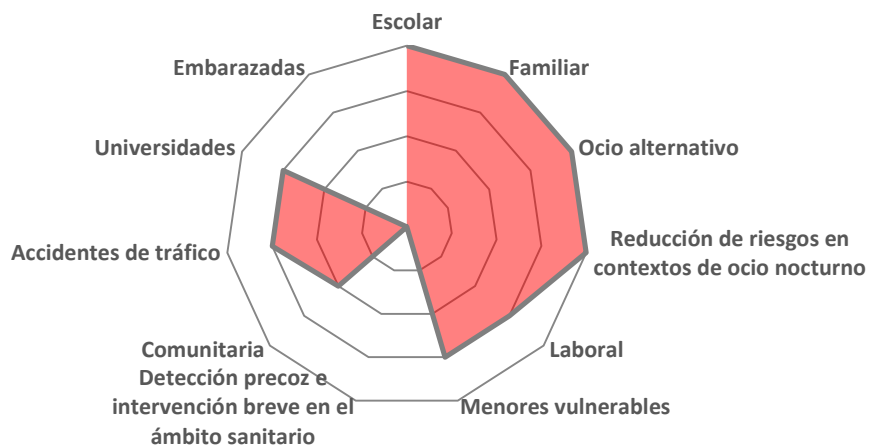
Galicia



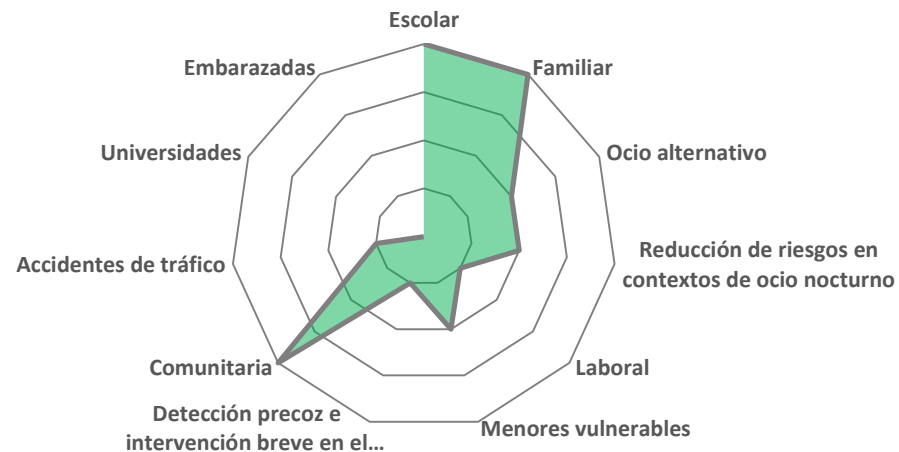
Islas Baleares



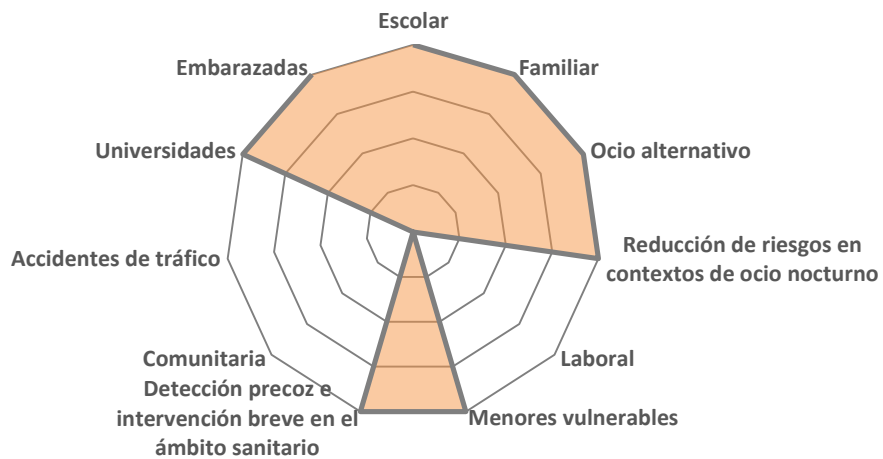
Islas Canarias



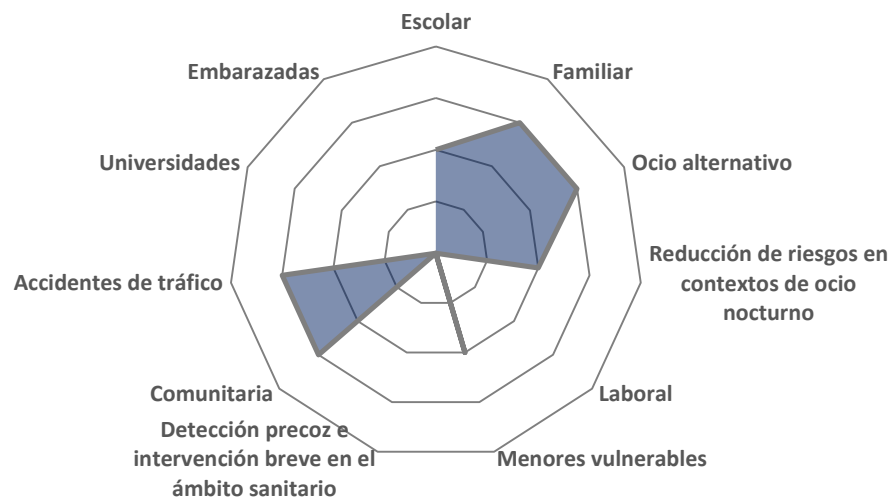
La Rioja



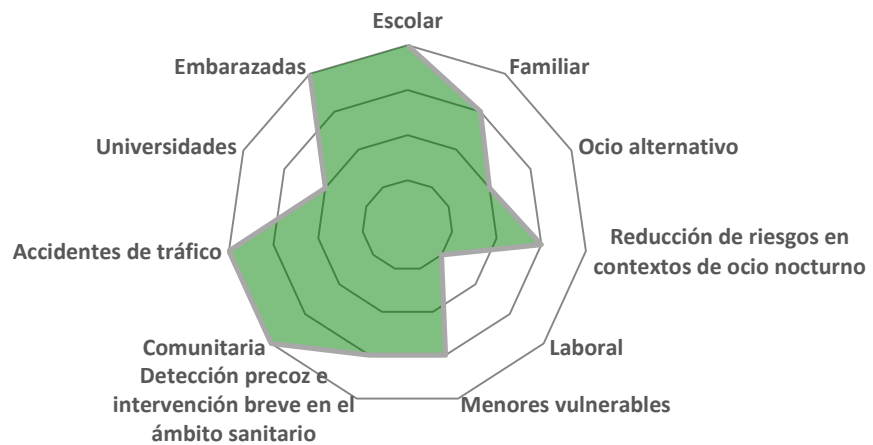
Melilla



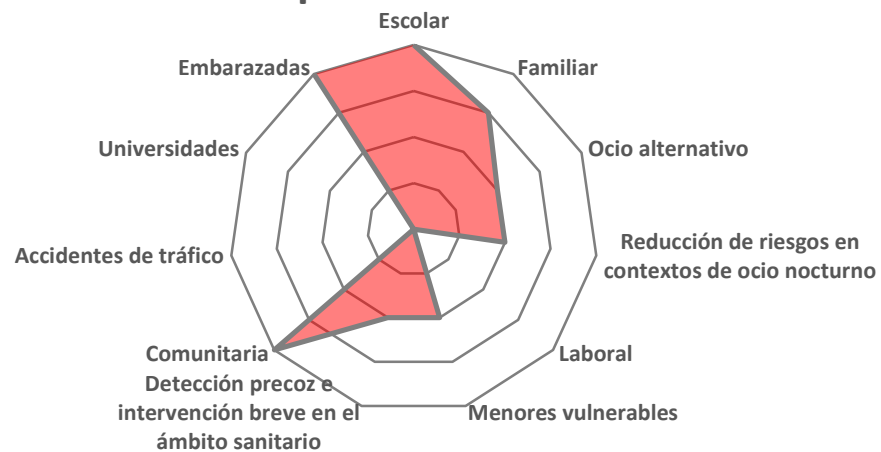
Navarra



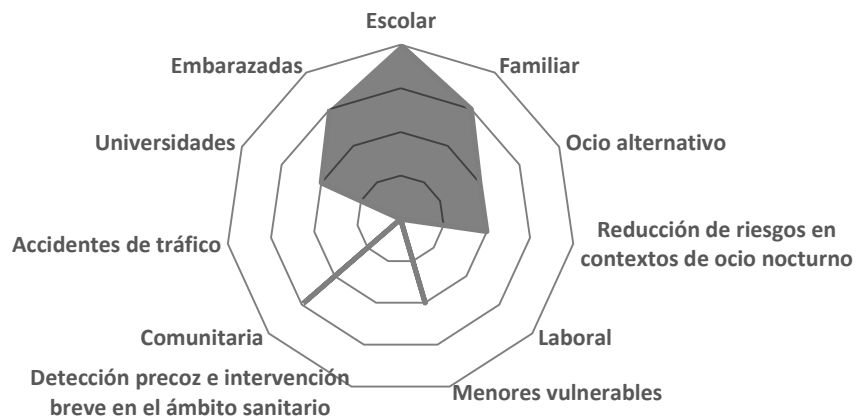
Pais Vasco



Principado de Asturias

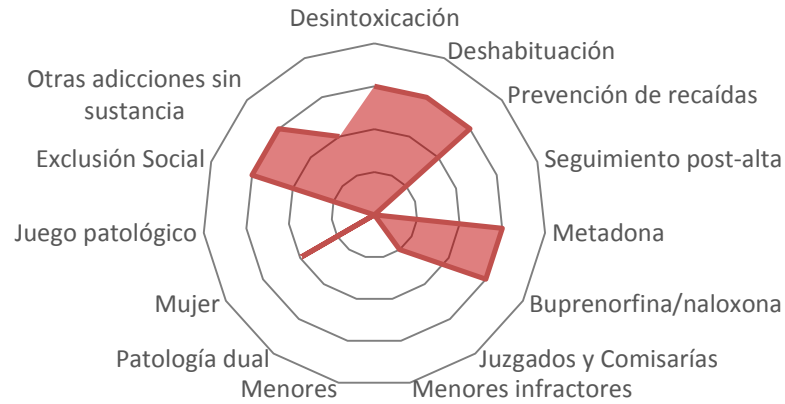


Región de Murcia

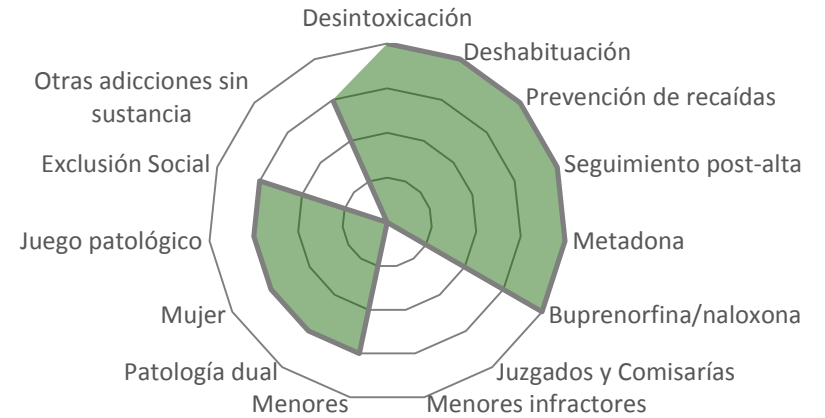


Objetivo General 7: Asistencia de Calidad. Perfil de programas de Atención de las CC.AA.

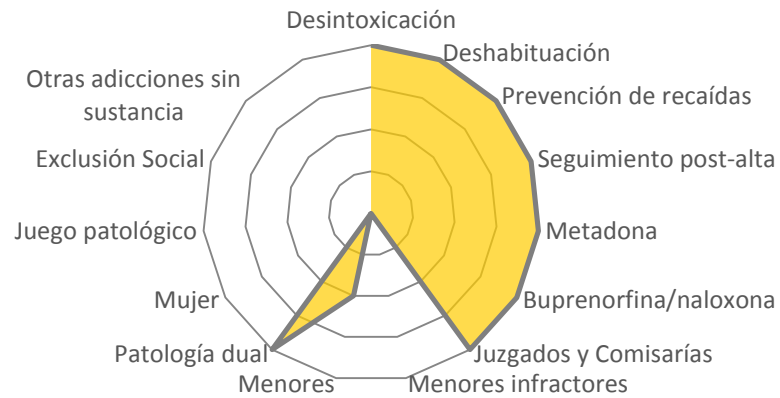
Andalucía



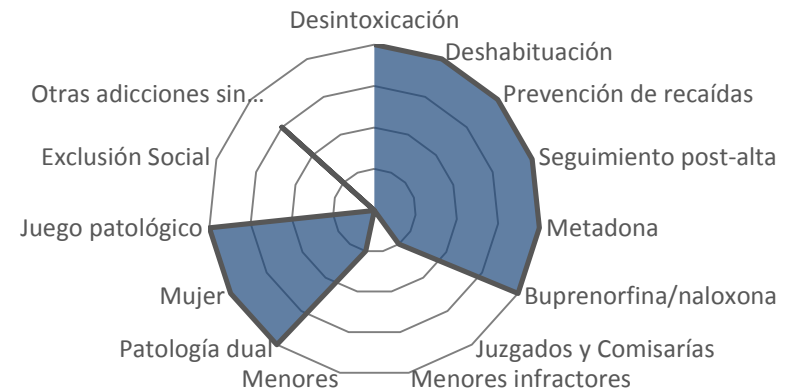
Aragón



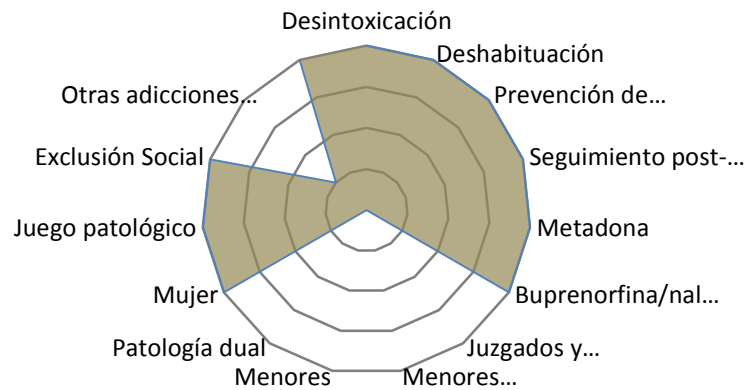
Cantabria



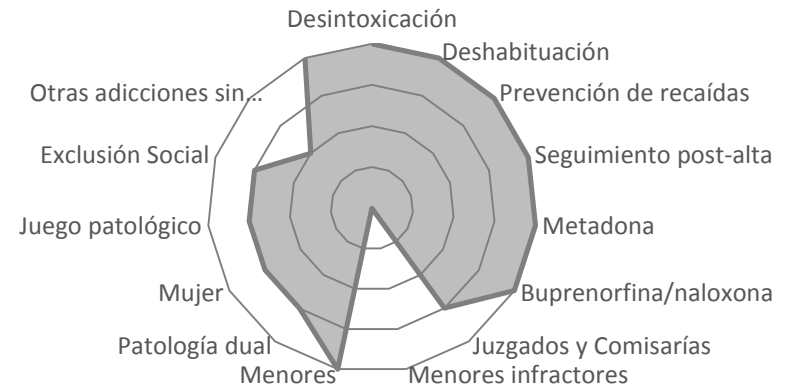
Castilla y León



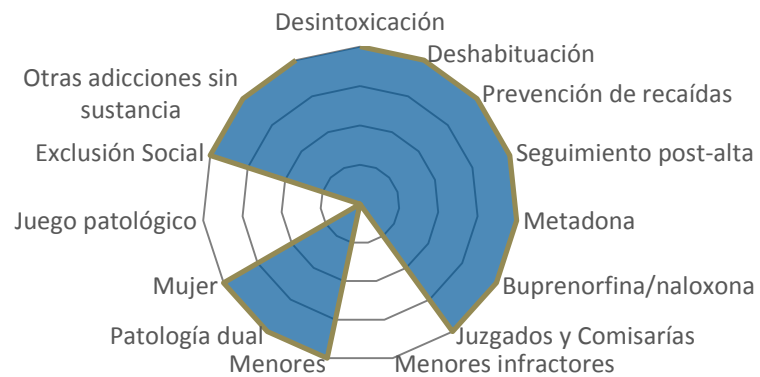
Castilla La Mancha



Cataluña



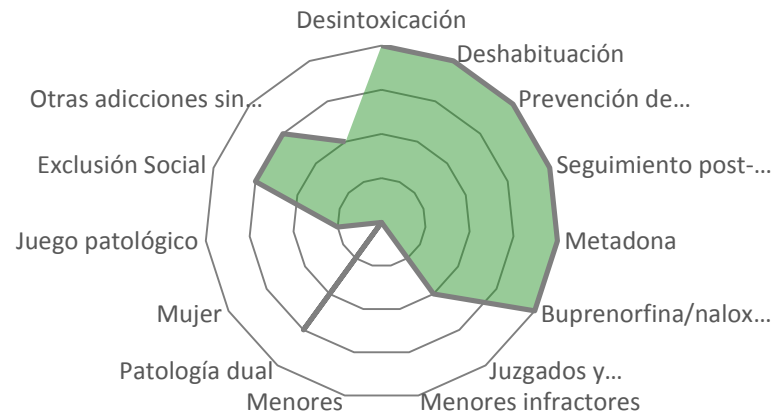
Ceuta



Comunidad de Madrid



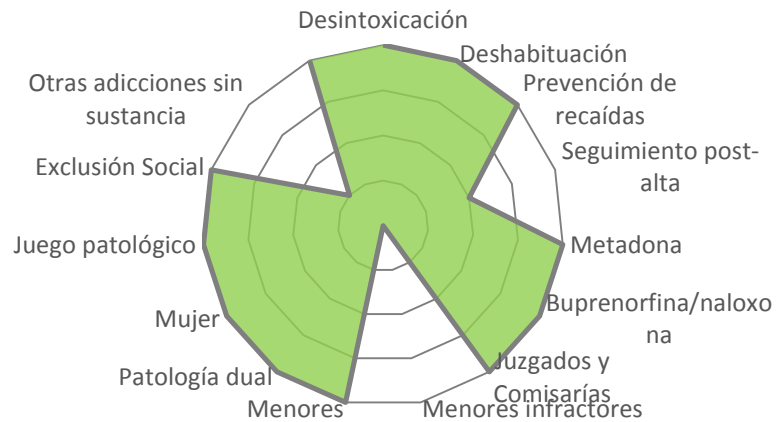
Comunidad Valenciana



Extremadura



Galicia

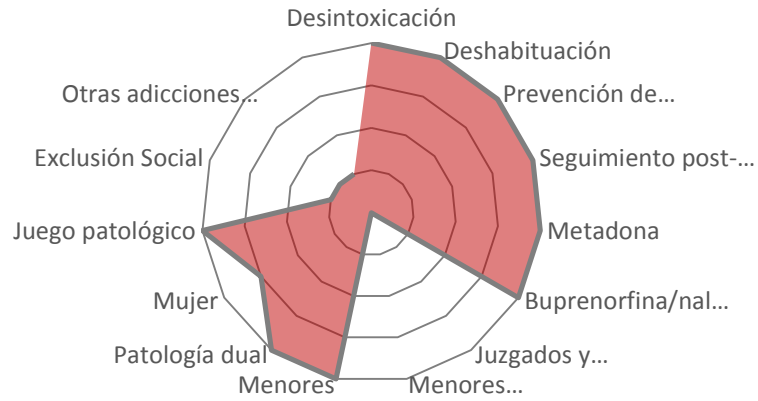


Islas Baleares

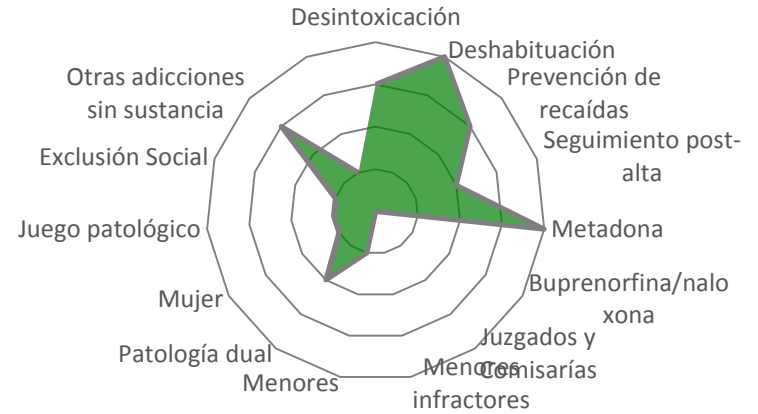


OBJETIVO 7

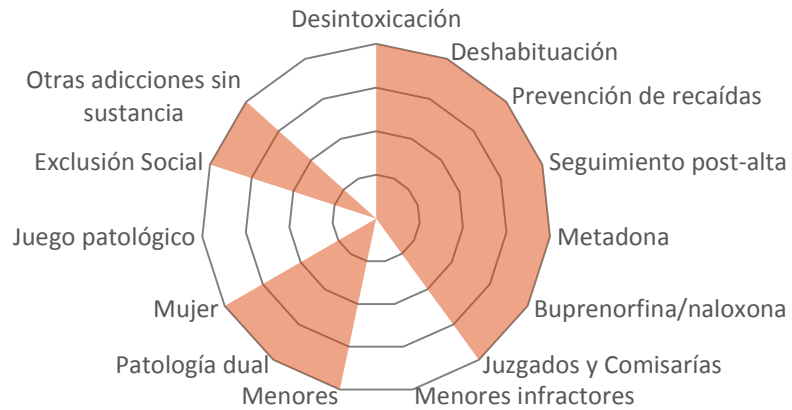
Islas Canarias



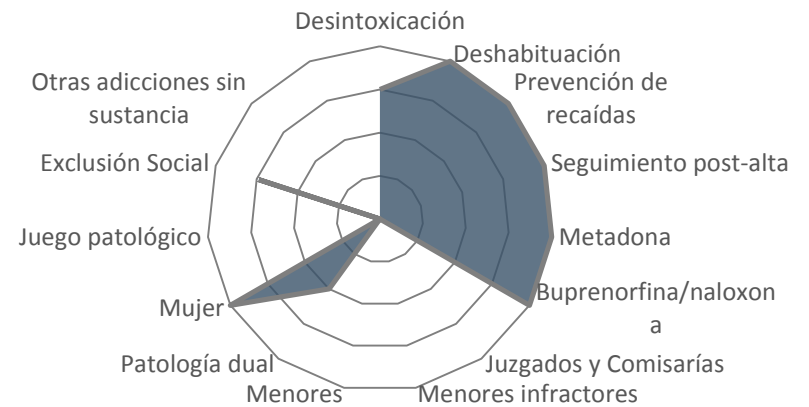
La Rioja



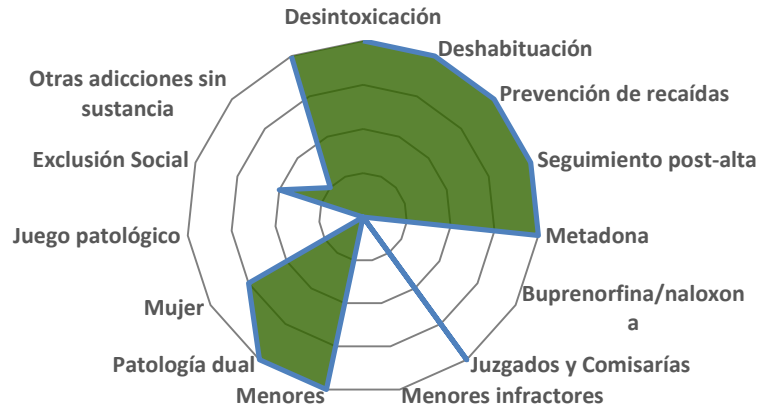
Melilla



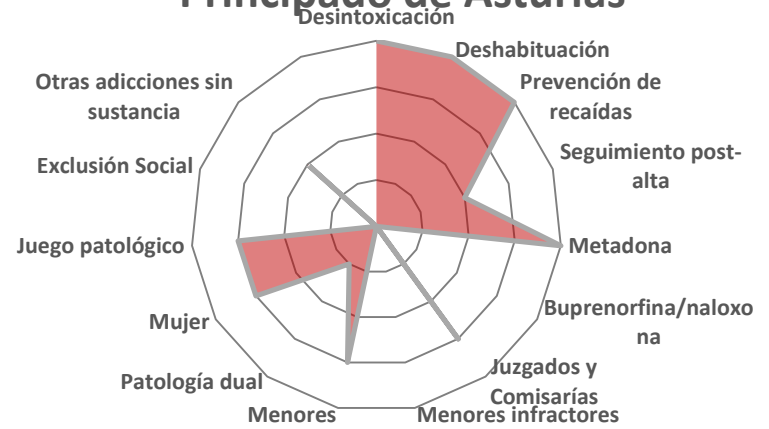
Navarra



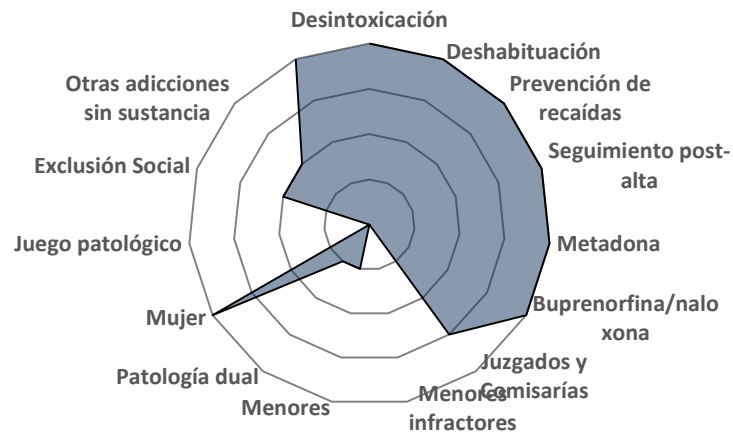
Pais Vasco



Principado de Asturias

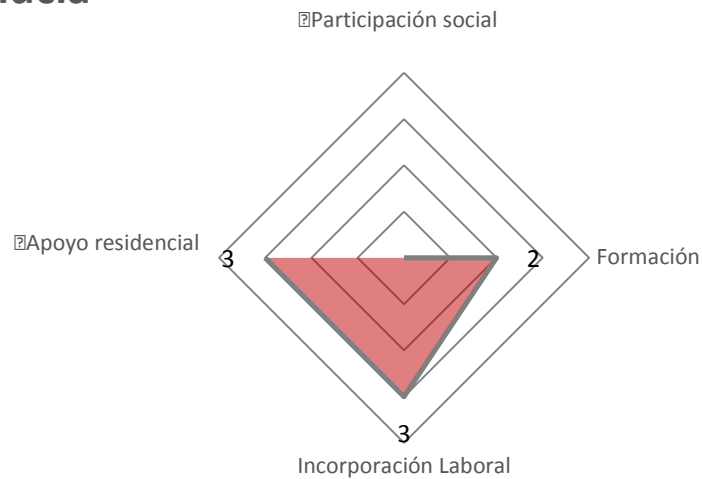


Region de Murcia

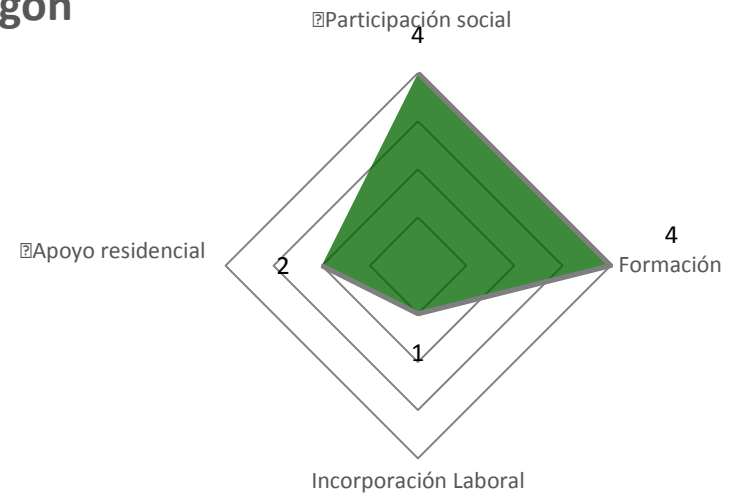


Objetivo General 8: Incorporación Social. Perfil de programas de incorporación de las CC.AA.

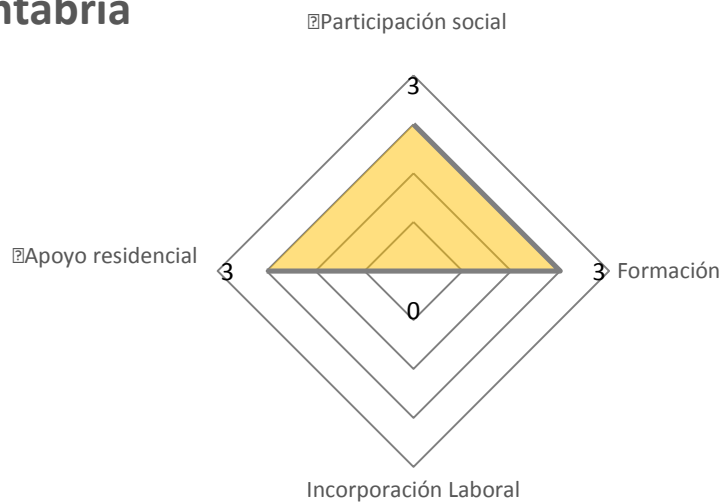
Andalucía



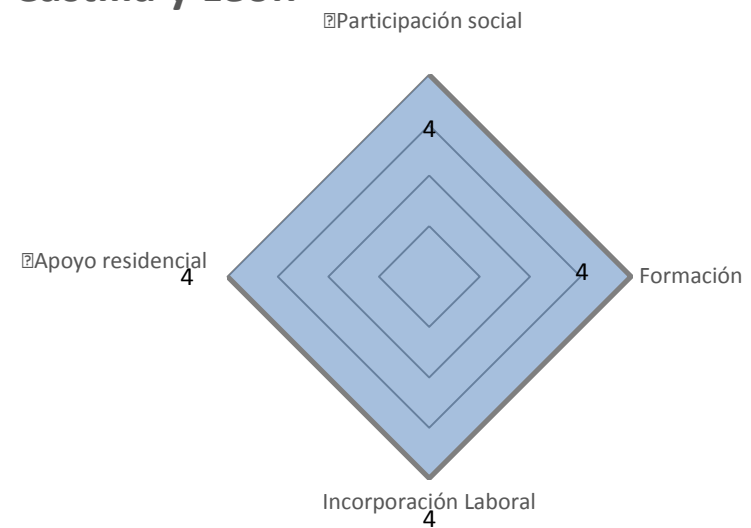
Aragón



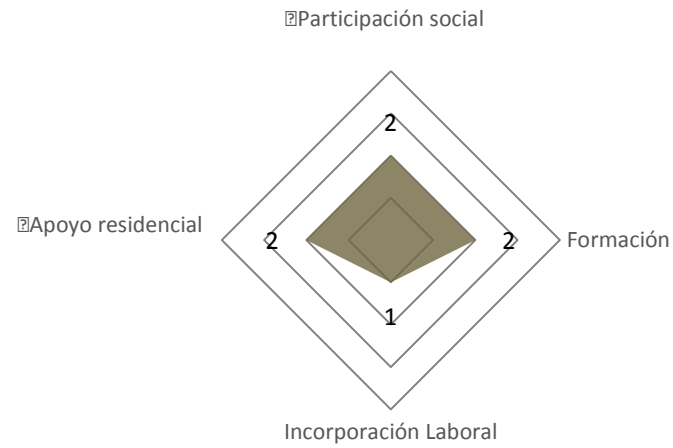
Cantabria



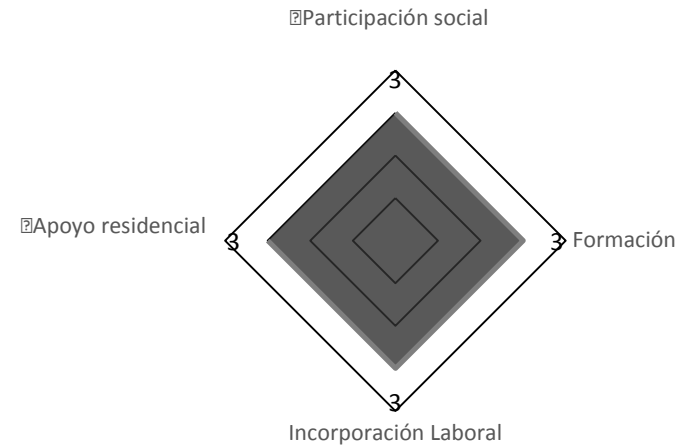
Castilla y León



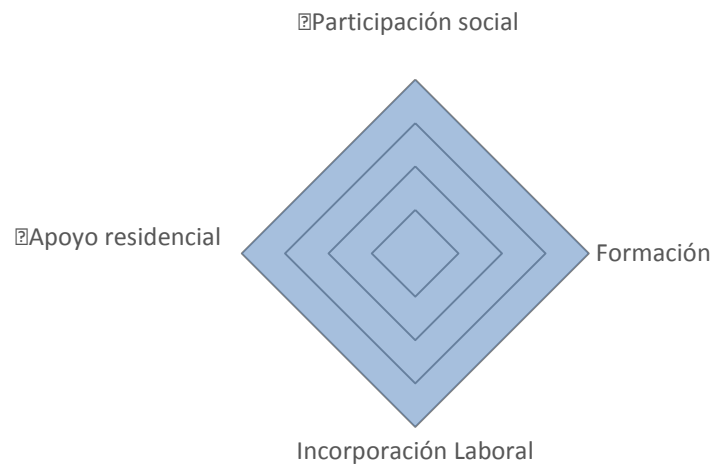
Castilla-La mancha



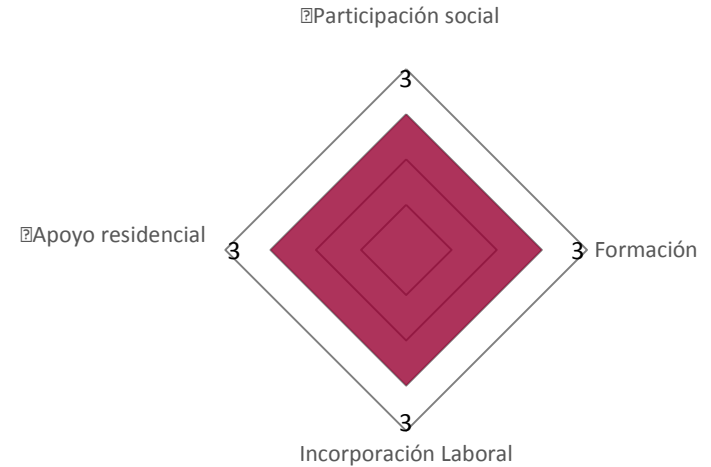
Cataluña



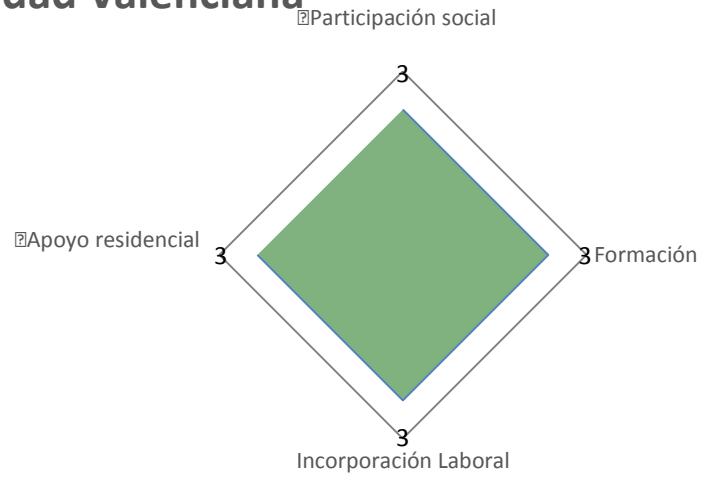
Ceuta



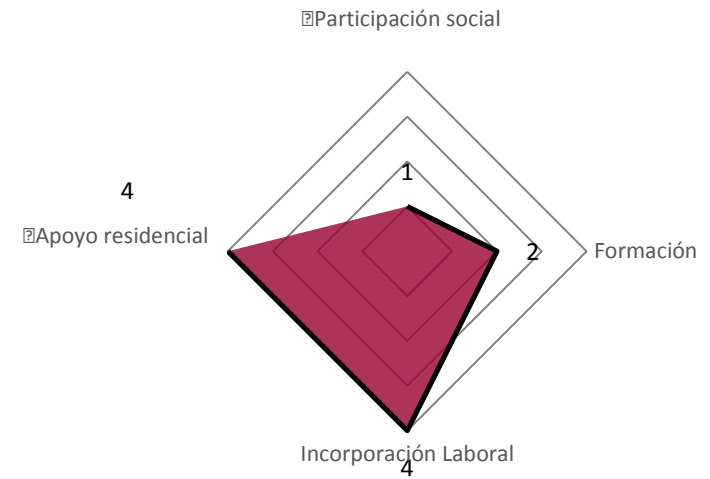
Comunidad de Madrid



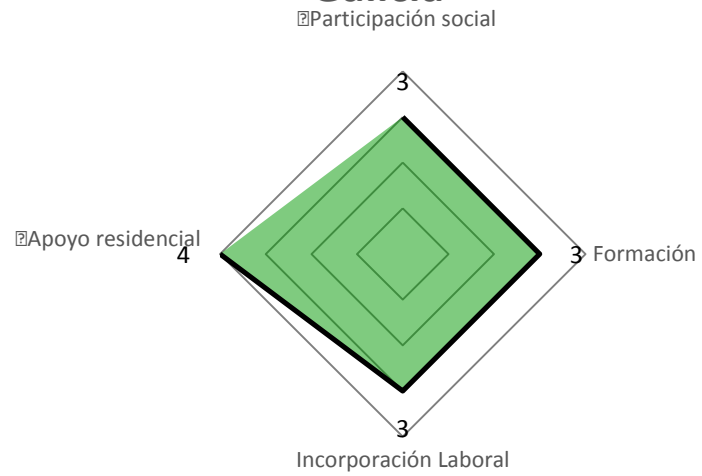
Comunidad Valenciana



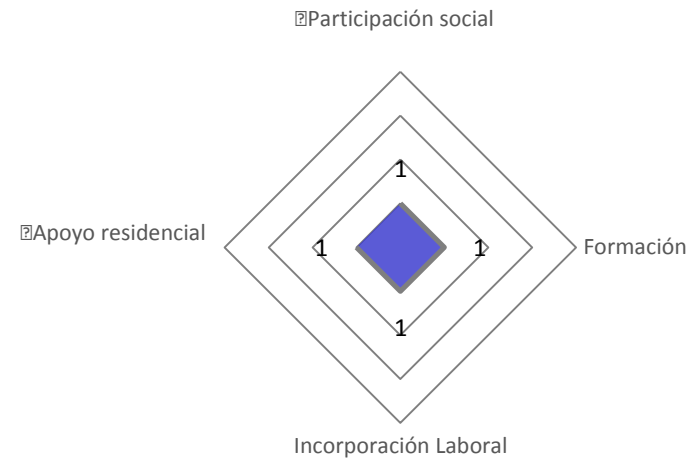
Extremadura



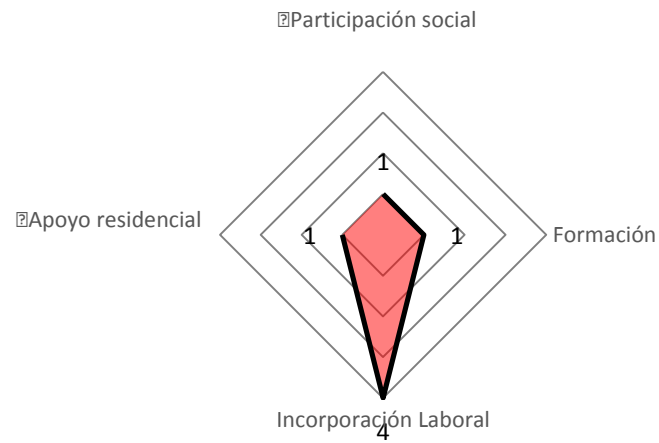
Galicia



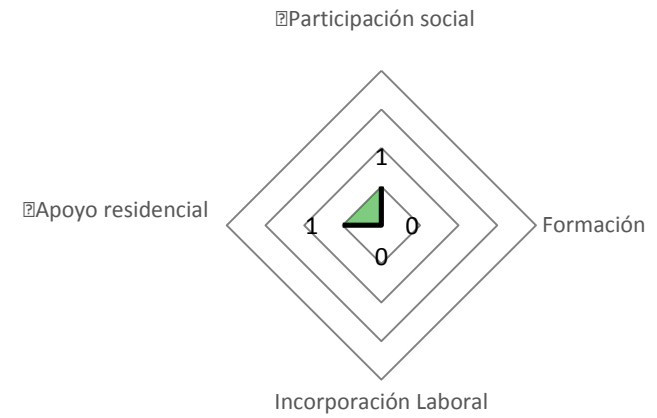
Islas Baleares



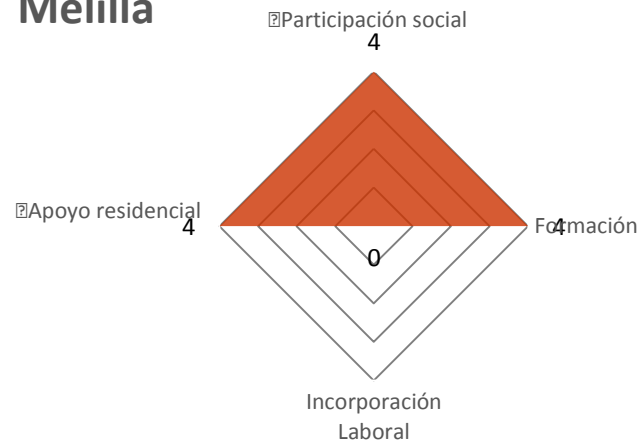
Islas Canarias



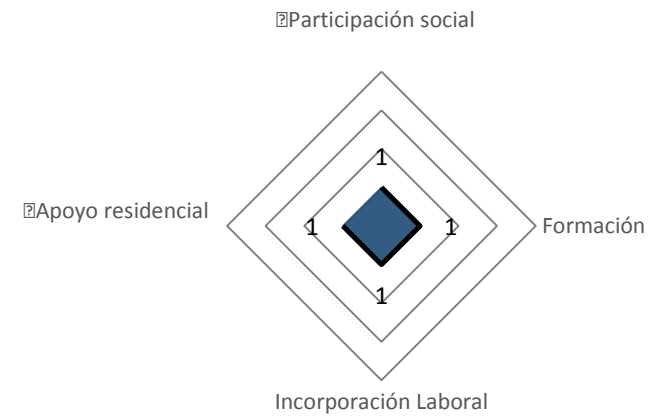
La Rioja



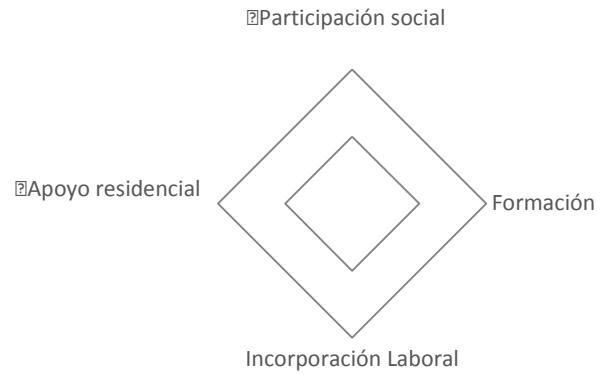
Melilla



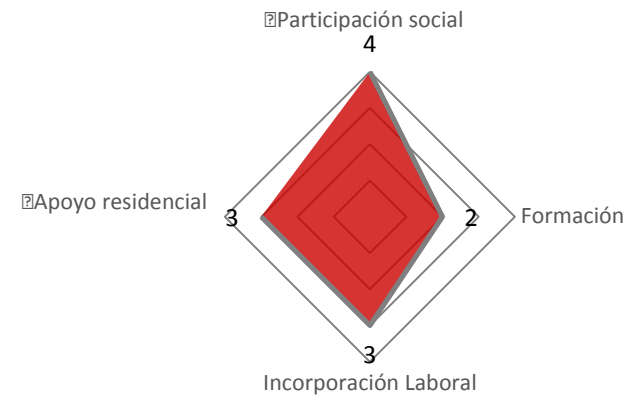
Navarra



Pais Vasco (sin información)



Principado de Asturias



Región de Murcia

