

# ÁGORA

Oferta de servicios y continuidad asistencial  
en adicciones  
Miércoles 25 de marzo de 2026

## La integración de la atención a las adicciones en el sistema sanitario público

Bartolomé Pérez Gálvez  
Director General de Salud Mental y Adicciones  
Generalitat Valenciana

ÁGORA  
Oferta de servicios



MINISTERIO  
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

# CONSIDERACIONES PREVIAS

---

# ¿POR QUÉ NO SE INVIERTE EN TRATAMIENTOS?

---

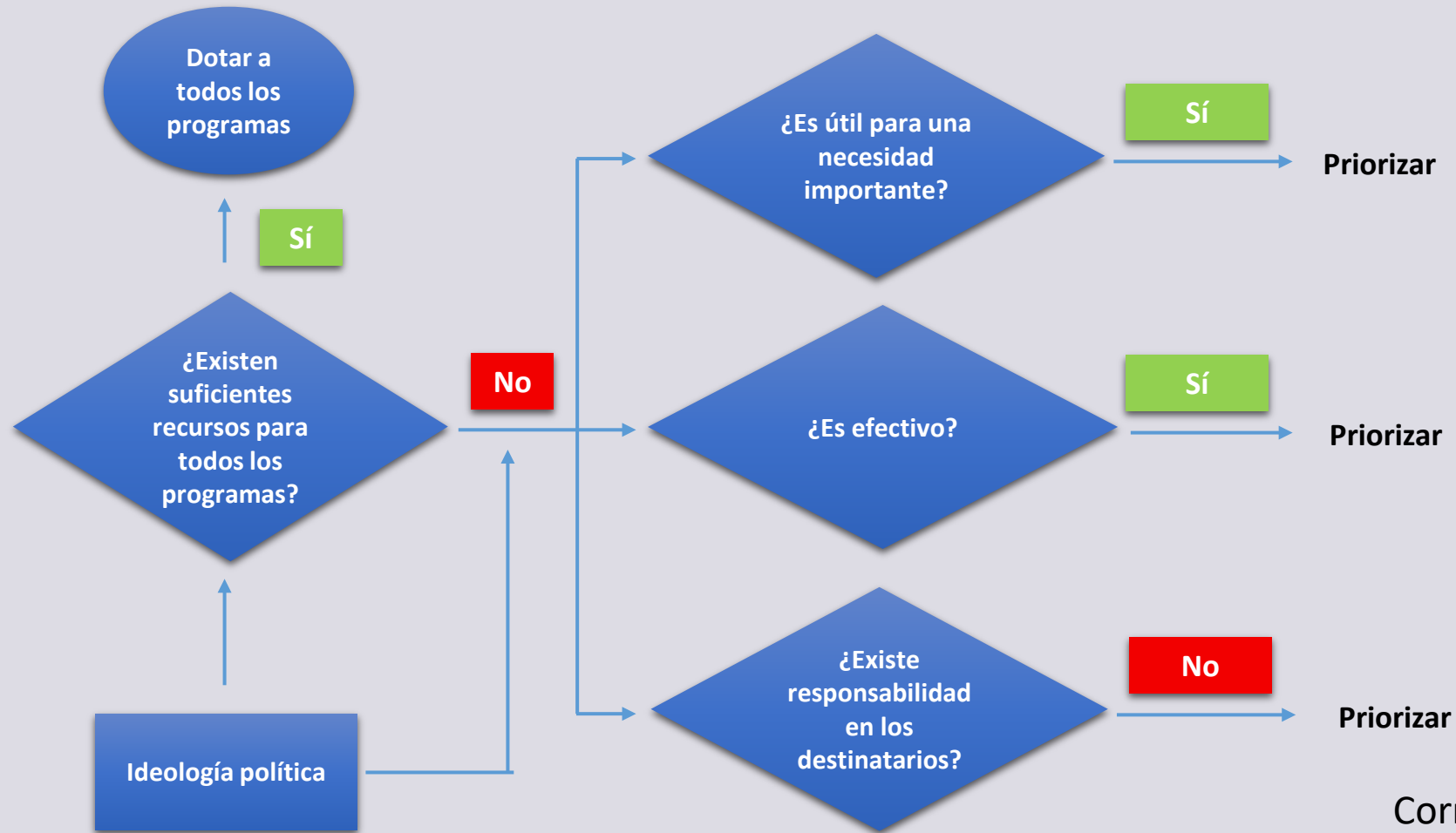
Creer que las drogodependencias son un problema de delincuencia y no un problema de salud.

Escepticismo de gobernantes, profesionales sanitarios y sociedad en general, respecto a la eficacia de los tratamientos.

La utilización del tratamiento como solución implica asumir la no culpabilidad del adicto, principio no compartido por la sociedad.

UNDCP, 2003

# ¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS FONDOS PÚBLICOS?



Corrigan & Watson, 2003

# EL CAMBIO DE PARADIGMA

---

# EL FRACASO DEL MODELO PREVIO (AÑOS 80-90)

---

## PROBLEMAS ESTRUCTURALES

- ✘ Fragmentación del sistema asistencial.
- ✘ Predominio excesivo del ámbito social sobre el clínico.
- ✘ Falta de una red sanitaria integrada .

## DEFICIENCIAS TÉCNICAS

- 📖 Escasa base clínica en los tratamientos.
- 🔄 Alta variabilidad en la calidad de la atención.
- 📈 Baja evaluación de resultados terapéuticos.

## CONSECUENCIAS REALES

- ⚠️ Ineficiencia en el gasto público.
- ⚖️ Inequidad en el acceso a los servicios.
- 👤 Cronificación de los pacientes.

**RESULTADO: Un modelo insuficiente para la complejidad clínica actual.**

# UN CAMBIO DE PARADIGMA NECESARIO

## LA TESIS CENTRAL

**Integrar no es una opción técnica. Es una decisión política.**

- ✓ La adicción es un **problema de salud** de pleno derecho.
- ✓ El **sistema sanitario** debe liderar el proceso asistencial.
- ✓ El tercer sector debe **integrarse**, no sustituir al sistema público.

## CONTEXTO HISTÓRICO

- 🕒 Históricamente, las adicciones han estado fuera del sistema sanitario.
- ⚠️ Esta exclusión no se debió a falta de evidencia científica, sino a **falta de decisión política**.
- 🔄 Es imperativo un cambio de enfoque: de lo marginal a lo **plenamente sanitario**.

# ¿QUÉ SIGNIFICA REALMENTE "INTEGRAR"?

---

## PROTOCOLIZAR

Estandarizar la atención clínica basada en la evidencia científica, eliminando la variabilidad injustificada en los tratamientos.

## EVALUAR

Medir sistemáticamente los resultados terapéuticos y la eficiencia del gasto para garantizar la mejora continua del sistema.

## REGULAR

Establecer un marco normativo claro que defina las competencias, responsabilidades y estándares de calidad de todos los actores.

## ORDENAR

Organizar los recursos en una red coherente bajo un liderazgo sanitario único, eliminando la improvisación y las duplicidades.



# UN MODELO ASISTENCIAL CONSOLIDADO

---

# EL “MODELO VALENCIANO” (1997-2026)

## HITO LEGISLATIVO

# 1997

Ley 3/1997 de la Comunidad Valenciana

Esta ley marcó el inicio de la integración real, estableciendo las bases para una red asistencial profesionalizada y bajo control sanitario.

## AVANCES CLAVE

- 🌟 Reconocimiento sanitario formal de las adicciones como “enfermedades comunes”.
- 🏗️ Creación de una red estructurada de dispositivos especializados (UCAs).
- 👤 Liderazgo técnico de profesionales sanitarios en la gestión.

CAMBIO DE PARADIGMA

ENFOQUE MARGINAL



ENFOQUE SANITARIO

# ARQUITECTURA DEL SISTEMA EN TRES NIVELES

---

## NIVEL 1

### Atención Primaria

- 🔍 Puerta de entrada y **detección precoz**.
- 👤 Intervención breve y **seguimiento básico**.
- 📍 Máxima **accesibilidad** territorial.

## NIVEL 2

### Red Especializada (UCA)

- 🏢 Unidades de Conductas Adictivas (UCAs)
- 🔗 **Diagnóstico clínico** y tratamiento especializado.
- 🔗 **Eje vertebrador** de todo el proceso asistencial.

## NIVEL 3

### Rehabilitación (ONGs)




- 👥 Recursos del **Tercer Sector** integrados.
- 🏠 Comunidades terapéuticas y **viviendas tuteladas**.
- 🔗 Enfoque en **rehabilitación e inclusión** social.

TODO EL SISTEMA OPERA BAJO LIDERAZGO SANITARIO ÚNICO

# LAS UCA: EL EJE DEL SISTEMA SANITARIO

Las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) son dispositivos sanitarios especializados, no recursos sociales.

## FUNCIONES CRÍTICAS

-  Puerta de entrada clínica al sistema especializado de atención a las adicciones.
-  Realización de diagnósticos precisos y diseño de planes terapéuticos individuales.
-  Coordinación integral de todo el proceso asistencial del paciente en la red.

**ÁGORA**  
Oferta de servicios

## REALIDAD CLÍNICA

# 60 -70%

### PATOLOGÍA DUAL

La alta complejidad de los pacientes actuales requiere un abordaje psiquiátrico y clínico de alta especialización.



MINISTERIO  
DE SANIDAD




SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS




# EL PAPEL ESTRATÉGICO DEL TERCER SECTOR

---

## INTEGRACIÓN, NO PARALELISMO

-  Las ONGs son **imprescindibles** , pero no pueden funcionar al margen del sistema sanitario.
-  No pueden **sustituir** la responsabilidad pública del sistema de salud.
-  Deben operar bajo **liderazgo sanitario** claro y unificado.

## SERVICIOS Y MISIÓN

-  Gestión de **recursos clave** : Centros de día, comunidades terapéuticas y viviendas tuteladas.
-  Foco en la **rehabilitación** , inclusión social y soporte continuado.
-  Programas de **reducción del daño** y apoyo comunitario.




*"Las ONGs no son el sistema; son parte del sistema."*

# ASPECTOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS




---

# CONDICIONES PARA UNA RED EFICAZ

## REQUISITOS DEL MODELO

-  **Derivación Sanitaria** : Acceso exclusivo mediante criterios clínicos definidos.
-  **Gestión por Objetivos** : Metas terapéuticas claras y tiempos de estancia limitados.
-  **Evaluación Obligatoria** : Medición constante de resultados e inspección técnica.

## CONTROL DE CALIDAD

-  **Garantía de Equidad** : Mismos estándares de atención en toda la red.
-  **Indicadores Clínicos** : Uso de datos para la toma de decisiones estratégicas.
-  **Alta Clínica** : El proceso debe finalizar con la reintegración del paciente.

### RIESGOS CRÍTICOS A EVITAR

-  Cronificación en comunidades terapéuticas.
-  Ausencia de indicadores de seguimiento.
-  Ingresos por presión familiar sin base clínica.
-  Falta de coordinación con el sistema público.

# DEL VOLUNTARISMO A LA PROFESIONALIZACIÓN

## TRANSFORMACIÓN DEL MODELO


~~Subvenciones~~ → **Compra de servicios**


~~Voluntarismo~~ → **Profesionalización**

~~Dispersión~~ → **Red Integrada**

Esta evolución marca la diferencia entre un sistema de beneficencia y un sistema sanitario público de calidad.

## FINANCIACIÓN Y ESTABILIDAD

 Integración plena en el **presupuesto sanitario** ordinario.

 Garantía de **estabilidad financiera** para los recursos de la red.

 Máxima **transparencia** y control en el uso de fondos públicos.




"La financiación define el modelo."






# CONCLUSIONES Y RETOS DE FUTURO

---

## DERECHOS DEL PACIENTE

-  Acceso universal y equitativo a los servicios.
-  Garantía de confidencialidad y no estigmatización.
-  Decisiones clínicas basadas estrictamente en la evidencia .

## RETOS EMERGENTES

-  Abordaje de nuevas adicciones y población joven.
-  Atención a la patología dual grave y compleja.
-  Adaptación constante del sistema a la realidad social .

"La integración de las adicciones no es solo una reforma técnica. Es una cuestión de dignidad, eficacia y responsabilidad pública."

Gracias