

Plan de Galicia sobre Drogas

2007-2009



**PLAN DE GALICIA
SOBRE DROGAS
2007-2009**

Agradecementos:

A tódalas persoas que, a título individual ou en representación de organismos e institucións, subministraron información para as distintas etapas de elaboración do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, a Consellería de Sanidade quere amosarlles o seu máis sincero agradecemento.

Edita

Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde
Santiago de Compostela

Elabora:

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias

Coordinación Técnica:

VICTOR PEDREIRA CRESPO
INDALECIO CARRERA MACHADO
JESÚS MORÁN IGLESIAS
JAIME FRAGA ARES

Colaboradores:

ÁNGELES LORENZO LAGO
ANTONIO NÚÑEZ PÉREZ
AURELIA MARIÑO BLANCO
CESAR PEREIRO GÓMEZ
ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
FERNANDO MÁRQUEZ GALLEGO
JESUS CANCELO MARTÍNEZ
CONSUELO CARBALLAL Balsa
PILAR BERMEJO GONZÁLEZ

Deseño e maquetación:
Difux, S.L.

Imprime:
Difux, S.L.

Tirada:
1000 exemplares

Depósito legal:
C 2002-2008

I.S.B.N.:
978-84-453-4585-6

PRÓLOGO	5
INTRODUCCIÓN	9
Parte 1	
ANÁLISE DA SITUACIÓN	15
1. Situación dos consumos de drogas en Galicia	17
2. Tendencias xerais nos consumos de drogas	31
3. Impacto social e sanitario dos consumos de drogas	38
4. Factores asociados ao consumo de drogas	49
5. Actuacións desenvolvidas no campo da prevención	66
6. Actuacións desenvolvidas no campo do tratamento das drogodependencias	74
7. Actuacións desenvolvidas no campo da incorporación social	96
8. Avaliación de obxectivos do Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004	101
2. AVALIACIÓN DAS NECESIDADES	125
1. Problemática existente nos ámbitos da prevención, a asistencia e a incorporación social	127
2. Diagnóstico da situación: fortalezas e debilidades das políticas desenvolvidas no marco do Plan de Galicia sobre Drogas	129
3. PLANIFICACIÓN XERAL	139
1. Conceptualización das drogodependencias e modelo de intervención	141
2. Principios e directrices da planificación	142
3. Prioridades de intervención	145
4. Obxectivos do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009	149
4. ÁREAS DE INTERVENCIÓN	165
1. Prevención	167
2. Asistencia	179
3. Incorporación social	189
4. Formación	200
5. Investigación e avaliación	208
6. Coordinación	216
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	227

PRÓLOGO

Dende a entrada en vigor da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, quedou patente a necesidade de elaborar periodicamente un documento que recollese dun xeito estruturado, organizado e cohesionado o conxunto dos obxectivos e accións que se deben realizar en Galicia en materia de loita contra as drogodependencias. Ata o momento elaboráronse dous plans destas características, sendo o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, que agora teño a satisfacción de presentar, o terceiro.

A elaboración do actual plan correu a cargo dun grupo de traballo interdisciplinar, composto por destacados profesionais da rede do Plan de Galicia sobre Drogas nos ámbitos da prevención, do tratamento e da incorporación social de drogodependentes, así como por profesionais da rede de alcoholismo, de saúde mental e por técnicos da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Posteriormente, o borrador elaborado remitiuse a todos os profesionais dos centros e servizos das redes de drogodependencias e de saúde mental, así como ás ONG e aos concellos que cooperan coa consellería no desenvolvemento da rede de recursos do dito plan, colexios profesionais e diversas asociacións, co fin de que puidesen realizar as alegacións que considerasen oportunas. Asemade, remitiuse tamén aos diferentes departamentos da Xunta de Galicia e organismos autónomos implicados nesta materia, así como a outras administracións.

Unha vez rematado este proceso, o documento resultante do borrador orixinal, máis as alegacións incorporadas, elevouse ao Consello da Xunta de Galicia que o tomou en consideración na súa reunión de 28 de decembro de 2007.

Este novo documento estratéxico reflicte as orientacións programáticas do Goberno de Galicia para afrontar as complexas consecuencias do fenómeno do consumo de drogas e as problemáticas asociadas na nosa comunidade.

Así e comezando por unha área de primordial importancia, como é a da prevención, un dos obxectivos que asume este Goberno é o compromiso reforzar e potenciar esta área, procurando alcanzar un grao de cobertura poboacional superior ao 80% (actualmente 68%), comprometendo un incremento económico graduado de modo que todas as accións preventivas que se desenvolvan en 2009 representen un terzo do orzamento total do referido plan. Máis o noso compromiso non é so en cantidade, tamén apostamos pola calidade, e nesa liña elaborouse e aprobouse unha normativa específica para a acreditación de programas de prevención, permitindo que os recursos públicos prioricen o financiamento de programas de calidade contrastada.

Outro dos grandes retos que formula este plan estratéxico é o da normalización da asistencia a este colectivo, tan estigmatizado socialmente. É evidente que ante un problema como o das drogodependencias, cunha importante dimensión sanitaria e social, ten que ser a sociedade no seu conxunto a que formule unha resposta unitaria fronte a el. Dentro desta liña de actuación, os gobernos de Galicia promoveron e mantiveron un traballo conxunto coas ONG e cos concellos de Galicia para afrontar o problema das drogodependencias nas súas diferentes vertentes, e un dos froitos deste traballo conxunto é a actual rede asistencial de drogodependencias de Galicia: unha rede potente e ben articulada, xestionada conxuntamente con municipios e coas ONG, cun total de 30 dispositivos que proporcionan tratamentos en réxime ambulatorio, semirresidencial e de internamento en comunidade terapéutica e onde desempeñan o seu labor máis de 200 profesionais das áreas sanitaria e social.

Actualmente, tras a aprobación polo Consello de la Xunta de Galicia do Plan de Galicia sobre Drogas: 2007-2009, atopámonos inmersos nun proceso de integración deste dispo-

tivo asistencial específico na rede de saúde mental do Servizo Galego de Saúde, como unidades especializadas no tratamento de condutas adictivas. Xa se iniciou o proceso de integración funcional (Orde do 12 de marzo de 2007), contemplándose iniciar a integración administrativa dos centros con dependencia municipal no ano 2009, culminándoa ao longo dos próximos anos. No caso dos centros dependentes de ONG, iniciarase unha fase intermedia, onde as asociacións participarán conxuntamente con esta consellería e co Servizo de Galego de Saúde na xestión dos recursos asistenciais actuais, a través da creación dun consorcio sanitario de drogodependencias. Trátase pois dun proceso longo, no que esta comunidade autónoma constitúe un referente para outras CC.AA. de España inmersas tamén en procesos de integración das súas redes específicas de drogodependencias no sistema sanitario xeral, e no cal se pretende o mantemento dos actuais centros e equipos asistenciais e mellorar, se cabe, a calidade asistencial dos servizos prestados ao conxunto da poboación drogodependente e ás súas familias.

Refórzase tamén a área de investigación, promovendo iniciativas para que os profesionais da rede galega co apoio, fundamentalmente de universidades e sociedades científicas, poidan integrarse nun marco da investigación en rede. Por último, na área de formación, apostamos pola formación continuada dos nosos profesionais, en colaboración con distintas institucións.

Non quero rematar sen antes agradecer moi sinceramente a todas as persoas que participaron na elaboración deste documento, pola súa dedicación e esforzos, que sen dúbida se verán recompensados coa progresiva consecución das metas propostas, así como manifestar o meu convencemento de que este plan será un instrumento de alianza e colaboración entre administracións, movemento social e profesionais e que será o punto de referencia de calquera intervención pública encamiñada á mellora da saúde e á calidade de vida dos afectados polas drogodependencias e das súas familias e, porque non, da sociedade no seu conxunto.

M^a José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

INTRODUCCIÓN

O intenso proceso de modernización que rexistrou a sociedade española no último cuarto do século XX supuxo a súa incorporación ás correntes culturais dominantes neses momentos en Europa. Isto supuxo, entre outros fenómenos, a aparición no mercado de diferentes drogas ilícitas (cannabis, heroína, cocaína, etc.) que son consumidas por un número crecente de mozos, á vez que o uso de substancias como o alcohol ou o tabaco, que durante anos estiveron restrinxidas aos homes adultos, comezan a popularizarse entre os adolescentes, os mozos e as mulleres.

A rapidez coa que emerxeron e se estenderon os consumos de drogas, a gravidade dalgúns problemas asociados ao consumo de substancias como a heroína (problemas sanitarios, sociais, de seguridade, etc.) e a crecente demanda por parte dos propios drogodependentes e os seus familiares de servizos para o seu tratamento, obrigaron as diferentes administracións públicas a establecer respostas inmediatas fronte a un fenómeno novo que xeraba unha crecente alarma social. Unha resposta que se concretou nun primeiro momento na aprobación en 1985 do Plan Nacional sobre Drogas e, posteriormente, dos plans autonómicos sobre drogas.

A articulación de estruturas específicas para abordar un problema que emerxía con enorme virulencia e que ía acompañado de graves secuelas, foi probablemente a única decisión posible nese contexto histórico. A aposta pola creación de estruturas e redes específicas para abordar as drogodependencias colidía coa aposta pola integración e a normalización que preconizaban as leis en materia de sanidade e servizos sociais vixentes neses momentos. Non obstante, convén recordar a imposibilidade que neses momentos mostraban os servizos de atención primaria de saúde, de saúde mental ou de servizos sociais, nunha fase de implantación e/ou consolidación e sobrecargados de traballo, para afrontar un fenómeno descoñecido e cunha importante prevalencia.

Tras aprobarse o Plan Nacional sobre Drogas, que contiña as directrices xerais que debían orientar as actuacións fronte ás drogodependencias, a Xunta de Galicia decidiu dotarse en 1986 dun Plan Autonómico de Drogodependencias, que estableceu as bases das respostas que se deben arbitrar nos diferentes ámbitos relacionados cos consumos de drogas e as drogodependencias. O desenvolvemento deste Plan, con criterios de eficacia e racionalidade, serviu para poñer en marcha unha Rede de Atención ás Drogodependencias que, durante os últimos anos, veu especializándose e reforzándose, á vez que se implementaron as primeiras respostas destinadas a previr o uso de drogas entre os adolescentes e mozos e a favorecer os procesos de incorporación social das persoas afectadas polas drogodependencias.

Desde a aprobación en 1986 do daquela denominado Plan Autonómico sobre Drogodependencias, a Xunta de Galicia veu realizando un esforzo constante de actualización das actuacións despregadas no ámbito das drogodependencias, co fin de adaptalas ao dinamismo que as caracteriza. Foron numerosos os cambios que se sucederon durante estes anos, que afectan os patróns de consumo das distintas drogas, o perfil dos seus consumidores, os problemas derivados do seu uso, as demandas e necesidades formuladas pola poboación drogodependente, as percepcións e actitudes sociais fronte a elas, a propia conceptualización do fenómeno e, en consecuencia, as estratexias para a súa abordaxe, tanto desde a perspectiva preventiva, como asistencial e de incorporación social.

A necesidade de actualizar e adecuar a resposta a brindar a un fenómeno cambiante como o das drogodependencias, quedou establecida coa Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas, que fixa a necesidade de aprobación, con carácter quadrienal, dun documento programá-

tico, onde se defina a política do Goberno de Galicia para afrontar as consecuencias derivadas dos consumos de drogas.

Os esforzos despregados para articular unha estratexia de acción global, que integrase un conxunto coherente de decisións e actuacións coas que mitigar o impacto que os consumos de drogas teñen na saúde e o benestar individual e colectivo, fóronse concretando en sucesivos plans. O Plan de Galicia sobre Drogas 1997-2000, que supuxo a adaptación do Plan Autonómico sobre Drogodependencias aos criterios definidos pola Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas, priorizando a área de prevención do consumo de drogas. Nos plans anteriores, a estratexia e esforzos organizativos prioritarios dirixíronse a estruturar e a consolidar o funcionamento da rede asistencial galega de drogodependencias e a implantar sistemas de avaliación asistencial para mellorar a eficiencia da súa xestión e da calidade asistencial da atención prestada á poboación drogodependente de Galicia.

O Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004, dirixíuse a consolidar as políticas postas en marcha pola Administración autonómica, en colaboración coa Administración central e local e o conxunto das organizacións non gobernamentais e entidades sociais de Galicia, en áreas como a prevención, a asistencia, a incorporación social, a formación, a investigación e avaliación e a coordinación, priorizando neste caso a área da incorporación social.

Estas iniciativas permitiron notables avances no referente:

- Á implantación dos programas preventivos, de maneira especial daqueles que se desenvolven nos centros escolares e dirixidos a adolescentes e mozos.

- Á ampliación e diversificación dos servizos asistenciais e á mellora dos procedementos terapéuticos, que permitiron a diminución dos problemas sociais e sanitarios asociados ás drogodependencias.

- Á xeneralización das estratexias de prevención de riscos e á redución dos danos asociados ao uso de drogas.

- Á mellora dos procedementos e recursos de apoio aos procesos de incorporación social dos drogodependentes.

A pesar disto, a dialéctica que tradicionalmente se establece no contexto das políticas de saúde e benestar social fai que, a medida que os plans e programas producen progresos e avances na satisfacción dunha serie de necesidades consideradas como básicas, se formulen novas demandas, que veñen a ampliar ou a tratar de perfeccionar as respostas ofertadas desde as institucións aos problemas que expoñen os cidadáns. É precisamente esta permanente tensión existente entre as necesidades e as respostas o que propicia o progreso social e a introdución de melloras nos ámbitos da saúde e o benestar social.

Nesta dinámica de exigencia dunha permanente actualización e mellora das políticas e os programas de actuación para atender as novas demandas e necesidades existentes, a planificación xoga un papel central. A planificación é no esencial unha metodoloxía científica, encamiñada a analizar e diagnosticar situacións problemáticas e a buscar as solucións máis adecuadas, que se caracteriza por ser un proceso continuo e dinámico, que require dun control e avaliación permanente. A análise de situación e a avaliación de necesidades facilita o deseño de plans e programas para a superación delas, mentres que a avaliación dos resultados dos plans e programa desenvolvidos nos indica a persistencia de certos problemas que requirirán do deseño de novas accións.

Pero non son unicamente os imperativos de tipo técnico os que obrigan á permanente revisión ou actualización dos plans de acción, senón que existen tamén imperativos sociais xerais que obrigan á súa modificación. Neste sentido, débese destacar que o contexto social no cal se deben implementar as políticas no campo das drogas e as drogodependencias modificouse de forma importante. Fronte á alarma social que caracterizou durante os anos oitenta e noventa os discursos e actitudes dos cidadáns fronte ás drogas, frecuentemente vinculadas á delincuencia e á marxinación, asistimos na actualidade a un proceso de crecente normalización social no uso de diferentes drogas, de aceptación e/ou acomodación social fronte ao seu consumo, de maneira que cada vez máis cidadáns consideran a súa pre-

senza como algo natural, consubstancial á cultura xuvenil. É precisamente neste sector social, a mocidade, onde a evolución do consumo de drogas é máis preocupante: rexistran os incrementos de consumo de drogas máis importantes e cambios de patróns de uso asociados a situacións de perda de capacidade de control condutual.

A redución da alarma social fronte ás drogas, resultado en boa parte do éxito dos esforzos despregados polo conxunto da sociedade civil e das institucións e que contribuíron a mellorar de forma notable a súa situación, comporta non obstante un risco potencial: o de que os cidadáns e as institucións consideren que o problema está xa superado. Os estudos realizados nos últimos anos sobre as actitudes e opinións fronte ás drogas apuntan como, a medida que os patróns de consumo máis problemáticos se encontran en retroceso, descende a preocupación dos cidadáns polo problema das drogas e, consecuentemente, se produce a súa desmobilización social na busca de solucións.

Estas actitudes, froito dos progresos alcanzados durante décadas co traballo de profesionais, voluntarios e cidadáns anónimos, poden provocar, como efecto perverso, a relaxación dos esforzos a despregar polas institucións competentes nesta materia, ante a ficción de que o problema está xa controlado e en fase de superación. Se algunha lección nos ofrece a historia recente das drogas en Galicia e España é o seu crecente dinamismo, a capacidade dos que intentan fomentar o seu uso para atraer a novos consumidores, instaurar novos patróns de uso e comercializar novos produtos, xerando novos problemas sociais e sanitarios.

É por tanto unha responsabilidade ineludible das administracións públicas e as institucións privadas manter os esforzos que ata a data están permitindo mellorar algúns aspectos relacionados coas drogas, á vez que se intensifican aqueles destinados a previr o repuntamento dos consumos ou a aparición de novos problemas asociados ao consumo de drogas. Neste sentido, considérase imprescindible intensificar o traballo das institucións para previr o uso de drogas e sensibilizar o conxunto da sociedade acerca dos riscos que comporta esta conduta.

O reto que teñen formulado na actualidade os diferentes plans sobre drogas é o de adecuar as súas políticas preventivas, asistenciais ou de apoio á incorporación social a un novo contexto social. Un contexto no cal as percepcións sobre as drogas e as drogodependencias se axustan máis á realidade do fenómeno, no cal se acumulou unha gran bagaxe de coñecementos teóricos e prácticos e onde, paralelamente, mellorou substancialmente a dotación dos servizos de saúde, educativos e sociais dispoñibles, así como a cualificación dos seus profesionais para intervir no campo das drogodependencias.

Un novo escenario suficientemente maduro como para asumir a aposta pola integración efectiva dos programas e servizos destinados á prevención, ao tratamento e á incorporación social das drogodependencias nos sistemas xerais de saúde e/ou servizos sociais. Ben entendido que integrar os plans e programas en drogodependencias en estruturas organizativas xeneralistas non pode ser nunca sinónimo de recortes nos investimentos ou asignacións orzamentarias, nin da supresión de programas e actividades que demostrasen ser eficaces ou de equiparación á baixa con outros colectivos con problemas sanitarios ou desfavorecidos dos niveis de servizos ou prestacións actuais. Máis ben polo contrario, integrar supón normalizar as respostas para evitar discriminacións, aumentar a calidade dos servizos e mellorar a eficacia e eficiencia do conxunto dos programas a desenvolver.

A integración de estruturas específicas ou de subsistemas autónomos nos sistemas de saúde e benestar social é un proceso recorrente, que segue unha lóxica máis ou menos coincidente. Historicamente, as respostas institucionais aos problemas sociais e sanitarios emerxentes pasa, nunha primeira etapa, pola creación de estruturas ou subsistemas específicos que, unha vez que alcanzaron un adecuado nivel de madurez técnica e institucional, pasan a integrarse dentro dos sistemas xerais de saúde e benestar.

É precisamente este proceso de acomodación ou reintegración do “subsistema” para a prevención, asistencia e incorporación social das drogodependencias o que se inicia nestes momentos en Galicia. A madurez alcanzada polas estruturas específicas que ata o momen-

to integraban a Rede do Plan de Galicia sobre Drogas, e a acumulación de coñecementos científicos, permite afrontar con expectativas de éxito os retos técnicos e institucionais que supón a súa integración, en condicións de igualdade, no sistema de saúde. Todo isto, mantendo a especificidade que require a aproximación aos distintos ámbitos da intervención en drogodependencias.

A dinámica que se pon en marcha responde, exclusivamente, á necesidade de mellorar a calidade da atención e os servizos que se lle ofertarán ao conxunto dos cidadáns e, de maneira especial, daqueles afectados polos problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas. Con ela preténdese facilitar a coordinación entre os diferentes servizos, propiciando o acceso dos seus beneficiarios a máis e mellores prestacións.

É nesta lóxica na que se inscribe o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, un instrumento que, sobre a base da avaliación da situación actual dos consumos de drogas e as drogodependencias, así como dos resultados obtidos polo conxunto das actuacións despregadas ata o momento, propón novos obxectivos en cada unha das áreas básicas de intervención, así como as accións e os recursos necesarios para asegurar o seu cumprimento. É así que o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 establece, como os seus principais retos, a busca da excelencia e a mellora da calidade das intervencións emprendidas para a prevención, asistencia e incorporación social das drogodependencias.

1. ANÁLISE DA SITUACIÓN

1. Análise de situación

1.1. Situación dos consumos de drogas en Galicia

A serie de enquisas sobre “O consumo de drogas en Galicia” (táboa 1.1), que desde 1988 vén realizando o Plan de Galicia sobre Drogas entre a poboación de 12 e máis anos, achega unha visión actualizada da situación dos consumos de drogas e a súa evolución. Esta serie, ademais de permitir coñecer as prevalencias de consumo das diferentes drogas en distintos grupos poboacionais, facilita información sobre os factores asociados ao uso de drogas e as consecuencias derivadas del, índices de risco de cada unha das áreas de saúde, as idades de inicio ao consumo, as motivacións para o consumo e o non-consumo, etc.

Táboa 1.1. Ficha técnica de estudos epidemiolóxicos sobre drogas realizados en Galicia. 1988-2004.

UNIVERSO	Poboación de 12 anos ou máis anos residente en Galicia.		
CAMPO	Entrevistas persoais realizadas no fogar do entrevistado		
	1988: outubro-novembro 1992: novembro-décembro 1994: decembro 1996: xuño 1998: novembro 2000: novembro 2002: novembro-décembro 2004: outubro-novembro		
DESEÑO DA MOSTRA	Aleatorio estratificado con afixación simple non proporcional por áreas de saúde e grupos de idade, con equilibrase mostral para recuperar a proporcionalidade sobre a base do peso poboacional real de cada área de saúde e grupo de idade. Proporcional por hábitats. Distribución aleatoria en cada unidade mostral mediante rutas aleatorias e sorteo da última unidade mostral (a persoa que se vai entrevistar).		
TAMAÑO DA MOSTRA	Ano	Nº de entrevistas	Erro mostral (*)
	1988	3700	+1.64%
	1992	2000	+2.20%
	1994	2300	+2.04%
	1996	2300	+2.04%
	1998	2300	+2.04%
	2000	2300	+2.04%
	2002	2300	+2.04%
	2004	2300	+2.04%

(*) Nivel de confianza do 95,5% (2 sigma).

1.1.1. Consumo de tabaco

Nos últimos anos, a evolución experimentada polo tabaquismo en Galicia é bastante desfavorable, mantendo unha importante presenza na sociedade galega, como o acredita a

existencia dun 30,8% de fumadores diarios e dun 2,3% de fumadores ocasionais, mentres que un 10,7% da poboación se declara ex-fumadora (táboa 1.2). Este hábito, que está bastante xeneralizado en todas as áreas xeográficas e clases sociais, ten unha maior incidencia entre os homes e os grupos xuvenís e de idades intermedias.

As prevalencias dos consumos diarios de tabaco son moi superiores entre os homes (do 37,9% fronte ao 24,4% no caso das mulleres), e entre as persoas de 19 a 24 anos (48,1%) e de 25 a 39 anos (46,7%).

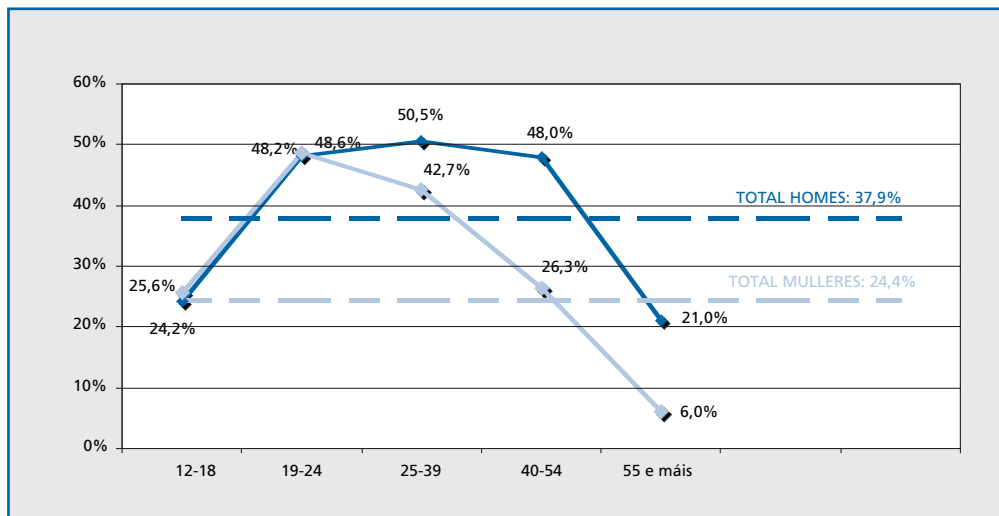
Táboa 1.2. Consumo de tabaco, segundo o xénero e a idade (%). Galicia, 2004.

	TOTAL	XÉNERO		IDADE				
		Homes	Mulleres	12/18	19/24	25/39	40/54	55 e +
Fuman diariamente	30,8	37,9	24,4	24,9	48,1	46,7	37,1	12,5
Fuman ocasionalmente	2,3	3,3	1,3	5,6	2,8	3,9	0,0	1,6
Non fuman, antes si	10,7	16,3	5,5	3,4	5,1	7,0	15,4	13,4
Nunca fumaron	56,2	42,5	68,8	66,1	44,0	42,4	47,5	72,5

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

O tabaquismo continúa sendo unha conduta máis prevalente entre os homes, aínda que nos grupos de idades máis novos non existen diferenzas nas prevalencias de fumadores diarios en función do sexo (figura 1.1).

Figura 1.1.
Fumadores diarios, segundo xénero e idade
simultaneamente (%). Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

O consumo medio de cigarros entre os fumadores diarios sitúase en 18,4. Atendendo á cantidade de cigarros consumidos, constátase que a gran maioría (69,1%) dos fumadores diarios manteñen consumos medios-altos (táboa 1.3), mentres que un 17,6% fumaría de maneira extrema (máis dun paquete de cigarros diarios).

Táboa 1.3. Tipoloxía de fumadores diarios. Galicia, 2004.

Nº DE CIGARROS	%
Fumadores moderados (menos de 10)	13,3
Moderados-altos (de 10 a 20)	69,1
Extremos (21 a 40 ou máis)	17,6
Total	100,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.1.2. Consumo de alcohol

O alcohol é a droga que conta coas maiores prevalencias de uso. O 57,8% da poboación de 12 ou máis anos de Galicia inxeriu bebidas alcohólicas nos últimos 30 días (táboa 1.4). Un dato que avala a notable penetración social e cultural que teñen as bebidas alcohólicas constitúe o feito de que un 26,3% da poboación de 12 e máis anos consumise bebidas alcohólicas cunha alta frecuencia (diariamente ou 5-6 veces á semana).

Táboa 1.4. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas nos últimos 30 días (%). Galicia, 2004.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	TOTAL
Non beberon	42,2
Beberon cunha frecuencia baixa (entre unha e tres veces ao mes)	10,2
Beberon cunha frecuencia media (entre 1 e 4 veces á semana)	21,3
Beberon cunha frecuencia alta (5-6 veces á semana e diariamente)	26,3
Total	100,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A análise das cantidades de alcohol inxeridas facilita un diagnóstico máis preciso sobre a presenza que teñen os distintos patróns de consumo de bebidas alcohólicas. A aplicación da tipoloxía de bebedores elaborada pola Dirección Xeral de Saúde Pública do Ministerio de Sanidade e Consumo (*), de acordo co consumo medio diario de alcohol realizado por eles nos últimos 30 días, aos resultados achegados polo estudo. "O consumo de drogas en Galicia VIII (2004)", permite constatar a presenza dun 7,6% de bebedores abusivos, así como dun 1,5% de bebedores de gran risco (táboa 1.5). Isto supón, en valores absolutos, que aproximadamente 190.000 persoas serían bebedores abusivos e que unhas 37.600 serían bebedores de gran risco.

Táboa 1.5. Tipoloxía de bebedores en función do consumo medio diario realizado nos últimos 30 días (%). Galicia, 2004.

TIPOLOXÍA DE BEBEDORES (*)	TOTAL
Abstinentes (0 UBE)	61,5
Bebedores lixeiros (1-2 UBE)	15,1
Bebedores moderados (3-6 UBE homes e 3-4 UBE mulleres)	15,8
Bebedores abusivos (+ de 7-8 UBE homes e + 5-6 UBE mulleres)	7,6
• Altos (7-8 UBE homes e 5-6 UBE mulleres)	3,2
• Excesivos (9-12 UBE e 7-8 UBE mulleres)	2,9
• Gran risco (+ de 13 UBE homes e + de 9 UBE mulleres)	1,5

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

As variables xénero e idade introducen variacións importantes nas tipoloxías de bebedores (táboa 1.6 e figura 1.2). Os maiores niveis de abstinentes concéntranse entre as mulleres (77,3%) e as persoas de 12 a 18 anos (88,1%). Polo contrario, as prevalencias máis elevadas de bebedores abusivos localízanse entre os homes (do 10,3% fronte ao 5,1% das mulleres), os mozos de 19 a 24 anos (10,1%) e os adultos de 40 a 54 anos (10,2%).

Táboa 1.6. Tipoloxía de bebedores, segundo o xénero e a idade (%). Galicia, 2004.

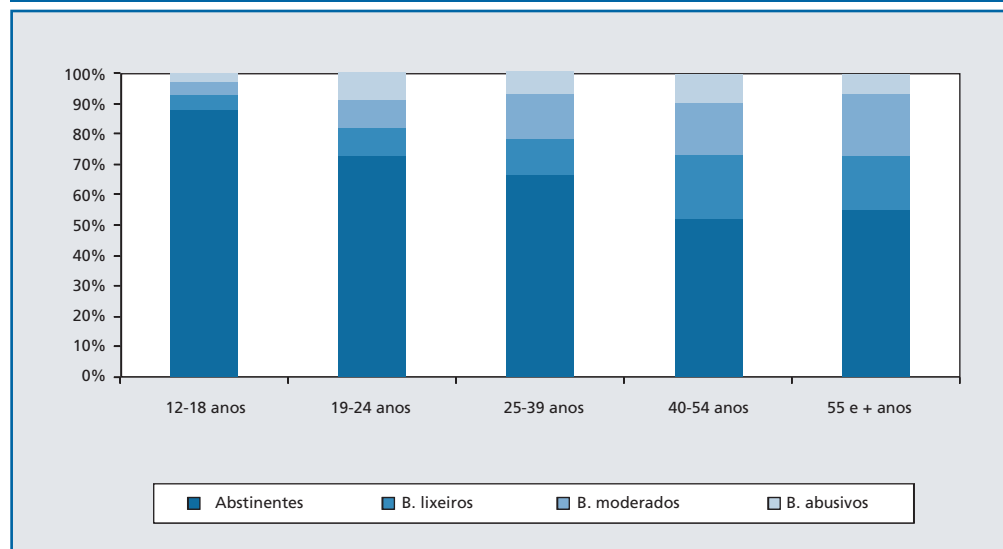
	TOTAL	XÉNERO			IDADE			
		Homes	Mulleres	2/3	19/24	25/39	20/27	55 e +
Abstinentes	61,5	44,2	77,3	88,1	72,4	66,3	52,2	55,1
Lixeiros	15,1	23,6	7,3	4,0	8,8	12,3	20,4	17,9
Moderados	15,8	21,9	10,3	4,5	8,7	14,9	17,2	20,1
Altos	3,2	5,2	1,4	0,6	3,2	2,9	4,6	3,2
Excesivos	2,9	2,6	3,1	1,1	3,2	2,1	4,8	2,6
Gran risco	1,5	2,5	0,6	1,7	3,7	1,5	0,8	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ABUSIVOS (Altos+excesivos+ g. risco)	7,6	10,3	5,1	3,4	10,1	6,5	10,2	6,9

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Débese destacar o feito de que a porcentaxe de bebedores de gran risco entre os mozos de 19-24 anos (3,7%) é máis do dobre que o rexistrado no conxunto da poboación galega (1,5%). Ademais, a evolución que presenta o consumo desta droga no sector xuvenil da nosa sociedade é bastante preocupante pola súa evolución ascendente e o cambio dos patróns de uso, asociándose o consumo de alcohol co doutras drogas.

(*) Para a elaboración da tipoloxía tómase como referencia o criterio establecido en 1995 pola Dirección Xeral de Saúde Pública do Ministerio de Sanidade e Consumo baseado na conversión das cantidades de alcohol consumido en unidades básicas estándar (UBE) de alcohol, de acordo coa seguinte equivalencia: 1 bebida non destilada (viño, cervexa) = 1 UBE e 1 bebida destilada (copa ou combinado de xenebra, ron, coñac, etc.) = 2 UBE. Os límites de consumo para cada tipo de bebedor difiren para homes e mulleres atendendo, tanto ás diferenzas de peso que habitualmente existen entre ambos, como aos distintos mecanismos de metabolización do alcohol, que fan ás mulleres máis vulnerables aos seus efectos.

Figura 1.2.
Tipoloxía de bebedores, segundo a idade (%). Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Neste sentido, merece unha mención especial a importante presenza que ten o consumo abusivo de alcohol en espazos públicos, comunmente coñecido como “botellón”, entre os mozos galegos. Este patrón de consumo de alcohol foi practicado nalgunha ocasión, durante os últimos seis meses, por aproximadamente un terzo dos adolescentes e mozos (táboa 1.7), observándose a existencia dunha estreita asociación entre a súa práctica e a tipoloxía de consumo de alcohol, de maneira que os bebedores abusivos serían os que alcanzan as maiores porcentaxes de realización de botellón.

Táboa 1.7. Poboación que participou nalgún botellón nos últimos seis meses (%), segundo a idade. Galicia, 2004.

Grupo de idade	%
12 a 18 anos	31,8
19 a 24 anos	35,5
25 a 39 anos	7,6
40 a 54 anos	1,4
55 e máis anos	0,0
Total poboación	8,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A cantidade de alcohol ingerido está estreitamente asociada á práctica do botellón, aumentando a participación nel a medida que o fai o nivel de alcohol consumido (táboa 1.8). Así, a práctica do botellón alcanza as súas maiores frecuencias entre os bebedores de gran risco (30,3%) e excesivos (10,0%).

Táboa 1.8. Participación en botellón, segundo a tipoloxía do bebedor (%). Galicia, 2004.

Tipo de bebedor	% que participou en botellón
Gran risco	30,3
Excesivo	10,0
Alto	7,0
Moderado	6,6
Lixeiro	6,4

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.1.3. Consumo doutras drogas

Neste grupo de substancias, as máis consumidas son os derivados cannábicos (haxix, marihuana, etc.), cuxos niveis de consumo, tanto experimentais (14,5%) como habituais (4,2%), alcanzan elevadas prevalencias entre a poboación de Galicia, máxime tendo en conta o carácter ilícito destas substancias.

A prevalencia de consumidores das demais drogas ilícitas é menor, en especial no que se refire aos consumidores habituais ("consumo nos últimos 30 días"), cuxas prevalencias oscilan entre o 1,0% da cocaína e o 0,1% no da heroína, os alucinóxicos e as anfetaminas (táboa 1.9).

Táboa 1.9. Consumo de drogas ilícitas (%). Galicia, 2004.

SUBSTANCIAS	ALGUNHA VEZ	ÚLTIMOS 6 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Cannabis	14,5	5,3	4,2
Cocaína	3,9	1,4	1,0
Drogas de síntese	1,7	0,5	0,5
Anfetaminas	1,1	0,1	0,1
Alucinóxicos	1,2	0,2	0,1
Heroína	0,4	0,1	0,1

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Non obstante, estas prevalencias de consumo mostran unha maior relevancia entre os homes e, en particular, entre os grupos xuvenís, en especial no tramo de idade de 19 a 24 anos (táboa 1.10).

Táboa 1.10. Consumo de drogas ilícitas nos últimos seis meses, segundo o xénero e a idade (%). Galicia, 2004.

SUBSTANCIAS	TOTAL	Homes	Mulleres	2/3	19/24	25/39	20/27	55 e +
Cannabis	5,3	7,4	3,3	12,4	18,0	7,7	2,8	0,0
Cocaína	1,4	2,5	0,4	1,7	4,6	2,2	1,2	0,0
D. síntese	0,5	0,8	0,3	2,3	2,8	0,5	0,0	0,0
Anfetaminas	0,1	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Alucinóxicos	0,2	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Heroína	0,1	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

(*) A escasa base mostral de consumidores de anfetaminas, alucinóxicos e heroína nos últimos seis meses non permite a súa desagregación por sexo e idade.

a) Cannabis

Os derivados do cannabis son as drogas ilícitas máis consumidas en Galicia, o mesmo que ocorre no resto de España e os demais países da Unión Europea. O 5,3% da poboación galega de 12 e máis anos consumiu estas substancias nos últimos seis meses (táboa 1.11), unha cuarta parte dela cunha elevada frecuencia (entre 2-6 veces á semana ou diariamente). Isto supón, en cifras absolutas, que unhas 132.000 persoas consumiron estas substancias nos últimos seis meses, mentres que entre 35.000 e 37.000 o farían cunha frecuencia igual ou superior a dúas veces á semana.

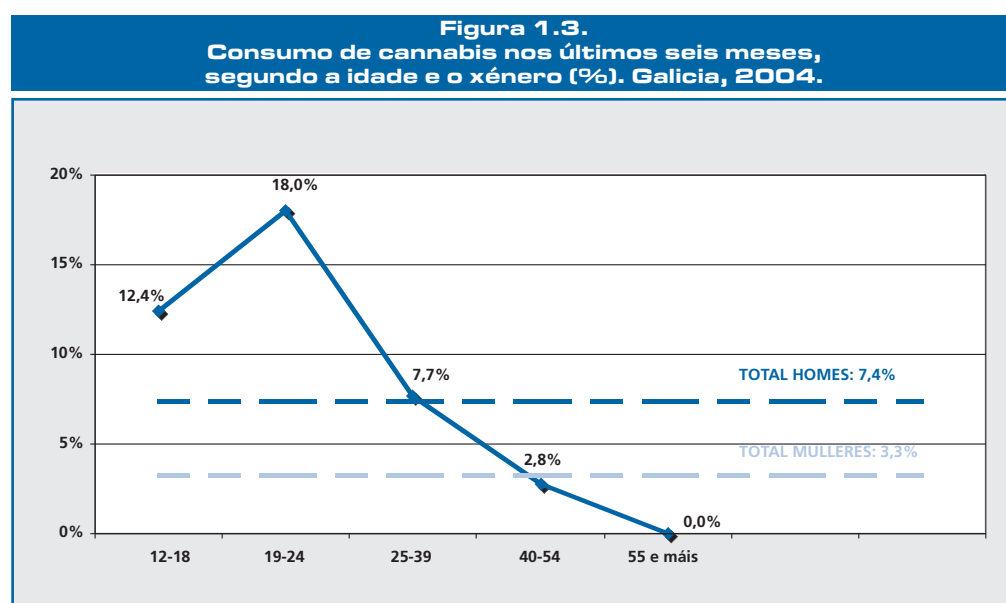
Táboa 1.11. Consumo de cannabis (%). Galicia, 2004.

Consumo algunha vez	14,5
Consumo nos últimos seis meses	5,3
Consumo no último mes	4,2
Frecuencia de consumo no último mes	
• Menos dunha vez por semana	1,3
• Unha vez por semana	1,5
• De dúas a seis veces por semana	0,3
• Diariamente	1,1

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

O consumo de cannabis é unha conduta maioritariamente masculina (a porcentaxe de consumidores nos últimos seis meses é entre os homes 2,2 veces superior ao das mulleres) e vinculada aos grupos xuvenís, entre os que case duplica as prevalencias xerais de consumo (figura 1.3). Os consumos de cannabis, que son especialmente significativos entre os mozos, redúcense bruscamente a partir dos 40 anos, ata desaparecer practicamente.

A análise do perfil dos consumidores desta substancia nos últimos seis meses pon de manifesto que o seu consumo é maior entre os residentes en hábitats urbanos, as persoas cun maior nivel académico, os parados e estudantes (maioritariamente persoas novas) e as persoas de clase media e media-alta.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

b) Cocaína

Os consumos experimentais de cocaína son, despois dos do cannabis, os que teñen unha maior relevancia. Un 3,9% da poboación galega consumiu esta substancia algunha vez na súa vida, descendido a porcentaxe de consumidores habituais ao 1,0% (táboa 1.12). En valores absolutos, estas cifras supoñen que unhas 35.000 persoas consumiron ocasionalmente cocaína, das cales entre 5.000 e 6.000 o fixeron cunha elevada frecuencia (varias veces á semana).

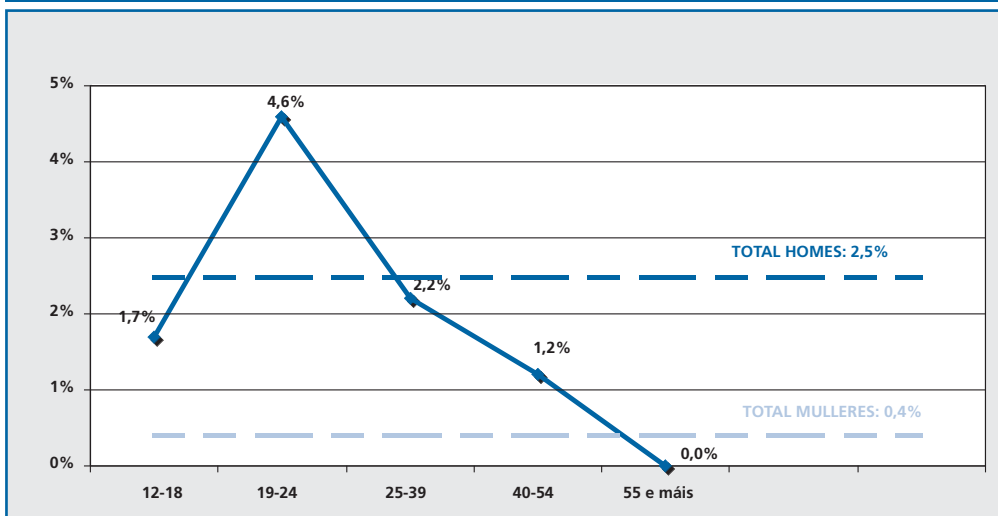
Táboa 1.12. Consumo de cocaína (%). Galicia, 2004.

Consumo algunha vez	3,9
Consumo nos últimos seis meses	1,4
Consumo no último mes	1,0
Frecuencia de consumo no último mes	
• Menos dunha vez por semana	0,5
• Unha vez por semana	0,3
• De dúas a seis veces por semana	0,2
• Diariamente	0,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

O consumo de cocaína é un comportamento eminentemente masculino, que adquire unha especial intensidade entre os mozos, en particular naqueles de 19 a 24 anos (figura 1.4). O perfil dos consumidores desta substancia nos últimos seis meses confirma que se trata dunha poboación nova e urbana, de bo nivel educativo, estudantes e parados, pero tamén con emprego e moitos deles de certo nivel profesional e social.

Figura 1.4.
Consumo de cocaína nos últimos 6 meses, segundo a idade e o xénero (%). Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

c) Drogas de síntese

O consumo de drogas de síntese enmárcase, maioritariamente, nun modelo de policonsumo de psicoestimulantes, dentro do cal é relativamente frecuente que o uso de drogas de síntese se compatibilice co doutras substancias como a cocaína ou as anfetaminas. Nos sucesivos estudos epidemiolóxicos realizados obsérvase como as preferencias dos consumidores de psicoestimulantes flutúan dunhas substancias a outras, en función de modas conxunturais, que provocan desprazamentos nos seus hábitos de consumo cara a un determinado tipo de psicoestimulante.

Os últimos datos dispoñibles sobre o uso de drogas de síntese sinalan que, tanto os consumos experimentais, como os ocasionais e habituais, se sitúan en niveis sensiblemente máis reducidos que os rexistrados no caso da cocaína (táboa 1.13).

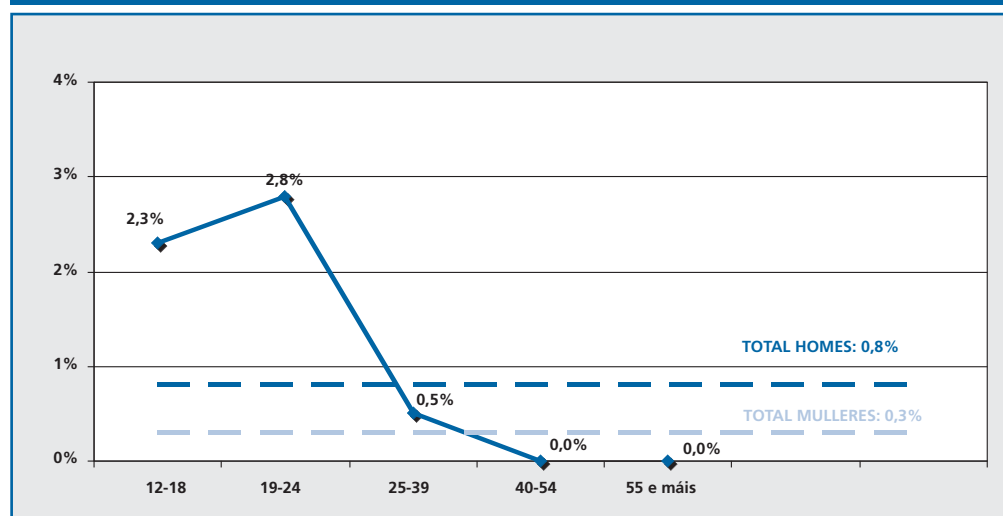
Táboa 1.13. Consumo de drogas de síntese (%). Galicia, 2004.

Consumo algunha vez	1,7
Consumo nos últimos seis meses	0,5
Consumo no último mes	0,5
Frecuencia de consumo no último mes	
• Menos dunha vez por semana	0,3
• Unha vez por semana	0,1
• De dúas a seis veces por semana	0,1
• Diariamente	0,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

As maiores prevalencias de uso de drogas de síntese nos últimos seis meses localízanse entre os homes (0,8% fronte ao 0,3% das mulleres) e, de maneira especial, entre os mozos de 19 a 24 anos (figura 1.5). O perfil dos consumidores destas substancias é practicamente similar ao observado entre os consumidores de cocaína.

Figura 1.5.
Consumo de drogas de síntese nos últimos seis meses, segundo a idade e o xénero (%). Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

d) Anfetaminas

O 1,1% da poboación galega experimentou con estas substancias, mentres que as prevalencias dos consumos no último mes se reducen ata o 0,1%. A frecuencia de uso de anfetaminas é moi reducida, sen que se detecte a presenza de consumidores diarios ou semanais (táboa 1.14). O mesmo que as drogas de síntese, o uso de anfetaminas insírese, na maior parte dos casos, nun patrón xeral de policonsumo de psicoestimulantes.

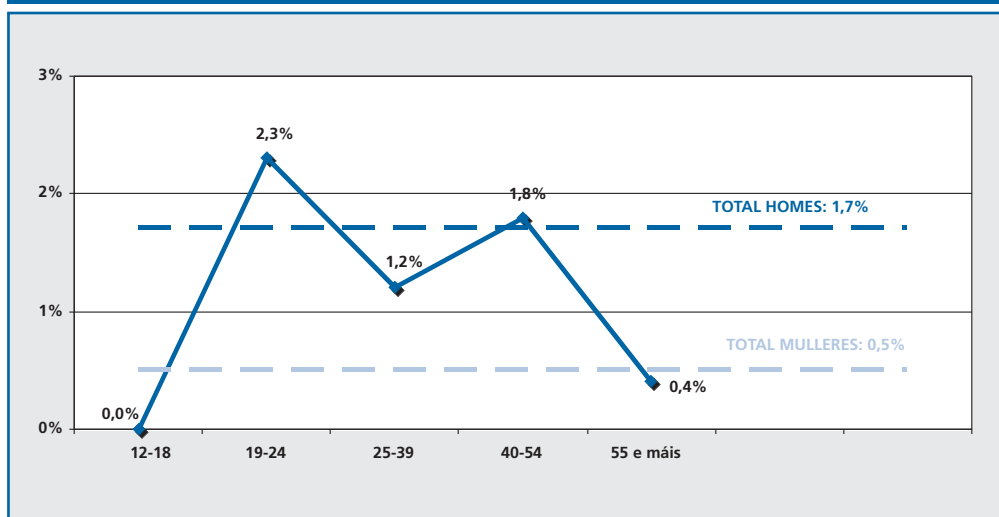
Táboa 1.14. Consumo de anfetaminas (%). Galicia, 2004.

Consumo algunha vez	1,1
Consumo nos últimos seis meses	0,1
Consumo no último mes 0,1	
Frecuencia de consumo no último mes	
• Menos dunha vez por semana	0,05
• Unha vez por semana	0,0
• De dúas a seis veces por semana	0,0
• Diariamente	0,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Como ocorre co resto dos psicoestimulantes, as maiores prevalencias dos consumos experimentais de anfetaminas rexístranse entre os homes (do 1,7% fronte ao 0,5% das mulleres) e os mozos de 19 a 24 anos (figura 1.6). No perfil dos consumidores de anfetaminas destaca a presenza de residentes en grandes núcleos urbanos, de persoas con estudos medios ou superiores e de parados.

Figura 1.6.
Consumo de anfetaminas algunha vez na vida, segundo o xénero e a idade (%). Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

e) Alucinóxenos

Os consumos de alucinóxenos son minoritarios entre a poboación galega, detectándose a presenza dun 1,2% de consumidores experimentais e dun 0,05% de consumidores habituais (táboa 1.15). A frecuencia de consumo destas substancias é bastante reducida, destacando a ausencia de consumidores diarios e semanais.

Táboa 1.15. Consumo de alucinóxenos (%). Galicia, 2004.

Consumo algunha vez	1,2
Consumo nos últimos seis meses	0,2
Consumo no último mes 0,05	Frecuencia de consumo no último mes
• Menos dunha vez por semana	0,05
• Unha vez por semana	0,0
• De dúas a seis veces por semana	0,0
• Diariamente	0,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

O perfil dos consumidores experimentais de alucinóxenos pon de relevo a hexemonía do uso destas substancias entre os homes (cunha prevalencia do 2,0% fronte ao 0,6% das mulleres), os mozos de 19-24 anos (2,8%) e de 25-39 anos (2,4%) e os residentes en poboacións de máis de 100.000 habitantes (3,3%).

f) Heroína

O consumo de heroína vén rexistrando desde hai anos unha evolución descendente, configurándose como un fenómeno claramente minoritario en termos epidemiolóxicos, sen prexuízo do seu notable impacto social e sanitario. Unicamente o 0,4% da poboación galega de 12 e máis anos consumiu algunha vez esta substancia e un 0,1% fixoo nos últimos 30 días (táboa 1.16).

En termos absolutos, aproximadamente entre 4.000 e 5.000 persoas consumiron en Galicia heroína nos últimos seis meses e unhas 2.500-3.000 fixérono cunha frecuencia elevada ou de forma habitual.

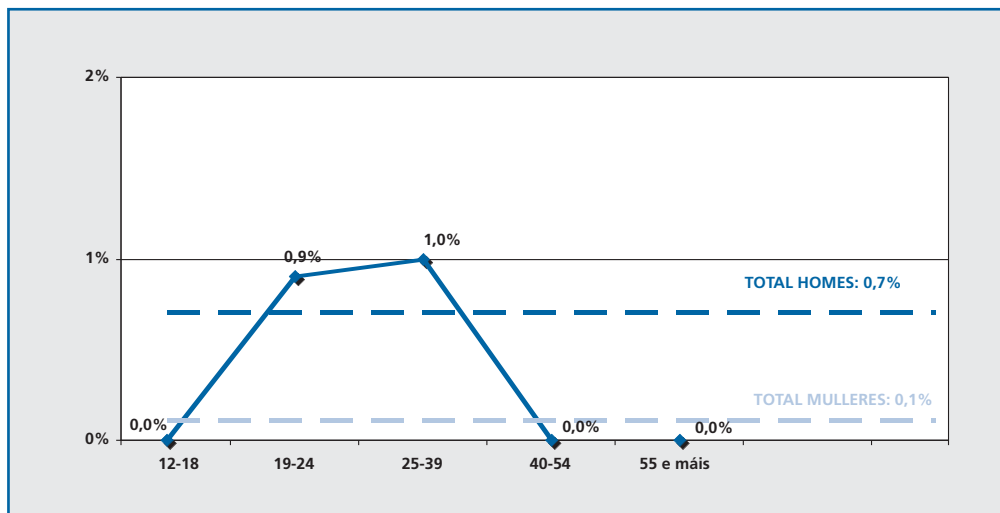
Táboa 1.16. Consumo de heroína (%). Galicia, 2004.

Consumo algunha vez	0,4
Consumo nos últimos seis meses	0,1
Consumo no último mes	0,1
Frecuencia de consumo no último mes	
• Menos dunha vez por semana	0,0
• Unha vez por semana	0,05
• De dúas a seis veces por semana	0,05
• Diariamente	0,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

As maiores frecuencias dos consumos experimentais (algunha vez na vida) de heroína localízanse entre os homes (0,7% fronte ao 0,1% nas mulleres) e os mozos de entre 19 e 39 anos (figura 1.7).

Figura 1.7.
Consumo de heroína algunha vez na vida, segundo a idade e o xénero (%). Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

g) Crack e inhalables

Ademais das drogas analizadas, existen outras substancias utilizadas como drogas de abuso, como son os inhalables ou o crack, que teñen unha presenza marxinal en Galicia.

- Os inhalables son produtos de uso industrial ou doméstico (colas, disolventes, gasolina, etc.) que son utilizados como drogas de abuso fundamentalmente por persoas moi novas, pertencentes na súa maioría a sectores sociais desfavorecidos. A medida que avanza a idade dos consumidores, estes adoitan abandonar o seu uso, desprazando as súas preferencias cara a outras drogas de abuso. O 0,5% da poboación galega consumiu en 2004 inhalables nalgunha ocasión, mentres que o 0,1% os consumiu nos últimos 6 meses, sen que se detecte a presenza de consumidores nos últimos 30 días.
- O crack ten unha reducidísima presenza, estando asociado o seu consumo co da heroína. En 2004 a prevalencia dos consumos experimentais de crack situábase no 0,1%, mentres que non se detectaban consumos nos últimos seis meses (0,0%).

1.4. Policonsumo de drogas

Aínda que o 61,8% da poboación galega non fumou diariamente, nin bebeu alcohol de forma abusiva nin utilizou ningunha outra droga nos últimos seis meses, o uso múltiple de drogas ou policonsumo é unha conduta que ten un relativo arraigamento, como o confirma a presenza dun 8,3% de cidadáns que nos últimos seis meses consumiron dúas ou máis substancias, fronte ao 29,9% que consumiu unha soa substancia (táboa 1.17).

Táboa 1.17. Uso múltiple de drogas (%). Galicia, 2004.

Nº DE DROGAS CONSUMIDAS (*)	% SOBRE TOTAL POBOACIÓN	% SOBRE POBOACIÓN CONSUMIDORA
Ningunha	61,8	—
Unha	29,9	78,3
Dúas ou máis	8,3	21,7
β Dúas	(6,3)	(16,5)
β Tres	(1,3)	(3,4)
β Catro	(0,6)	(1,6)
β Cinco ou máis	(0,1)	(0,2)

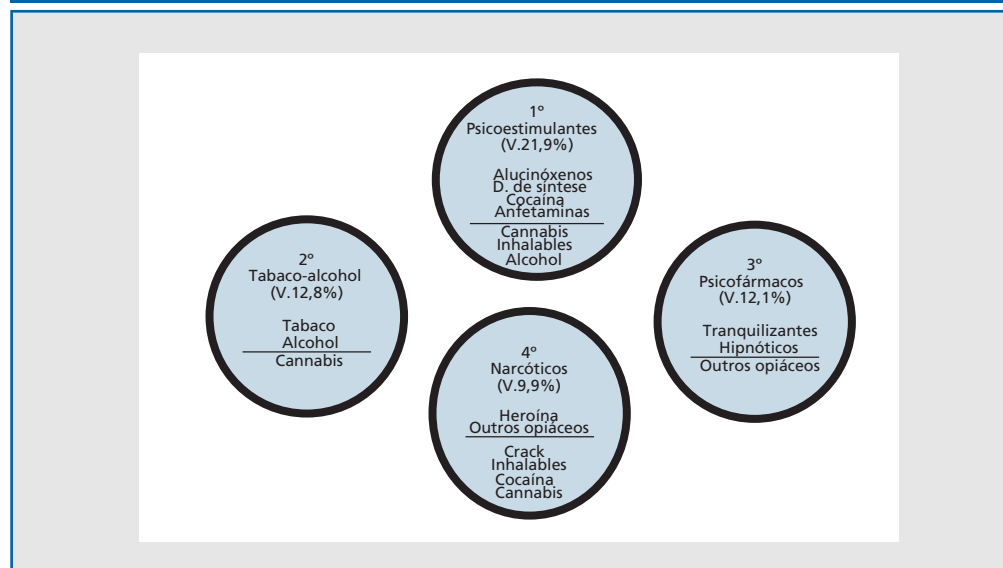
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Estes datos supoñen que, en valores absolutos, aproximadamente 155.000 persoas consumen dúas drogas (no caso do tabaco diariamente e no do alcohol de forma abusiva), mentres que entre 45.000 e 47.000 consumirían tres ou máis substancias psicoactivas.

Os principais modelos de policonsumo, presentes entre a poboación, serían basicamente catro, destacando en cada un a presenza dun tipo de droga central, que é a que aglutina a cada modelo, e unha serie de drogas que mostran certa asociación con ela. A continuación describense cada un destes modelos de policonsumo, ordenados de maior a menor importancia, en función da varianza explicada por cada un deles (figura 1.8):

- 1º. Modelo articulado arredor dos **psicoestimulantes** (cocaína, drogas de síntese, alucinóxenos e anfetaminas), substancias coas que se asocian tamén o cannabis, alcohol, tabaco e os inhalables.
- 2º. Modelo articulado arredor do **tabaco-alcohol**, co que tamén se asocia o consumo de cannabis.
- 3º. Modelo articulado arredor dos **psicofármacos** (hipnóticos e tranquilizantes), con presenza doutros opiáceos.
- 4º. Modelo articulado arredor dos **narcóticos** (heroína, outros opiáceos), cos que se asocia o crack, a cocaína, os inhalables e o cannabis.

Figura 1.8.
Modelos de policonsumo. Galicia, 2004.



(*) % dos que fumaron diariamente, beberon abusivamente ou utilizaron outra droga nos últimos seis meses.

1.1.5. Idades de inicio ao consumo das distintas drogas

As idades de inicio ao consumo das diferentes drogas son un indicador relevante respecto da situación dos consumos de drogas e da súa posible evolución, por canto que a maior precocidade no contacto coas drogas incrementa os riscos de que se reproduzan as condutas de uso e/ou abuso delas.

As idades de inicio ao consumo de drogas varían substancialmente segundo o carácter lícito ou ilícito das substancias, así como en función do rol que cumpren estas. O tabaco e o alcohol son as substancias coas cales os galegos teñen un contacto máis temperán, situándose a idade media de inicio ao consumo nos 16,5 anos no caso do tabaco e nos 17,0 anos no do alcohol, seguidas do cannabis e os inhalables. Pola súa parte, o consumo de psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos) non acostuma dar comezo ata ben avanzada a idade adulta (táboa 1.18).

Aínda que tradicionalmente os homes se iniciaron de maneira máis temperá ao consumo de drogas que as mulleres, nos últimos anos esta situación estariase modificando parcialmente, como ocorre no caso do tabaco e as drogas de síntese, substancias coas cales o contacto das mulleres é máis precoz.

Táboa 1.18. Idades medias de inicio ao consumo de drogas, segundo o xénero (anos). Galicia, 2004.

SUBSTANCIAS	TOTAL	HOMES	MULLERES
Tabaco	16,5	16,6	16,3
Alcohol	17,0	16,6	17,5
Cannabis	17,8	17,5	18,3
Anfetaminas	23,6	23,6	23,9
Heroína	19,2	*	*
Alucinóxenos	19,8	19,0	22,5
Cocaína	20,2	19,8	21,7
Drogas de síntese	18,6	18,7	17,3
Tranquilizantes	41,0	37,2	42,7
Hipnóticos	44,3	38,7	47,3

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Ademais, débese ter en conta que a medida que descende a idade da poboación se reducen as idades de inicio ao consumo das diferentes drogas. Así, os máis novos presentan idades de experimentación coas drogas máis temperás que o sector máis adulto da poboación galega. E no caso dalgúns drogas, esta idade de inicio mostra, nos últimos estudos, unha evolución cara a idades máis temperás, principalmente entre as mulleres máis novas. No caso das drogas ilegais, estes datos débense tomar coa debida cautela pola escasa representatividade da mostra.

Táboa 1.19. Idades medias de inicio ao consumo de drogas, segundo a idade. Galicia 2004

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 e más
Alcohol	17.0	14.5	15.5	16.5	17.4	18.1
Tabaco	16.5	14.6	15.1	16.4	16.8	17.7
Cannabis	17.8	15.2	16.3	17.9	19.4	30.9
Cocaína	20.2	15.7	17.0	20.6	23.3	33.0
Drogas de síntese	18.6	14.9	16.6	20.2	25.0	0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

(*) A reducida base mostral non permite a desagregación por sexo.

Táboa 1.20. Idades medias de inicio no consumo de ALCOHOL. Galicia 2000

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 e máis
XERAL	16.69	14.81	15.92	16.55	17.59	17.44
Homes	16.16	14.88	15.63	—	16.63	16.65
Mulleres	16.64	15.27	16.27	—	20.05	19.05

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Táboa 1.21. Idades medias de inicio no consumo de ALCOHOL. Galicia 2004

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 e máis
XERAL	16.95	14.53	15.49	16.47	17.39	18.14
Homes	16.62	14.54	15.17	16.25	17.08	17.47
Mulleres	17.47	14.51	15.79	16.81	17.91	19.34

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Táboa 1.22. Idades medias de inicio no consumo de TABACO. Galicia 2000

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 e máis
XERAL	16.56					
Home	16.51	13.96	15.65	16.31	17.29	17.08
Mulleres	16.65	14.42	15.77	16.51	17.83	19.40

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Táboa 1.23. Idades medias de inicio no consumo de TABACO. Galicia 2004

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 e máis
XERAL	16.47	14.61	15.07	16.36	16.75	17.65
Home	16.57	15.29	14.60	16.45	16.90	17.29
Mulleres	16.32	13.98	15.59	16.27	16.49	19.84

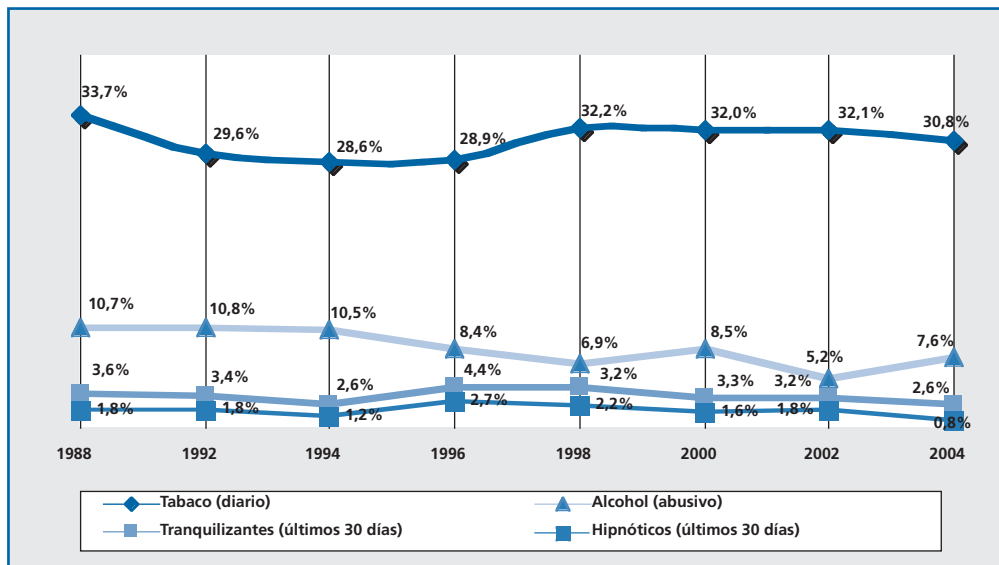
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.2. Tendencias xerais nos consumos de drogas

1.2.1. Evolución dos consumos de drogas no longo prazo

A serie de enquisas "O consumo de drogas en Galicia", promovidas polo Plan de Galicia sobre Drogas, permite analizar a evolución dos consumos na Comunidade galega entre 1988 e 2004. Esta evolución que foi globalmente positiva para todas as substancias, aínda que non uniforme en canto á intensidade dos descensos rexistrados nas prevalencias de uso delas (figura 1.9).

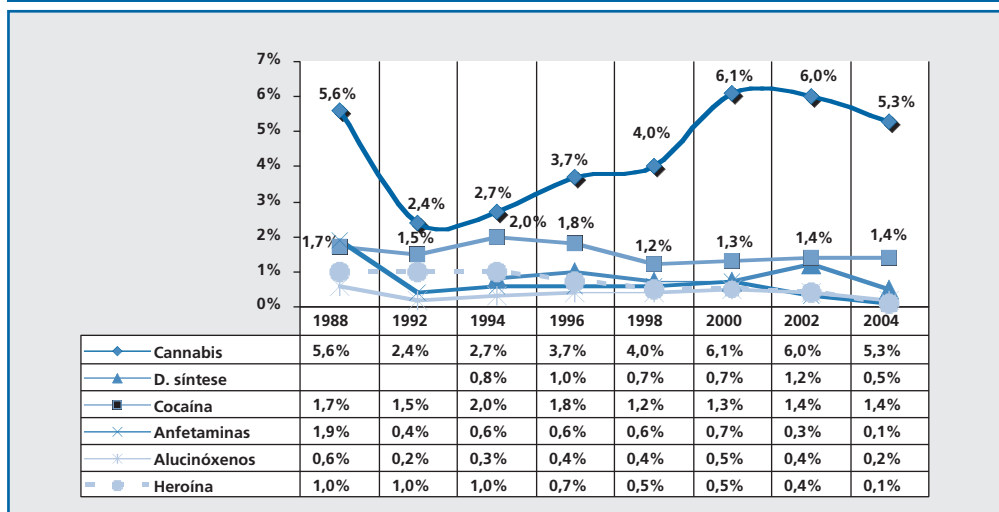
Figura 1.9.
Evolución dos consumos de drogas legais (%). Galicia, 1988-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A evolución dos consumos das outras drogas entre 1988 e 2004, para o indicador “consumo nos últimos seis meses”, mostra un lixeiro retroceso nas súas prevalencias de uso, algo máis intenso no caso das anfetaminas, cunha caída de 1,8 puntos porcentuais, e da heroína, cunha redución de 0,9 puntos (figura 1.10). Outras substancias, cunha presenza marxinal, como os inhalables tamén verían descender a súa xa de por si reducidísima prevalencia de uso, pasando do 0,2% en 1988 ao 0,1% en 2004. Unha evolución similar rexistrou o consumo de crack, que en 1998, primeiro ano en que se incluíu na serie de estudos epidemiolóxicos promovidos polo Plan de Galicia sobre Drogas, alcanzou unha prevalencia do 0,1% e que en 2004 caeu ata o 0,0%.

Figura 1.10.
Evolución dos consumos doutras drogas (últimos seis meses). Galicia, 1988-2004*.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

(*) Ata 1994 non se incluíron as drogas de síntese.

A evolución do uso múltiple de drogas ou policonsumo entre 1988 e 2004, tamén mostra unha tendencia descendente, aínda que desde finais da década dos noventa e ata a actualidade, presenta unha estabilización arredor do 9% da poboación consumidora (táboa 1.19). En paralelo, nese mesmo intervalo temporal a porcentaxe de persoas que non consomen ningunha droga pasou do 53,3% ao 61,8% (táboa 1.19).

Táboa 1.19. Evolución do uso múltiple de drogas (%). Galicia 1988-2004.

NÚMERO DROGAS CONSUMIDAS	1988	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Ningunha	53,3	59,4	59,6	60,1	60,2	58,7	60,2	61,8
Unha	32,0	29,1	27,6	27,8	30,6	30,4	31,1	29,9
Dúas	10,7	8,4	8,6	8,5	6,6	8,0	6,5	6,3
Tres e máis	4,0	3,1	4,3	3,6	2,6	2,9	2,2	2,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
% Policonsumidores	14,7	11,5	12,9	12,1	9,2	10,9	8,7	8,3

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A análise da evolución dos consumos de drogas en función do xénero, entre 1992 e 2004, pon de relevo a existencia de tendencias diverxentes entre homes e mulleres no longo prazo, que se traducirían no reforzamento da presenza feminina entre a poboación consumidora delas.

No caso das drogas legais, compróbase que, mentres que o consumo de tabaco (diario), alcohol (abusivo) e de tranquilizantes e hipnóticos nos últimos seis meses se viu reducido de maneira notable entre os homes, entre as mulleres creceu de forma intensa. Polo que respecta á evolución dos consumos de drogas ilícitas, as tendencias son máis ou menos coincidentes, salvo no caso das drogas de síntese, cuxo consumo se reduciu entre as mulleres, mentres permanecía estable entre os homes (táboa 1.20).

Táboa 1.20. Evolución dos consumos de drogas, segundo o xénero (%). Galicia, 1992-2004 ().**

	1992		2004		TENDENCIA	
	Muller	Home	Muller	Home	Muller	Home
Tabaco (diario)	19,1	41,0	24,4	37,9	▲	▼
Alcohol (abusivo)	2,5	18,2	5,1	10,3	▲	▼
Tranquilizantes (últimos seis meses)	2,4	4,8	3,7	2,1	▲	▼
Hipnóticos (últimos seis meses)	1,2	2,4	1,7	0,6	▲	▼
Cannabis (últimos seis meses)	1,1	3,8	3,3	7,4	▲	▲
Cocaína (últimos seis meses)	0,3	2,7	0,4	2,5	►	►
Drogas de síntese (últimos seis meses) (*)	0,8	0,9	0,3	0,8	▼	►

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

(*) Os datos sobre drogas de síntese refírense a 1994.

(**) Non é posible desagregar por sexo os datos do indicador "consumo nos últimos seis meses" para alucinógenos, anfetaminas e heroína.

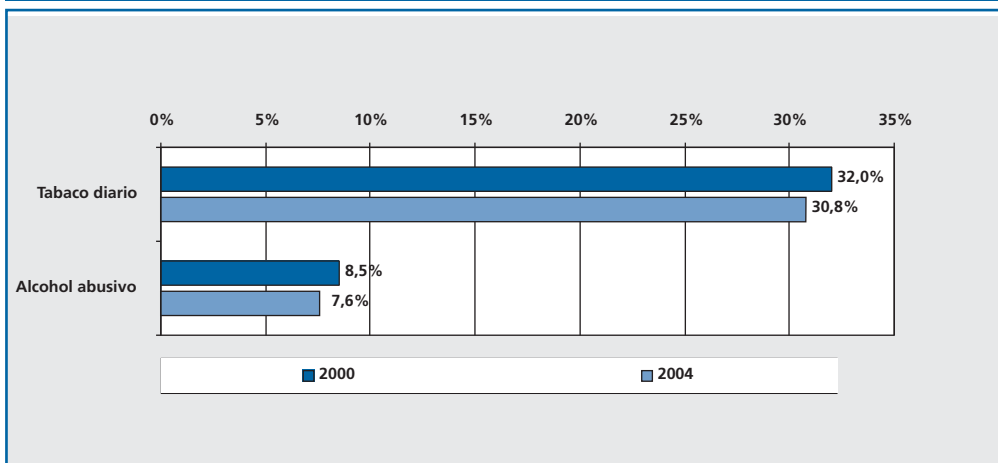
1.2.2. Evolución dos consumos de drogas no curto prazo

A evolución seguida en Galicia polos consumos diarios de tabaco e abusivos de alcohol (figura 1.11), así como das restantes drogas nos últimos seis meses (figura 1.12), durante o período 2000 e 2004, pódese resumir do seguinte modo:

- Substancias en fase descendente: tabaco diario, alcohol abusivo, tranquilizantes, hipnóticos, cannabis, alucinógenos, anfetaminas e heroína.
- Substancias en fase estacionaria (con variacións á alza ou á baixa inferiores a dous décimas porcentuais): inhalables, cocaína, drogas de síntese e crack.

No nivel de poboación xeral, non se observan fases ascendentes nos consumos de ningunha substancia.

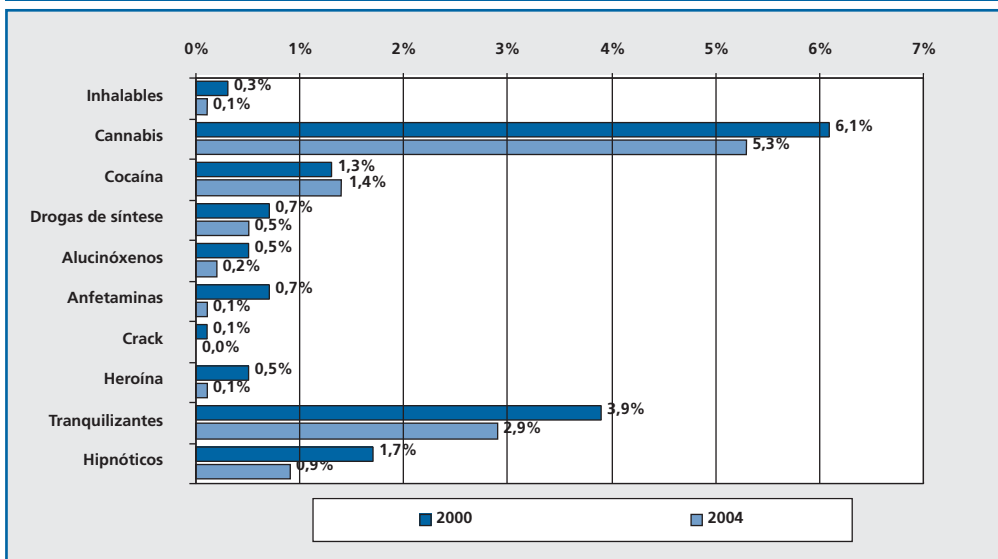
Figura 1.11.
Evolución consumo diario de tabaco e abusivo de alcohol (%).
Galicia, 2000-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

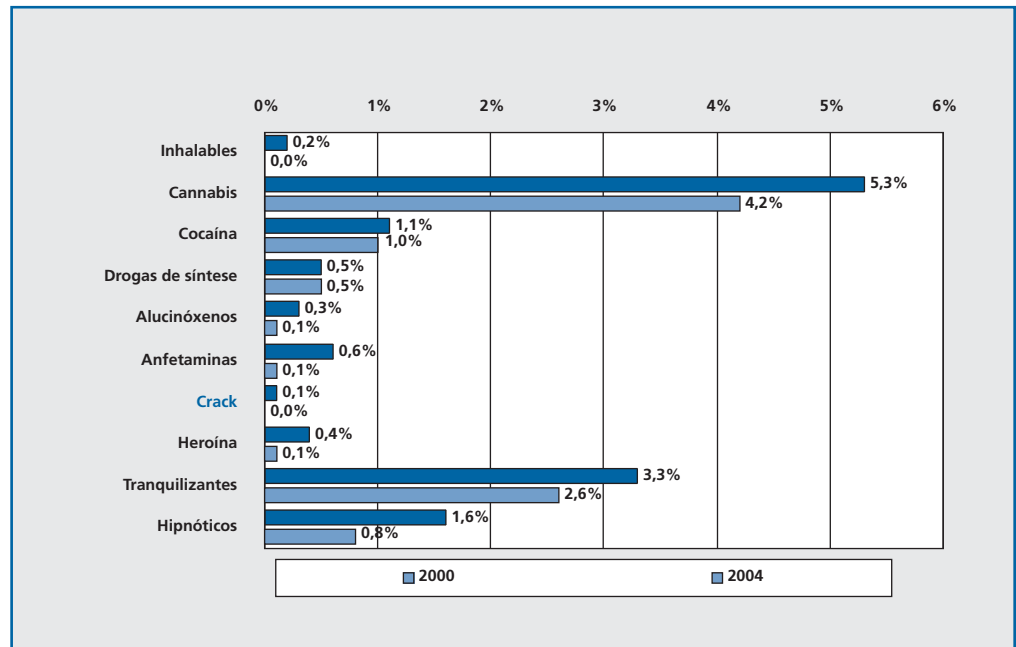
Se se toman como referencia os consumos realizados nos últimos 30 días, comprópanse descensos no caso do cannabis, as anfetaminas, a heroína, os tranquilizantes e os hipnóticos e estabilidade no consumo das restantes drogas (figura 1.13).

Figura 1.12.
Evolución dos consumos de drogas ilícitas nos últimos
seis meses (%). Galicia, 2000-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

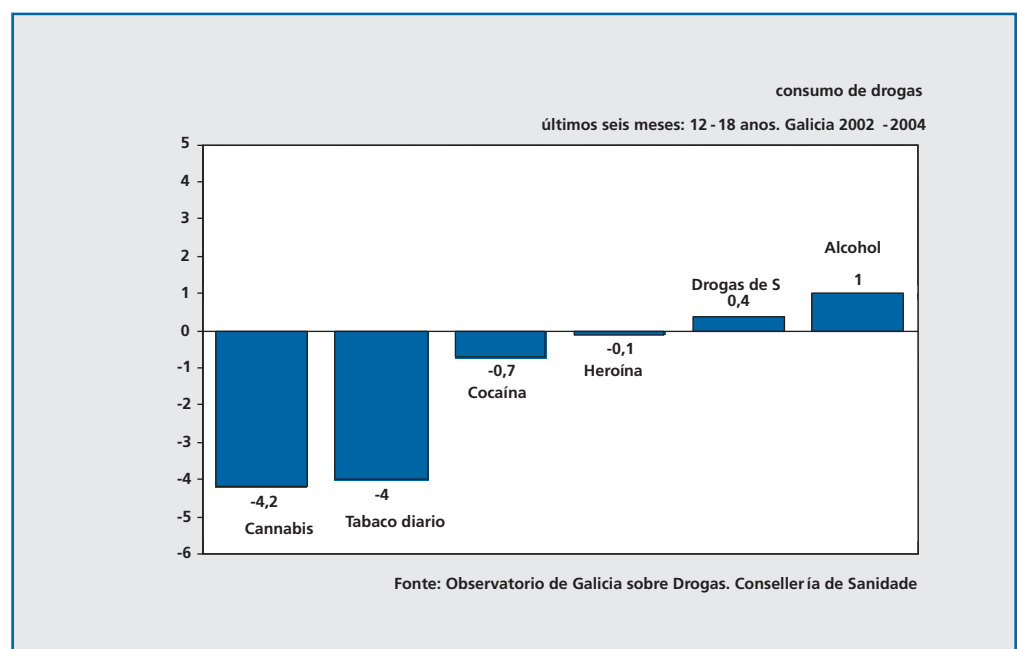
Figura 1.13.
Evolución dos consumos de drogas ilícitas nos últimos 30 días (%). Galicia, 2000-2004.



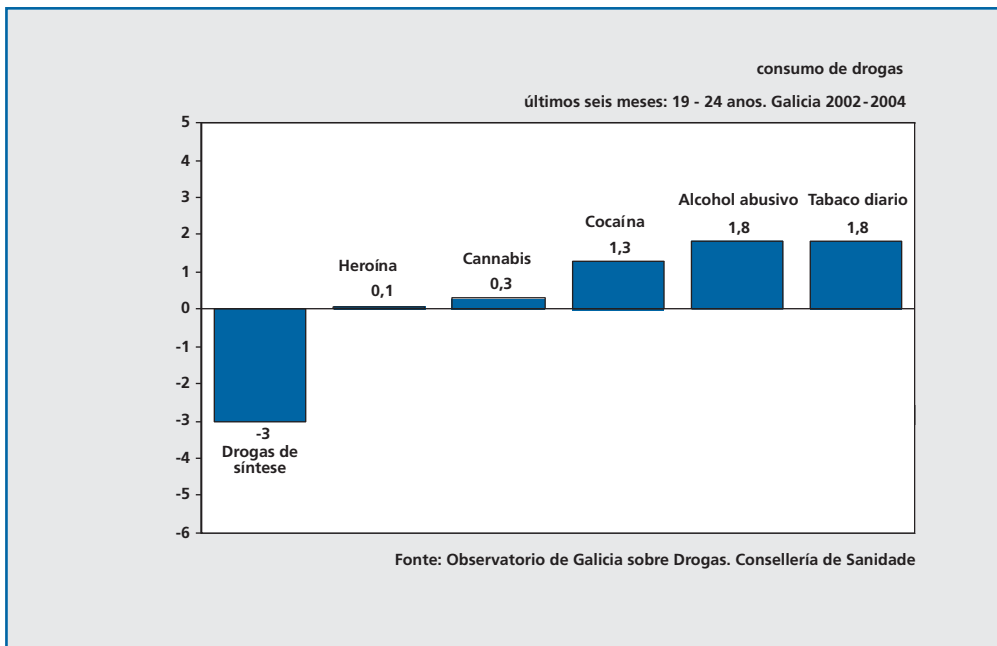
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Non obstante, nun fenómeno como o do consumo de drogas, tan condicionado pola idade, resulta imprescindible a análise desta evolución en función dela:

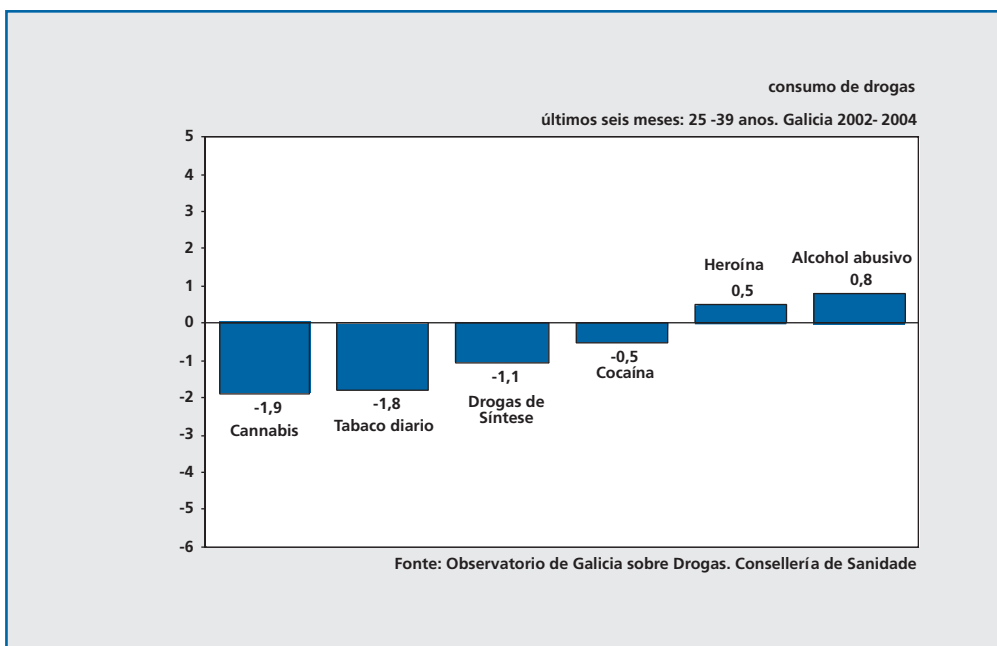
- Grupo de 12 a 18 anos: ascende o consumo de drogas de síntese e o de alcohol abusivo, mentres descenden o de cocaína, tabaco e derivados cannábicos e mantense estable o de heroína.



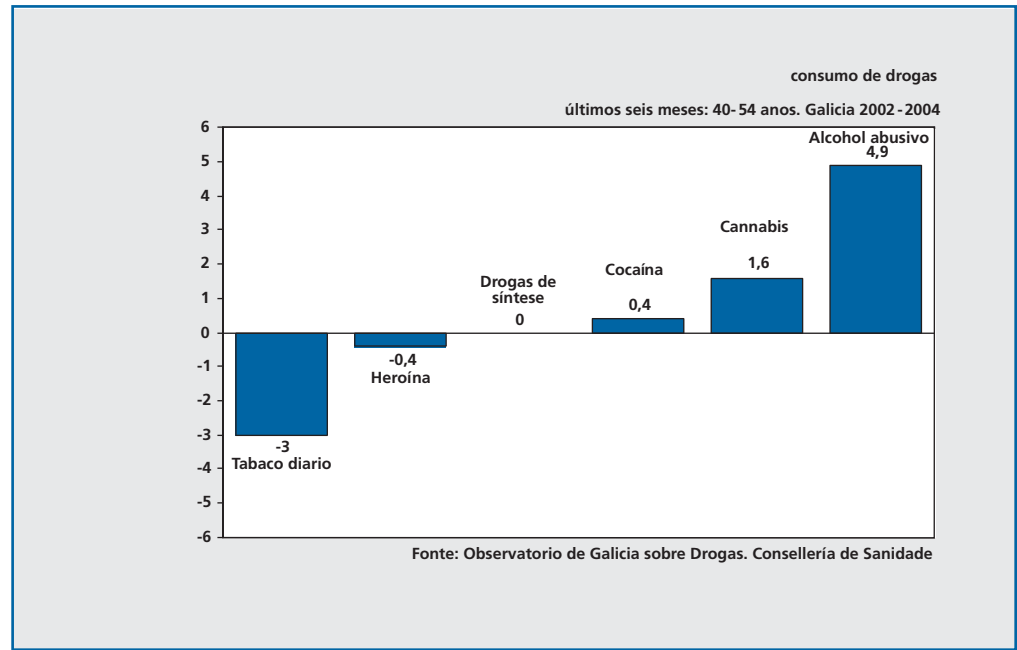
- Grupo de 19 a 24 anos: ascende o consumo de cannabis, cocaína, alcohol abusivo e tabaco; descenden as drogas de síntese e mantense estable o consumo de heroína.



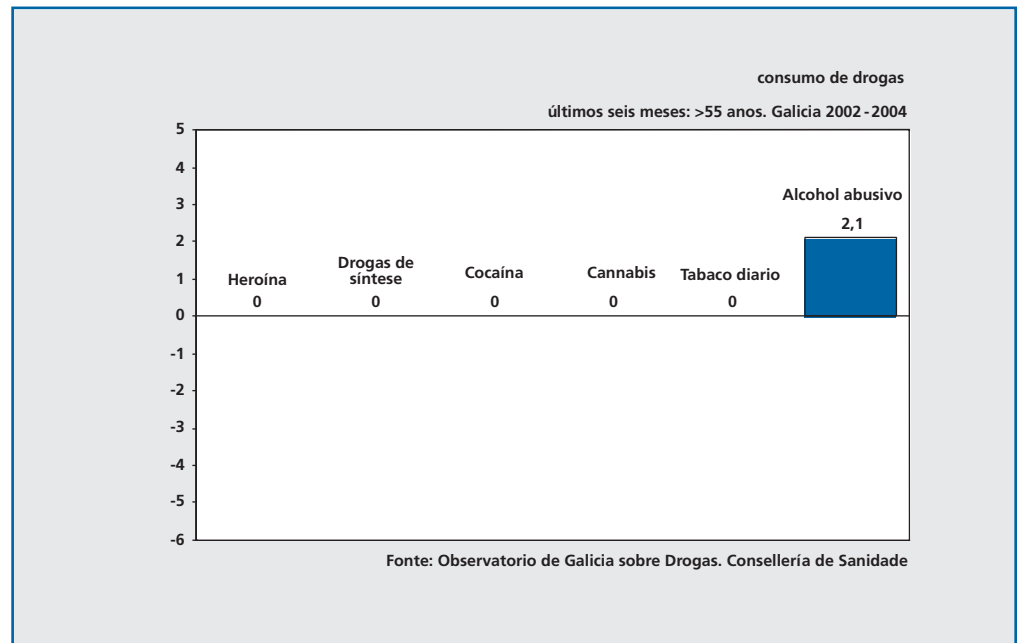
- Grupo de 25 a 39 anos: ascende o consumo de heroína e de alcohol abusivo, mentres descenden os de cocaína, drogas de síntese, tabaco e derivados cannábicos.



- Grupo de 40 a 54 anos: ascenden o consumo de cocaína, cannabis e alcohol abusivo, mantense estable o de drogas de síntese e descenden os consumos de heroína e tabaco.



- Grupo de ≥ 55 anos: soamente se detecta un ascenso do alcohol abusivo, mentres se mantén estable a prevalencia de fumadores.



1.3. Impacto social e sanitario dos consumos de drogas

1.3.1. Consecuencias derivadas do consumo de drogas

O 12,0% da poboación consumidora de drogas ilícitas e psicofármacos afirma que experimentou algún problema ou consecuencia negativa derivados do uso destas substancias, principalmente problemas relacionados coa saúde, familiares e económicos (táboa 1.21).

Táboa 1.21. Problemas derivados do consumo de drogas. Galicia, 2004.

PROBLEMAS	%
De saúde	4,0
Económicos	3,1
Familiares	3,0
Nas relacións con outras persoas	1,4
Académicos-laborais	0,3
Coa lei ou coa policía	0,2
Ningún	88,0

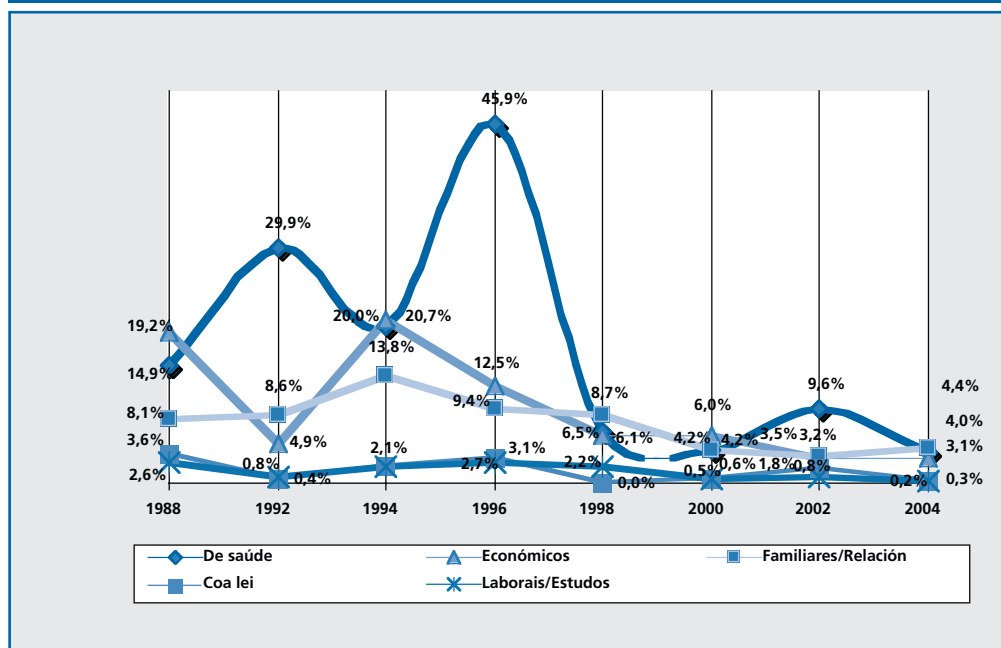
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

No período comprendido entre 1988 e 2004 produciuse un notable descenso na porcentaxe de cidadáns que indican que sufriron algún tipo de problema causado polo uso de drogas, tras pasar do 48,4% ao 12,0% (figura 1.15). Os problemas económicos, académicos/laborais e de saúde son os que, proporcionalmente, máis se reduciron. Estes datos apuntarían á existencia dun mellor nivel de coñecemento e manexo por parte dos cidadáns das drogas e os seus efectos, o que estaría provocando que o seu uso se compatibilice cunha diminución dos riscos e danos asociados ao consumo.

A frecuencia e o tipo dos problemas asociados ao consumo de drogas varían en función das substancias de uso. Os consumidores de hipnóticos e tranquilizantes son os que menos problemas asociados refiren, mentres que os consumidores de heroína, alucinóxenos, anfetaminas e cocaína, por esta orde, serían os que sufriron problemas con maior frecuencia.

Mentres que os consumidores de alcohol, drogas de síntese e hipnóticos circunscriben os seus problemas basicamente ao ámbito familiar/relacional, os de heroína, cocaína e cannabis os sitúan tanto no plano da saúde, familiar/relacional e económico. Pola súa parte, os consumidores de alucinóxenos e anfetaminas salientan os problemas de saúde e familiares-relacionais (táboa 1.22).

Figura 1.15.
Evolución dos problemas causados polo uso de drogas (%).
Galicia, 1988-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Táboa 1.22. Problemas causados polo consumo, segundo droga de uso (%). Galicia, 2004.

Droga de uso	De saúde	Familiares e de relación	Económicos	Coa lei	Estudos e traballo	Ningún	Total
Alcohol	3,7	15,4	7,7	0,0	7,7	65,5	100,0
Cannabis	7,6	8,4	6,7	0,8	0,8	75,7	100,0
Cocaína	18,8	15,6	21,9	3,1	0,1	40,5	100,0
D. síntese	8,3	25,0	8,3	0,1	0,1	49,5	100,0
Heroína	20,0	30,0	30,0	1,0	19,0	0,0	100,0
Alucinóxenos	33,0	33,0	1,0	0,1	0,1	32,9	100,0
Anfetaminas	30,0	30,0	1,0	0,1	1,0	37,9	100,0
Tranquilizantes	12,7	3,2	1,6	0,0	1,6	87,0	100,0
Hipnóticos	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	95,0	100,0
Total xeral	4,0	4,4	3,1	0,2	0,3	88,0	100,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.3.2. Dependencia subxectiva cara ás drogas

Un 12,1% dos consumidores das distintas substancias psicoactivas manifesta unha dependencia subxectiva severa ou moderada cara a elas (consumidores que afirman que lles resultaría imposible, moi difícil ou que lles custaría algún esforzo abandonar o uso da ou das drogas que consomen), mentres que un 77,3% expresa manter unha dependencia leve respecto das drogas consumidas (táboa 1.23).

Táboa 1.23. Dependencia subxectiva cara ás drogas expresada polos seus consumidores.
Base: consumidores dalgunha substancia psicoactiva. Galicia, 2004.

GRAO DE DEPENDENCIA	%
Severa	
• (1) Resultaríalles imposible deixar de usar a ou as substancias	(1,2%)
• (2) Resultaríalles moi difícil deixar de usar a ou as substancias (3,5%)	4,7
Moderada	
• (3) Custaríalles algún esforzo deixar a ou as substancias	7,4
Leve/inexistente	
• (4) Poderían deixar de usar facilmente a ou as substancias	77,3
NS/NC	10,6
Total	100,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A dependencia subxectiva dos consumidores varía de forma importante segundo o tipo de substancia. Nunha escala do 1 ao 4, onde 1 sería “resultaríalles imposible deixar de usar a ou as substancias” e 4 “poderían deixar de usar facilmente a ou as substancias”, o valor medio xeral de dependencia subxectiva alcanza 1,4 puntos. Os maiores niveis de dependencia subxectiva rexístranse entre os consumidores de heroína e cocaína e os menores entre os consumidores de inhalables e cannabis (táboa 1.24).

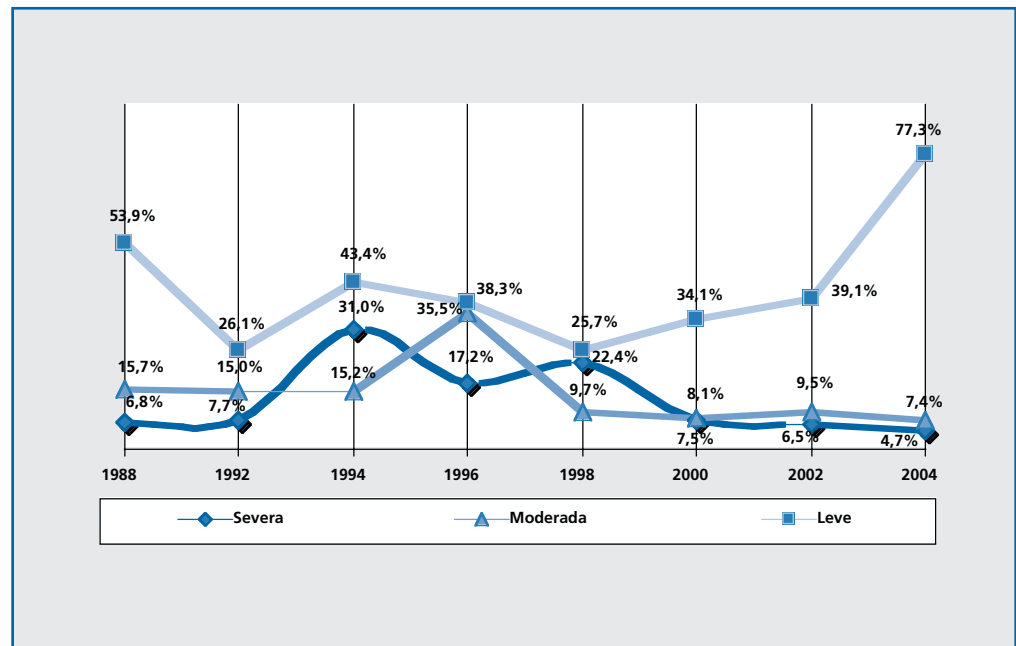
Táboa 1.24. Grao de dependencia subxectiva, segundo a droga consumida. Galicia, 2004.

DROGA DE USO	GRAO MEDIO DE DEPENDENCIA SUBXECTIVA
Heroína	2,47
Cocaína	2,41
Drogas de síntese	2,21
Hipnóticos	2,02
Tranquilizantes	2,01
Anfetaminas	1,97
Alucinóxenos	1,42
Cannabis	1,18
Inhalables	1,08
Termo medio xeral	1,40

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A evolución da dependencia subxectiva das drogas percibida polos propios consumidores, durante o período 1988-2004, caracterízase fundamentalmente pola redución das situacións de dependencia severa (figura 1.16). Desde o ano 2000 teríase producido un brusco descenso das situacións de dependencia severa con respecto aos valores alcanzados entre 1994 e 1998.

Figura 1.16.
Evolución da dependencia subxectiva cara ás drogas (%).
Galicia, 1988-2004.



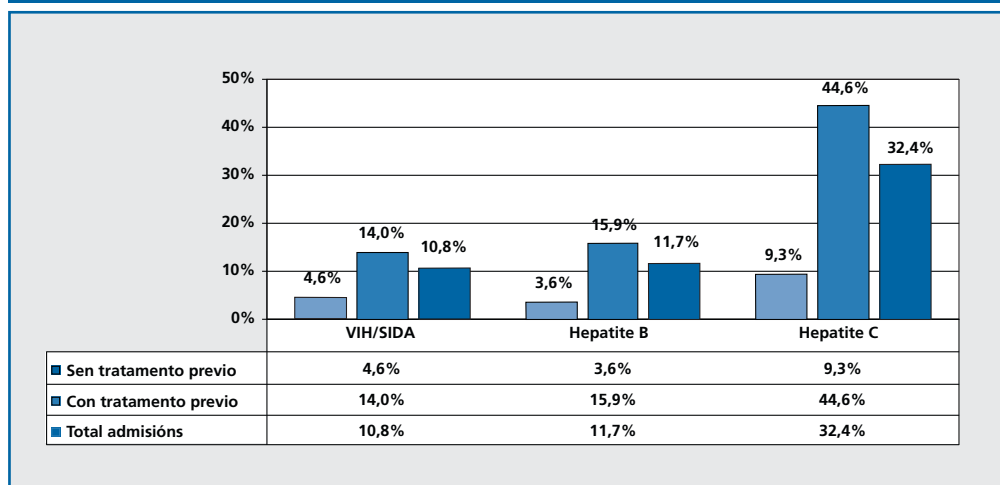
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Os elevados niveis observados de dependencia subxectiva cara ás drogas son congruentes coa existencia de numerosas persoas que tiveron que consultar a expertos por problemas derivados do seu consumo, ou que recibiron consello para abandonalo. O impacto do uso de drogas sobre a saúde resulta evidente se se ten en conta que un de cada cinco consumidores (20,1%) destas substancias realizou algunha consulta médica por problemas de saúde derivados do consumo. Pola súa parte, o 17,1% dos consumidores recibiu consello de diferentes persoas (persoal sanitario, parella, amigos, etc.) para realizar algún tratamento.

1.3.3. Enfermidades infecciosas en usuarios de drogas

As enfermidades infecciosas teñen unha importante presenza entre os usuarios de drogas, como o confirman as elevadas prevalencias que rexistran as infeccións por VIH/SIDA e hepatite B e C entre as persoas admitidas a tratamento por consumo de substancias psicoactivas, distintas do alcohol e o tabaco, durante 2004 nos centros do PGD. Estas prevalencias son sensiblemente máis elevadas entre os pacientes que realizaron tratamentos previos, unha poboación que se corresponde maioritariamente con persoas consumidoras de opiáceos como droga principal de abuso (figura 1.17).

Figura 1.17.
Prevalencias de enfermidades infecciosas en pacientes admitidos a
tratamento na Rede Asistencial do PGD, segundo realización ou non
de tratamentos previos. Galicia 2004.

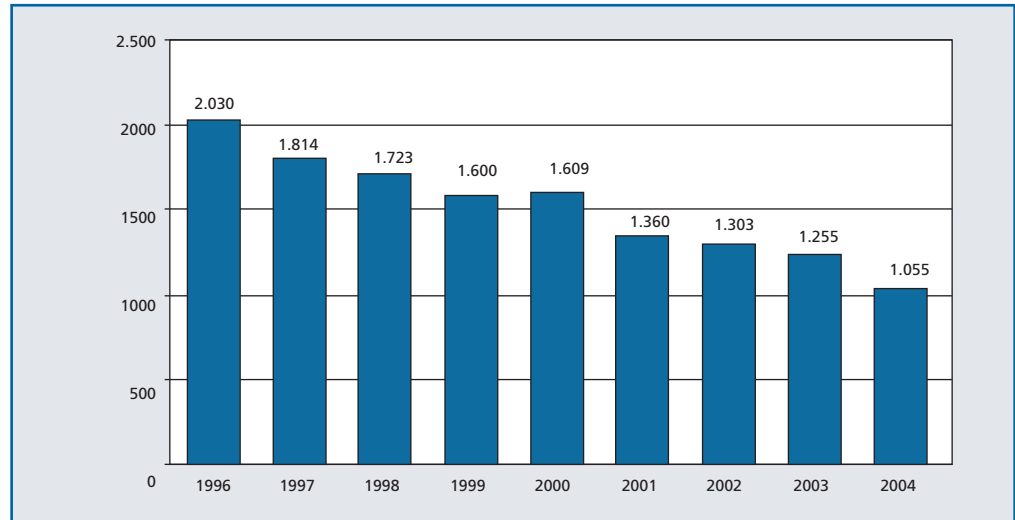


FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A importante incidencia das enfermidades infecciosas entre a poboación consumidora de drogas está estreitamente relacionada coa existencia de certas prácticas de risco entre ela, como o uso da vía intravenosa para o consumo de drogas ou o mantemento de relacións sexuais sen protección con parellas ocasionais. A pesar dos progresos realizados nos últimos anos no campo da redución de danos, aínda un 26,7% dos casos admitidos a tratamento na Rede Asistencial do PGD durante 2004 utilizaban a vía intravenosa para o consumo da droga principal, unha porcentaxe que oscila do 34,8%, entre os casos previamente tratados, ao 11,7% entre os que accederon por primeira vez aos servizos asistenciais. O maior grao de utilización da vía intravenosa entre os pacientes previamente tratados explica, en gran medida, que a súa afectación polas enfermidades infecciosas sexa case catro veces superior á dos pacientes incorporados por primeira vez a tratamento.

O informe "A tuberculose en Galicia. Ano 2004", elaborado pola Dirección Xeral de Saúde Pública (CONSELLERÍA DE SANIDADE, 2005), confirma a importante incidencia da enfermidade tuberculosa entre a poboación consumidora de drogas, sinalando entre os factores que incrementan a vulnerabilidade fronte á tuberculose a pobreza, especialmente a asociada cos problemas de alcoholismo e/ou de dependencia a outras drogas, a epidemia por VIH/SIDA e o incumprimento das pautas terapéuticas para o seu tratamento. A pesar dos importantes avances conseguidos no tratamento da tuberculose entre 1996 e 2004, período en que o número de casos rexistrados en Galicia pasou de 2.030 a 1.055 (figura 1.18) e en que as taxas de incidencia (casos novos máis recidivas) pasaron dos 72,3 casos por 100.000 habitantes a 37,9 casos en 2004, esta enfermidade infecciosa ten aínda unha importante prevalencia entre os consumidores de drogas galegos.

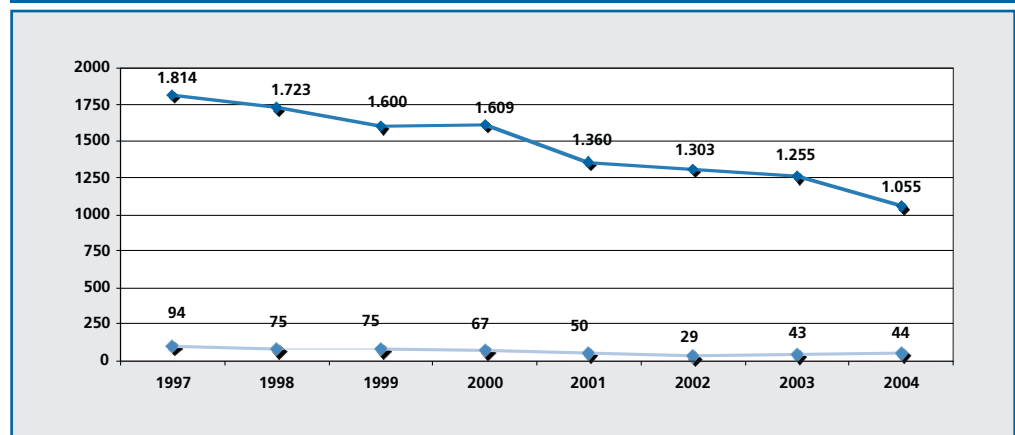
Figura 1.18.
Evolución do número de casos de tuberculose. Galicia, 1996-2004.



FONTE: Programa galego de prevención e control da tuberculose. Consellería de Sanidade.

Dado que os usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) constitúen un grupo de especial risco respecto da tuberculose, en 1997 púxose en marcha na área sanitaria de Santiago un Subprograma de prevención e control da tuberculose en usuarios de drogas. Este subprograma, froito da colaboración entre o Programa galego de prevención e control da tuberculose e o Plan de Galicia sobre Drogas, ampliou en 1999 á área sanitaria de Vigo. Os resultados desta iniciativa permiten constatar a progresiva redución no número de casos de tuberculose rexistrados en Galicia entre UDVP, cun descenso do 34,3% no período 2000-2004, similares aos observados no total de casos de TB rexistrados (figura 1.19).

Figura 1.19.
Evolución no número total de casos de TB rexistrados e nos correspondentes á categoría UDVP. Galicia 1997-2004.



FONTE: Programa galego de prevención e control da tuberculose. Consellería de Sanidade.

O peso dos casos de TB/UDVP sobre o total de casos de tuberculose rexistrados mantívose estable no período 2000-2004, representando o 4,2% do total de casos rexistrados (táboa 1.25).

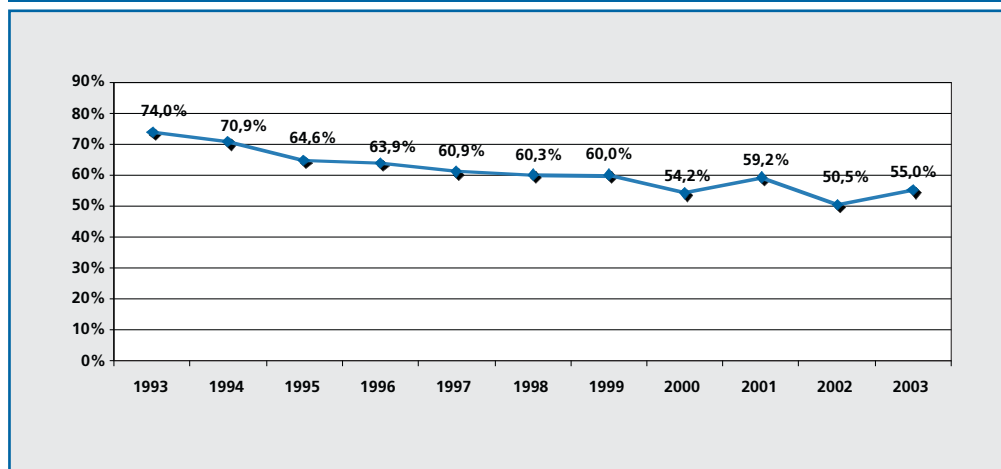
Táboa 1.25. Número de casos de TB en UDVP, por anos, e porcentaxe sobre o total de casos de TB dese ano. Galicia 1997-2004.

		TB/UDVP	
		Nº de casos	%
1997	1.814	94	5,2
1998	1.723	75	4,4
1999	1.600	75	4,7
2000	1.609	67	4,2
2001	1.360	50	3,7
2002	1.303	29	2,2
2003	1.255	43	3,4
2004	1.055	44	4,2

FONTE: Programa galego de prevención e control da tuberculose. Consellería de Sanidade.

Os esforzos que, nos últimos anos, se veñen realizando en materia de educación sanitaria e de redución de danos entre a poboación drogodependente están permitindo avances no control dalgúns enfermidades infecciosas como o VIH/SIDA. Os datos do Rexistro Galego de SIDA confirman, tanto o continuado descenso que se vén producindo no número de novos casos de sida diagnosticados, como a progresiva perda de peso do consumo de drogas inxectables como vía de transmisión da enfermidade (figura 1.20).

Figura 1.20.
Novos casos de SIDA diagnosticados entre consumidores de drogas inxectables (% sobre o total de casos novos diagnosticados).
Galicia 1993-2003.



FONTE: Rexistro Galego de Sida. Consellería de Sanidade.

A pesar destes progresos, resulta incuestionable a influencia que o consumo de drogas por vía parenteral ou intravenosa ten na transmisión da SIDA, como o evidencia o feito de que

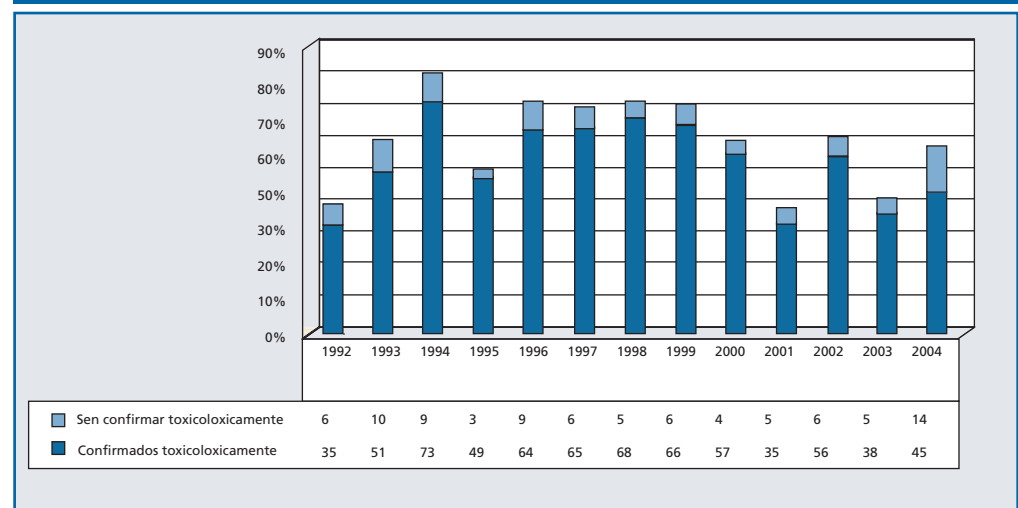
do total de 3.199 casos acumulados diagnosticados en Galicia ata o 31 de decembro de 2003, 2.131 (o 66,6%) se correspondan coa categoría de consumidores de drogas inxectables.

1.3.4. Mortes por reacción aguda tras consumo de drogas

Durante o ano 2004 producíronse en Galicia un total de 59 mortes por reacción aguda tras o consumo de drogas, todas elas por sobredose. A evolución no número de mortes desde 1992, ano en que foi implantado o indicador, apunta a existencia dunha tendencia á baixa no número de falecidos a partir do ano 2000, sen prexuízo dos repuntamentos observados en determinados intervalos interanuais (figura 1.21).

Esta tendencia descendente nas mortes por reacción aguda ao consumo de drogas é coincidente coa que se rexistra no resto de España. Polo contrario, e aínda que existen tendencias contraditorias entre os diferentes países, desde o ano 2000 estarían crescendo moderadamente na Unión Europea o número global de falecementos por esta causa, cuxo número oscila entre as 7.000 e 9.000 mortes anuais (OEDT, 2003).

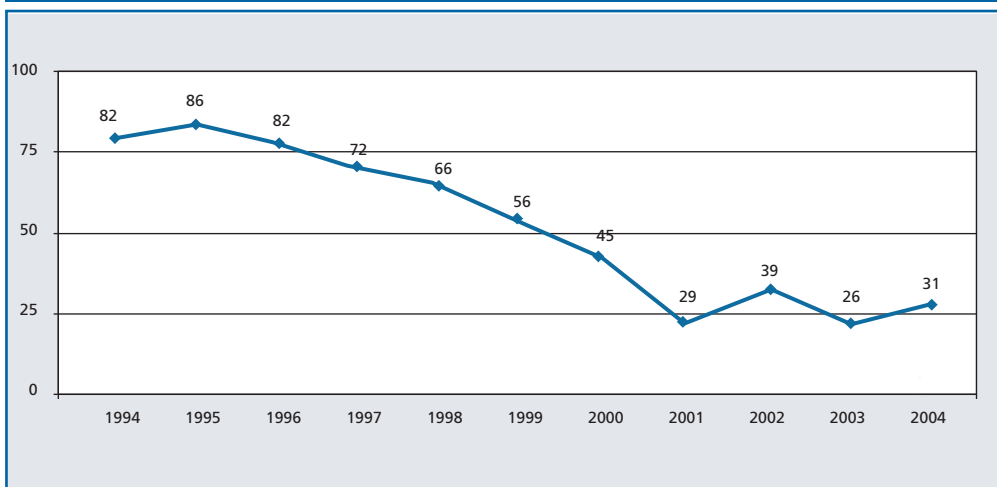
Figura 1.21.
Evolución no número de falecidos por reacción aguda ao consumo de drogas. Galicia, 1992/2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A crecente cobertura asistencial da poboación consumidora de opiáceos, o reforzamento dos programas de redución de danos e o progresivo abandono da vía intravenosa serían factores que explicarían o descenso nas mortes por reacción aguda tras o consumo de drogas rexistrado nos últimos anos (figura 1.22).

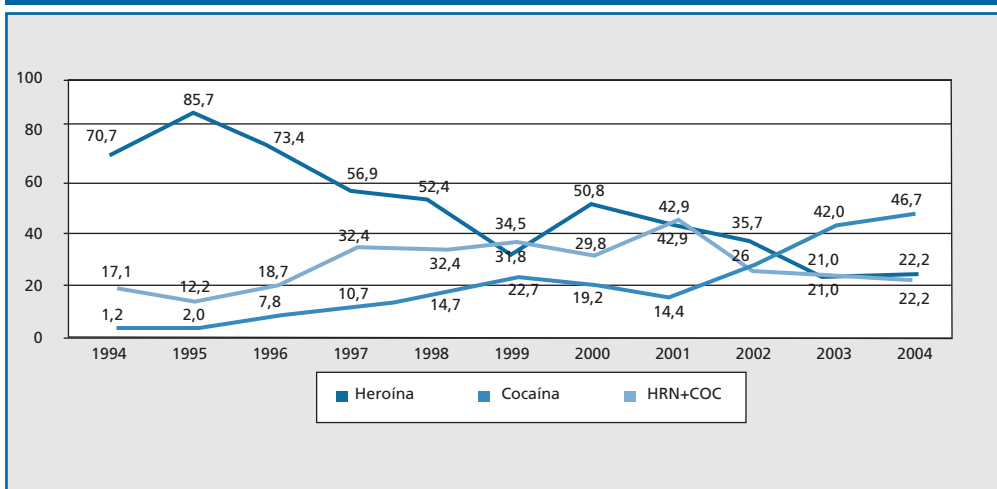
Figura 1.22.
Evolución do uso da vía parenteral nos falecidos por reacción aguda ao consumo de drogas (%). Galicia, 1994-2004 (Base: falecidos con vía de administración coñecida).



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A maioría das mortes producidas en 2004 por reacción aguda ao consumo de drogas seguen estado provocadas pola sobredose de heroína, ben como substancia única ou asociada a outras. Non obstante, como xa ocorrera en 2003, a cocaína foi a droga identificada con maior frecuencia entre os falecidos (46,7%), por diante da heroína ou da mestura de heroína e cocaína (figura 1.23).

Figura 1.23.
Substancias encontradas en falecidos por reacción aguda ao consumo de drogas (%). Galicia, 1994-2004.



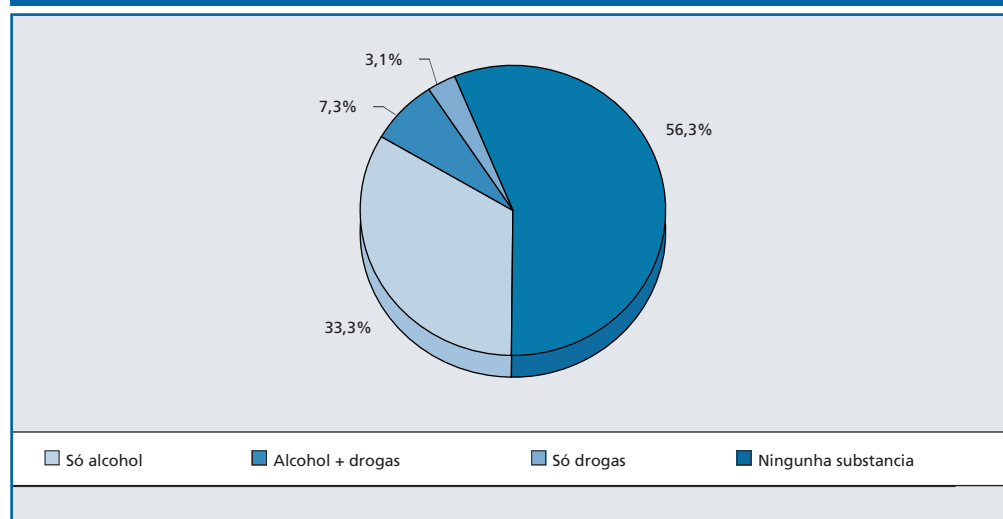
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.3.5. Mortes en accidentes de tráfico relacionadas coas drogas

O consumo de alcohol e outras drogas é un dos principais factores de risco relacionados cos accidentes de circulación. Os datos facilitados polo Instituto Nacional de Toxicoloxía, de acordo coas análises practicadas a 96 condutores falecidos en accidentes de circulación en Galicia durante 2003 (aproximadamente o 25% do total de condutores falecidos por esta causa), confirman a importancia que a inxesta de alcohol e outras drogas ten sobre os accidentes de tráfico e a mortalidade relacionada con eles. Proba disto é que no 43,7% dos cadáveres se identificou a presenza de alcohol e drogas, en diferentes combinacións (figura 1.24).

A análise das características dos condutores falecidos permite constatar que máis da metade (52,1%) eran menores de 30 anos e que unha boa parte dos accidentes mortais (44,7%) se producen durante as fins de semana, circunstancias que agravan, se cabe, o xa de por si dramático balance de vítimas dos accidentes de circulación.

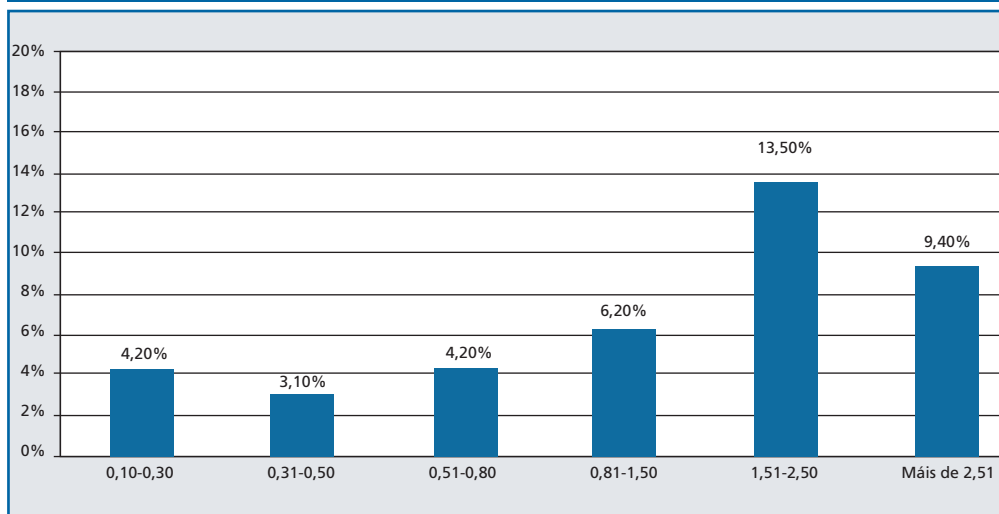
Figura 1.24.
Presenza de alcohol e outras drogas en condutores falecidos en accidentes de tráfico. Galicia. 2003 (%).



FONTE: Instituto Nacional de Toxicoloxía (Ministerio de Xustiza). Departamento de Madrid.

As concentracións de alcohol observadas no 40,6% de falecidos onde se detectou a presenza desta substancia confirman que no 33,3% dos condutores superaban os 0,5 gramos por litro de sangue, a taxa máxima de alcoholemia permitida con carácter xeral, e que o 22,9% presentaba concentracións superiores a 1,51 g/l (figura 1.25).

Figura 1.25.
Concentracións de alcohol etílico detectadas
(gramos por litro de sangue) en condutores falecidos en accidentes de
circulación (%). Galicia, 2003.



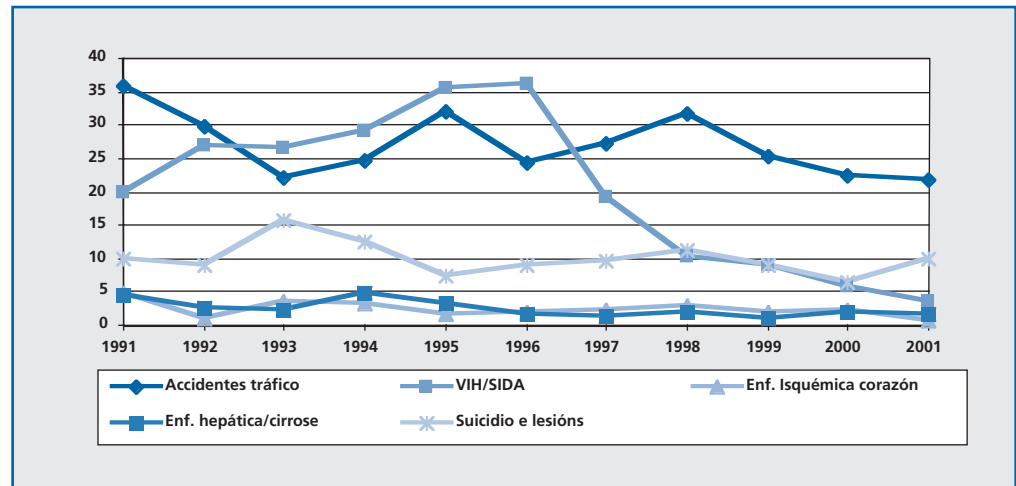
FONTE: Instituto Nacional de Toxicología (Ministerio de Xustiza). Departamento de Madrid.

A pesar do gravísimo impacto que o alcohol e outras drogas teñen nos accidentes mortais sufridos polos condutores galegos, este reduciuse lixeiramente entre 2001 e 2003. Durante este período aumentou do 51% ao 56,3% a porcentaxe de condutores falecidos entre os cales non se identifica a presenza de alcohol nin doutras drogas, á vez que as concentracións de alcohol que superaban o máximo legal permitido (0,5 gramos/litro) se reduciron do 36% ao 33,3%.

1.3.6. Mortes por sida

As melloras conseguidas no tratamento da sida están permitindo unha redución moi importante nas mortes por esta enfermidade, cuxas taxas de mortalidade se reduciron á décima parte entre 1996 (36,3 falecidos por 100.000 habitantes) e 2001 (3,6 falecidos), último ano de que se dispón de información. Esta evolución permitiu que a sida pasase a ser no período 2000-2001 a terceira causa de morte entre os mozos galegos de 25 a 34 anos, despois de ocupar a primeira e a segunda posición, respectivamente, entre os períodos 1993-1996 e 1997-1999. Actualmente os accidentes de tráfico lideran as causas de morte entre este sector poboacional (figura 1.26).

Figura 1.26.
Taxas de mortalidade (falecidos por 100.000 habitantes)
en persoas de 25 a 34 anos por grupos específicos. Galicia, 1991-2001.



FONTE: Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

Confírmase pois o papel preponderante que o consumo de alcohol e outras drogas teñen nas mortes que afectan a poboación xuvenil, non só como desencadeante directo delas (mortes por sobredose, etc.), senón como responsable de enfermidades (sida, cirrose, etc.) e condutas (condución de vehículos baixo os seus efectos) que provocan indirectamente os falecementos.

1.4. Factores asociados ao consumo de drogas

Desde a perspectiva epidemiolóxica interesa coñecer, non só a extensión dos consumos de drogas e o seu impacto sobre a saúde e o benestar, senón identificar aqueles factores ou variables que se asocian coa presenza das condutas de uso e/ou abuso de drogas. Convén ter presente que as políticas de actuación no campo das drogas e as drogodependencias perseguen o logro dunha serie de obxectivos graduais, complementarios entre si, como son evitar que se inicien os consumos de drogas, reducir os riscos e danos asociados ao consumo, previr a instauración de condutas de abuso e/ou dependencia, superar estes problemas unha vez instaurados e favorecer a plena participación social como cidadáns das persoas afectadas por eles.

Os progresos rexistrados nas últimas décadas nas teorías explicativas das drogodependencias poderían sintetizarse no recoñecemento das condutas de uso e/ou abuso de drogas como un fenómeno multideterminado, multicausal, resultado da interacción entre as características persoais, o contexto social e cultural onde se desenvolven os suxeitos e as propiedades das substancias consumidas. Sobre a premisa de que os consumos de drogas están condicionados por múltiples elementos ou variables, fórmulase unha pregunta clave: ¿que factores explican que determinadas persoas consuman drogas e outras non o fagan?. Na busca de respostas a esta pregunta resultou determinante o desenvolvemento dos conceptos "factores de risco" e "factores de protección" relacionados co uso de drogas (CLAYTON, R.R. 1992).

Enténdese por **factor de risco** o conxunto de circunstancias, feitos e elementos persoais, sociais ou relacionados coa substancia, que aumentan a probabilidade de que un suxeito se inicie e se manteña nun consumo de drogas, ou que incremente a frecuencia ou

a intensidade do consumo. Serían pois aquelas variables ou características que permiten predicir o desenvolvemento da conduta problema, os que sitúan os suxeitos nunha posición de vulnerabilidade fronte a estes comportamentos.

Os factores de risco reúnen algunhas características relevantes, como son que:

- Non se poden establecer relacións de causa-efecto entre a presenza dun determinado factor de risco e a existencia dunha conduta de uso ou abuso de drogas, senón unha relación de maior ou menor probabilidade de que esta se produza.
- Os factores de risco funcionan por acumulación ou concentración, de maneira que cantos máis factores influísen sobre un determinado suxeito, maior será a probabilidade de que este reproduza condutas de uso e/ou abuso de drogas.
- Non todos os factores de risco exercen a mesma influencia sobre os consumos de drogas (uns son máis potentes que outros), nin todos teñen a mesma influencia sobre as distintas persoas e grupos de idades.
- Os factores de risco son diferentes para as distintas substancias.

A influencia dos factores de risco aparece modulada ou cribada pola existencia dunha serie de circunstancias ou características persoais ou sociais dos suxeitos, que deron en denominarse **factores de protección**. Deste modo, adolescentes ou mozos expostos á influencia de diversos factores de riscos poden non reproducir comportamentos de uso ou abuso de drogas, se dispoñen dun adecuado adestramento en habilidades de resistencia ou no campo das habilidades sociais.

Non obstante, debe terse presente que os factores de risco teñen unha maior potencia que os factores de protección como condicionantes da presenza-ausencia dos consumos de drogas (NAVARRO, J. 2000). Dito doutra maneira, a capacidade protectora de certas variables redúcese sensiblemente en presenza dos factores de risco, razón pola cal o control ou neutralización dos factores de risco debe ocupar unha posición central no contexto dos programas de prevención.

O coñecemento do funcionamento dos factores de risco e protección ten un grande interese práctico para o establecemento das políticas e estratexias dirixidas a previr os consumos de drogas. En último extremo os programas de prevención centran os seus esforzos na identificación dos factores de risco asociados cos consumos de drogas (para intentar evitalos ou mitigar a súa influencia) e daqueles outros que protexen os suxeitos dos consumos de drogas (para estimulalos ou potencialos), evitando deste modo o uso e abuso destas substancias e os danos asociados ao seu consumo.

Os resultados achegados por diferentes investigacións nacionais e internacionais permiten elaborar un amplo catálogo de factores de risco (táboa 1.26) e de protección (táboa 1.27) relacionados co consumo de substancias psicoactivas.

Táboa 1.26. Factores de risco relacionados co uso e/ou abuso de drogas.

FACTORES PERSOAIS

Conduta antisocial temperá.

Problemas emocionais e intelectuais: 1) déficit empatía e baixa automática, 2) falta de asertividade e dificultades para relacións sociais, 3) dificultades para o control emocional (impulsividade, agresividade, dificultades para demorar a gratificación, busca de emocións, etc.), 4) baixa resistencia á frustración, 5) dificultades para a resolución de problemas e na toma de decisións e 6) certos trazos da personalidade (depresión, introversión e desadaptación social).

Ausencia de valores ético/morais, predominio de valores persoais en ausencia de valores prosociais, alta tolerancia fronte á desviación, forte necesidade de independencia, ausencia de normas e escasa interiorización das demandas sociais de autorrestrición de impulsos.

Rexeitamento por parte dos iguais.

Uso ou experimentación temperá de drogas.

Embarazos durante a adolescencia.

Acontecementos vitais causantes de estrés.

FACTORES FAMILIARES

Problemas económicos na familia.

Pais consumidores de substancias psicoactivas e/ou con problemas de abuso e actitudes paternas positivas cara ao uso de drogas.

Divorcio ou separación dos pais.

Trastornos mentais e comportamento antisocial dos pais.

Problemas de manexo familiar e baixas expectativas paternas cara aos nenos.

Baixa supervisión familiar da conduta dos fillos.

Estilo educativo familiar autoritario ou permisivo, ausencia de conexión pais-fillos, relacións afectivas deterioradas ou inconsistentes e pobre comunicación.

Disciplina familiar inconsistente ou excesivamente severa.

Maltrato físico, emocional e psicolóxico e abusos sexuais.

Ausencia dun espazo de convivencia adecuado (mozos sen fogar).

Desordes nas relacións pais-fillos: ausencia de mutuo apego entre pais e fillos, falta de comunicación, débiles relacións entre pais e fillos, pobre apoio social e emocional aos fillos, actitudes e condutas negligentes dos pais, rexeitamento paterno dos fillos e ausencia de experiencias familiares pracentiras.

FACTORES ESCOLARES

Baixo compromiso coa escola (pouca dedicación).

Baixo rendemento escolar.

Fracaso e/ou abandono escolar.

Ausencia de expectativas en relación coa escola.

Baixo coeficiente intelectual e trastornos da aprendizaxe.

FACTORES RELACIONADOS COS IGUAIS

Consumo de drogas e/ou actitudes favorables cara a estas no grupo de iguais.

Condutas antisociais ou delituosas temperás no grupo.

FACTORES MACROSOCIAIS

Leis e normas sociais favorables cara ao uso de drogas (tolerancia social).

Actitudes favorables cara ao consumo en medios de comunicación.

A publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco

Ausencia dunha adecuada vinculación social.

Pobreza e privación económica e social do contorno social próximo.

Residencia en barrios con carencias de recursos ou servizos públicos.

Dispoñibilidade e accesibilidade ás drogas (legais e ilegais).

Pertenza a grupos sociais ou étnicos desfavorecidos ou marxidados.

Táboa 1.27. Factores de protección relacionados co uso e/ou abuso de drogas.

FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIAR

Fortes vínculos coa familia, cohesión, cordialidade e apego a un ou ambos os pais durante a infancia.

Influencias prosociais da familia nos fillos.

Oportunidades e reforzos para a implicación na familia.

Sentido de confianza básico entre os membros da familia.

Recoñecemento e aceptación paterna dos fillos.

Disciplina familiar adecuada e normas de conduta claras dentro da familia.

Proximidade, apoio emocional e trato cálido e afectuoso cos fillos.

Altos niveis de supervisión parental das condutas e actividades diarias dos fillos.

Control e apoio paterno aos fillos, en especial no referido ao coñecemento dos problemas, intereses e necesidades dos fillos, a identificación de situacións de risco para o consumo de drogas, o fortalecemento dos vínculos coa escola e os progresos no ámbito académico, o desenvolvemento da autoestima e da competencia social e persoal.

Crenzas saudables e claros estándares de conduta paternos.

Altas expectativas parentais.

FACTORES DE PROTECCIÓN ESCOLAR

Reforzos pola súa implicación na escola.

Oportunidades para a súa implicación na escola.

Rendemento escolar exitoso e apego á escola.

FACTORES COMUNITARIOS E AMBIENTAIS

Reforzos pola implicación na comunidade.

Oportunidades para a súa implicación na comunidade.

Un sistema de apoio externo positivo.

Normas, crenzas e estándares condutuais contra o uso de drogas.

FACTORES INDIVIDUAIS E VINCULADOS AOS IGUAIS

Relixiosidade.

Crenza na orde moral.

Habilidades sociais.

Temperamento ou disposición positiva.

Amplio repertorio de habilidades de afrontamento sociais.

Crenza na propia autoeficacia.

Apego aos iguais.

1.4.1. Factores de risco relacionados co consumo de drogas

Co fin de coñecer o grao de exposición da poboación galega aos diferentes factores de risco, no ano 2002, coincidindo coa realización do estudo “O consumo de drogas en Galicia VII”, analizouse o número de persoas expostas á influencia de distintos factores de risco asociados ao consumo de drogas, agrupándoos en catro grandes eixes ou categorías: factores familiares, sociais, persoais e laborais.

Os resultados das análises practicadas confirman que unha porcentaxe significativa da poboación de Galicia está exposta á influencia destes factores (táboa 1.28). Debe salientarse que se trata dun risco potencial, na medida en que simplemente recolle o número de cidadáns nos cales concorren certas variables ou situacións de risco, o que non significa necesariamente que sobre ela concorran altas probabilidades de consumir drogas, posto que, como se indicou anteriormente, non todas as variables ou factores de risco teñen a mesma influencia na presenza dos consumos de drogas.

Táboa 1.28. Poboación exposta a cada eixe ou categoría de risco potencial (%). Galicia, 2002.

FACTORES FAMILIARES		FACTORES SOCIAIS	
Negativa relación pais-fillos:	20,1	Coñecen consumidores de drogas:	31,6
Negativa relación coa parella:	17,7	Teñen facilidade para obter drogas:	60,7
Abuso de alcohol ou uso de drogas pais:	10,1	Non satisfacción co seu ocio:	30,4
Enfermidade mental ou nerviosa en familia:	10,0	Non participación social	69,6
Situación económica agonizante:	37,9	Percepción da sociedade insolidaria:	40,9
		Participación en botellón:	10,3
Total exposición factores risco familiares:	21,4	Total exposición factores risco sociais:	21,3
FACTORES PERSOAIS		FACTORES LABORAIS	
Fracaso escolar:	16,7	Contrato temporal:	21,9
Sensación de agonía e tensión:	32,1	Traballo axustado:	40,7
Sensación de non poder superar dificultades:	21,3	Xornadas laborais prolongadas:	41,1
Perda de confianza nun mesmo:	13,4	Insatisfacción coa función ou traballo:	45,0
Insatisfacción persoal:	32,9	Insatisfacción trato superiores/ empresa:	37,1
Ideas ou intentos de suicidio:	2,9	Cansazo intenso despois traballo:	33,1
		Agonía e estrés no traballo:	27,9
		Inquietude ante o futuro laboral:	22,2
Total exposición factores risco persoais:	22,1	Total exposición factores risco laborais:	36,6

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Cando estes factores de risco potencial se cruzan cos hábitos de consumo de drogas obtéñense o que se podía denominar como variables ou factores de risco efectivo, que se sustentan na existencia dunhas relacións de probabilidade certas, apoiadas en análises estatísticas. O cruzamento dos datos facilitados polo estudo “O consumo de drogas en Galicia VII (2002)” coas variables de risco mencionadas permite establecer as seguintes relacións de probabilidade (odds ratio), significativas en termos estatísticos (táboa 1.29).

Táboa 1.29. Relacións de probabilidade entre a presenza de cada unha das variables de risco e a existencia de consumos das distintas drogas. Galicia, 2002.

Variables de risco	Tabaco (diario)	Alcohol (abusivo)	Cannabis	Outras d. ilegais	Hipnosedantes	Policonsumo
A) FAMILIARES	1,21	1,38	1,25	2,10	1,89	1,51
Malas relacións pais/fillos	1,36	1,91	1,55	1,41	1,89	1,76
Malas relacións con parella	*	1,93	1,71	3,10	1,61	1,51
Abuso alcohol e/ou drogas pais	1,26	1,58	1,33	1,69	*	1,30
Enfermidade mental en familia	*	1,21	*	*	5,61	1,26
Agonía económica familiar	*	1,59	*	1,27	2,52	*
B) PERSOAIS	1,20	1,57	1,47	1,71	1,74	1,72
Fracaso escolar	*	1,20	1,33	1,66	*	1,20
Sensación de agonía e tensión	*	1,20	1,39	*	1,71	1,30
Sensación non poder superar dificultades	*	1,31	*	1,21	2,51	1,43
Perda de confianza nun mesmo	*	1,73	1,28	1,31	3,54	1,33
Insatisfacción persoal	1,36	*	1,37	1,86	6,20	1,27
Ideas ou intentos de suicidio	1,37	*	*	2,19	*	1,32
C) SOCIAIS	1,51	1,71	3,25	3,26	*	2,51
Coñecer consumidores de drogas	1,34	1,49	2,43	2,61	1,63	2,10
Facilidade para obter drogas	1,26	6,10	2,91	4,78	*	1,31
Non satisfacción co ocio	*	1,57	2,57	1,47	*	1,68
Participación en botellón	1,36	1,66	1,59	2,29	*	1,31
Non participación social	*	*	1,20	1,27	*	1,52
Percepción da sociedade insolidaria	1,20	2,17	*	1,29	*	*
D) LABORAIS	1,20	1,27	1,30	1,30	1,46	1,56
Contrato temporal	*	1,60	1,53	2,97	1,40	1,69
Traballo axustado	*	1,47	*	*	1,27	*
Xornadas laborais prolongadas	*	1,27	1,63	1,20	1,31	1,72
Non satisfacción en función ou traballo	1,40	*	*	1,20	*	1,30
Non satisfacción trato superiores	1,20	*	*	*	1,32	*
Cansazo intenso tras traballo	*	1,20	1,24	1,25	1,61	1,20
Agonía e estrés no traballo	*	*	1,20	1,33	*	*
Inquietude ante futuro laboral	*	4,56	1,51	2,76	1,41	1,97

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Estes índices permiten constatar que os factores de risco que teñen unha maior influencia ou peso na aparición ou o reforzamento dos consumos de drogas serían os familiares e sociais, seguidos a curta distancia dos de tipo persoal e laboral.

A xerarquización das distintas variables de risco, segundo o número de relacións de probabilidade (odds ratio) significativas, permite obter un cadro sintético dos factores de risco cunha maior influencia, segundo a súa categoría ou eixe de referencia (figura 1.27).

NOTA: o valor que aparece en cada columna é o número de veces polo que a presenza dese factor multiplica a probabilidade de que exista un consumo desa substancia. Un * significa que non existe asociación.

Figura 1.27.
Xerarquización dos factores ou variables de risco segundo a categoría.

FACTORES DE RISCO ASOCIADOS CO CONSUMO DE DROGAS			
<p>Familiares</p> <p>1º Malas relacións pais-filios</p> <p>2º Abuso de alcohol ou uso de drogas polos pais</p> <p>2º Malas relacións de parella</p> <p>3º Enfermidade mental na familia</p> <p>3º Situación económica agobiante</p>	<p>Persoais</p> <p>1º Perda de confianza nun mesmo</p> <p>1º Insatisfacción persoal</p> <p>2º Sensación de atonía ou tensión</p> <p>2º Fracaso escolar</p> <p>2º Sensación de non poder superar las dificultades</p> <p>3º Ideas e intentos de suicidio</p>	<p>Sociais</p> <p>1º Coñecer consumidores de drogas</p> <p>2º Facilidades para obter drogas</p> <p>2º Participar en botellón</p> <p>3º Insatisfacción co lecer</p> <p>4º Percepción social negativa</p> <p>4º Non participación social</p>	<p>Laborais</p> <p>1º Temporalidade</p> <p>1º Incerteza ante o futuro laboral</p> <p>1º Cansanzo intenso tras o traballo</p> <p>1º Xornada prolongada</p> <p>2º Insatisfacción coa función ou co traballo</p> <p>3º Insatisfacción co trato recibido</p> <p>3º Traballo axustado</p> <p>3º Agonía ou tensión no traballo</p>

1.4.2. Factores de protección relacionados co consumo de drogas

Durante as investigacións realizadas nos últimos anos, foi posible a identificación dunha serie de variables ou preditores que se asocian coa ausencia e/ou a diminución dos consumos das distintas drogas. Estas variables ou factores de protección agrupáronse en catro grandes eixes ou categorías: presenza de valores prosociais ou normativos, adecuada integración familiar, práctica de actividades alternativas ao consumo de drogas e coa existencia dun contorno preventivo.

A poboación de Galicia que non estaría baixo a influencia protectora destes factores sería a seguinte (táboa 1.30).

Táboa 1.30. Poboación que non se encontra baixo a influencia protectora das distintas variables ou factores de protección (%). Galicia, 2002.

FACTORES VINCULADOS Á PRESENZA DE VALORES SOCIAIS PROSOCIAIS/ NORMATIVOS		FACTORES RELACIONADOS COA INTEGRACIÓN FAMILIAR	
Ocuparse dos demais con sacrificio:	17,8	Relacións familiares estables e satisfactorias:	17,4
Colaborar cos demais :	22,7	Existencia de diálogo entre pais e fillos sobre as cousas da familia:	40,3
Manterse á marxe das drogas aínda que os amigos non o fagan:	22,9	Cando existen problemas compártense na casa:	43,1
Renunciar a satisfaccións actuais para lograr cousas no futuro:	49,1	Sentimento de apego familiar:	18,5
Dar importancia á saúde e ao coidado do corpo:	15,1	Os pais advertíronos de bo modo sobre os riscos do alcohol e as drogas:	67,5
Ter obxectivos claros sobre os que se quere e debe facer:	31,4		
Considerar a relixión como un aspecto importante na vida:	67,3		
Poboación non protexida eixe valores:	25,1	Poboación non protexida eixe I. Familiar:	37,8
FACTORES RELACIONADOS COA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES ALTERNATIVAS AO CONSUMO		FACTORES RELACIONADOS CO CONTORNO PREVENTIVO	
Participación actividades humanitarias ou colaboración con algunha ONG:	89,6	Integración e apego polo barrio:	26,4
Colaboración en actividades sociais, comunitarias ou culturais:	92,7	Presenza de drogas ou delitos asociados a estas no barrio:	38,1
Prácticas ou actividades relixiosas:	90,1	Ter recibido algunha mensaxe preventiva sobre as drogas:	23,9
Práctica de actividades deportivas:	82,1	Ter participado nalgunha actividade preventiva sobre drogas:	84,5
Afección pola lectura:	72,8	Participación en charlas ou actividades preventivas sobre tabaco, alcohol ou drogas na escola:	26,9
Poboación non protexida eixe A. Alternativas:	53,0	Poboación non protexida eixe A. Prevención :	35,3

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Cando se verifica estatisticamente se realmente a ausencia/presenza destes factores de protección modula os hábitos de consumo das diferentes drogas, obtéñense as seguintes relacións de probabilidade entre a ausencia dos factores de protección descritos e a presenza das seguintes condutas de uso/abuso de drogas (táboa 1.31).

Táboa 1.31. Relacións de probabilidade entre a presenza de situacións de non protección e o consumo das distintas drogas. Galicia, 2002.

Variables de protección	Tabaco (diario)	Alcohol (abusivo)	Cannabis	Outras d. Hipnosedantes ilegais	Hipnosedantes	Policonsumo
A) VALORES PROSOCIAIS	*	1,40	1,31	1,61	1,32	1,40
Ocuparse dos demais	1,27	1,29	1,28	2,19	*	*
Colaborar cos demais	*	*	1,20	1,67	1,23	*
Manterse á marxe das drogas, aínda que os demais non o fagan	*	1,26	*	1,21	*	1,20
Renunciar a satisfaccións actuais para lograr cousas no futuro	*	*	*	1,23	1,36	1,21
Dar importancia á saúde e ao coidado do corpo	1,21	1,29	1,28	1,22	1,78	*
Ter obxectivos claros sobre o que se quere e se debe facer	*	1,25	1,29	*	1,28	1,28
Considerar a relixión como un aspecto importante na vida	*	*	*	1,21	2,61	*
B) ACTIVIDADES ALTERNATIVAS	*	1,20	1,20	1,70	1,72	1,89
Participación actividades humanitarias ou colaboración con algunha ONG	*	1,27	*	*	2,82	1,31
Colaboración en actividades sociais, comunitarias ou culturais	1,20	*	1,20	1,61	1,76	*
Prácticas ou actividades relixiosas	1,20	*	*	1,21	*	*
Práctica de actividades deportivas	*	*	*	+	*	1,21
Afección pola lectura	1,26	*	*	*	1,78	*
C) INTEGRACIÓN FAMILIAR	1,31	1,41	1,37	1,69	1,27	1,91
Relacións familiares estables e satisfactorias	1,21	*	*	1,27	1,28	1,31
Existencia de diálogo entre pais e fillos sobre as cousas da familia	*	1,31	*	1,28	1,46	1,41
Cando existen problemas, compártense na casa	*	*	1,20	*	1,23	*
Sentimento de apego familiar	*	1,51	1,36	1,30	+	1,35
Os pais advertíronos sobre os riscos do alcohol e as drogas	1,20	1,40	1,32	1,31	*	1,32
D) CONTORNO PREVENTIVO	1,41	1,91	1,71	2,61	1,20	1,71
Integración e apego polo barrio	*	*	1,22	1,31	*	1,26
Presenza de drogas ou delitos asociados a estas no barrio	*	*	*	1,21	*	1,24
Ter recibido algunha mensaxe preventiva sobre as drogas	1,41	1,26	1,45	1,66	1,20	1,54
Ter participado nalgunha actividade preventiva sobre drogas	1,47	2,17	1,21	1,20	*	1,39
Participación en charlas ou actividades preventivas sobre tabaco, alcohol ou drogas na escola	1,29	1,76	1,39	3,26	1,21	2,49

NOTA: o valor que aparece en cada columna é o número de veces polo que a ausencia dese factor multiplica a probabilidade de que exista un consumo desa substancia. Un * significa que non existe asociación.

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

As variables ou factores de protección cunha maior influencia na modulación ou redución dos consumos de drogas serían os relacionados coa existencia dun contorno preventivo e unha adecuada integración familiar, seguidos a non demasiada distancia dos valores prosociais ou normativos e a presenza de actividades alternativas ao consumo de drogas.

A xerarquización das distintas variables de protección, segundo o número de relacións de probabilidade (odds ratio) significativas de cada unha delas, permite obter un cadro sintético dos factores de protección cun maior peso na redución dos consumos de drogas en cada unha das categorías ou eixes de referencia (figura 1.28).

Figura 1.28.
Xerarquización dos factores ou variables de protección segundo a categoría

FACTORES DE PROTECCIÓN RELACIONADOS CO CONSUMO DE DROGAS			
<p>Valores prosociais</p> <p>1º Coidado do corpo e da saúde</p> <p>2º Obxectivos claros na vida</p> <p>2º Ocuparse dos demais</p> <p>3º Colaborar cos demais</p> <p>3º Manterse á marxe das drogas, aínda que os demais non o fagan</p> <p>3º Renunciar a satisfaccións por futuro</p> <p>4º A relixión é un aspecto importante</p>	<p>Actividades alternativas</p> <p>1º Participación en actividades sociais</p> <p>2º Participación en actividades humanitarias</p> <p>3º Afección á lectura</p> <p>4º Practicar deporte</p> <p>4º Practicar actividades relixiosas</p>	<p>Integración familiar</p> <p>1º Os pais faláronlles sobre os riscos das drogas</p> <p>2º Diálogo pais-fillos</p> <p>2º Estabilidade familiar</p> <p>2º Sentimento de apego pola súa familia</p> <p>3º Compártense os problemas na casa</p>	<p>Medio preventivo</p> <p>1º Prevención sobre as drogas na escola</p> <p>1º Recibiron mensaxes preventivas fronte ás drogas</p> <p>2º Participaron en actividades preventivas</p> <p>3º Sentirse integrado no barrio</p> <p>4º Ausencia de drogas e delitos no barrio</p>

1.4.3. Outros factores relacionados co uso de drogas

Os resultados achegados pola serie de estudos "O consumo de drogas en Galicia" e outras investigacións de carácter nacional permiten identificar a existencia dunha serie de fenómenos estreitamente vinculados co uso de drogas entre a poboación nova, que deben ser obxecto dunha especial atención e seguimento desde o contexto dos programas de prevención das drogodependencias:

- O contacto temperán co tabaco, o alcohol e outras drogas.
- Os niveis de risco percibido asociados ao consumo das distintas substancias.
- A dispoñibilidade ou accesibilidade das drogas.
- A información recibida sobre as drogas e os seus efectos a través de diferentes fontes de información.
- A presenza de consumidores no grupo de iguais (amigos, compañeiros, etc.).
- O consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos ou outras drogas no fogar e as actitudes paternas cara ao consumo de drogas por parte dos fillos.
- A satisfacción coas relacións familiares.
- O grao de satisfacción persoal.
- A integración escolar.

- As pautas de ocupación do ocio, en especial no referido ás saídas nocturnas nas fins de semana.

A relación de interdependencia destes fenómenos cos consumos de drogas foi posta de manifesto por outras investigacións de carácter nacional, como o Programa de enquisas nacionais sobre drogas á poboación escolar que, con carácter bianual realiza a Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas entre os estudantes españois de secundaria de 14 a 18 anos. A Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2004 (DGPNSD, 2005), na cal participaron máis de 1.245 estudantes galegos, ofrece algúns datos reveladores ao respecto:

1) Idades de inicio ao consumo de drogas

O contacto dos adolescentes coas drogas prodúcese en xeral en idades moi temperás, especialmente no caso daquelas de carácter lícito (táboa 1.32). As drogas legais (tabaco, alcohol, volátiles e tranquilizantes) son as substancias coas cales o contacto é máis precoz, sendo o tabaco a substancia máis frecuente de incorporación ao mundo das drogas, papel que cumpre o cannabis respecto das drogas ilegais.

Táboa 1.32. Idades medias de inicio ao consumo de drogas entre os estudantes de secundaria (14 a 18 anos). España, 2004.

SUBSTANCIAS	IDADE MEDIA DE INICIO (anos)
Tabaco (consumo primeira vez)	13,2
Tabaco (consumo diario)	14,5
Alcohol (consumo primeira vez)	13,7
Alcohol (consumo semanal)	15,1
Tranquilizantes (sen prescripción)	14,8
Cannabis	14,7
Alucinóxenos	15,8
Éxtase	15,6
Speed/anfetaminas	15,7
Cocaína	15,8

FONTE: Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2002. Delegación do Goberno para o PNSD.

A precocidade dos adolescentes no contacto coas drogas é confirmada polo “Informe sobre a Xuventude Galega 2002”, realizado pola Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude entre mozos de 15 a 29 anos (táboa 1.33). Esta enquisa poñía de manifesto que o 15,1% dos mozos galegos comezou a fumar con menos de 14 anos e que o 50,9% o fixo cando tiña entre 14 e 16 anos. Unha situación similar obsérvase no caso das bebidas alcohólicas, onde un 16% dos mozos consumiron por primeira vez antes de cumprir os 14 anos e un 49% cando tiñan entre 14 e 16 anos.

Táboa 1.33. Idades medias de inicio ao consumo de drogas dos mozos galegos de 15 a 29 anos, segundo o sexo e a idade (anos). Galicia, 2002.

		SEXO		IDADE		
		Homes	Mulleres	15-19	20-24	25-29
Alcohol	15,1	14,8	15,4	14,3	15,4	15,6
Tabaco	15,6	15,4	15,8	14,3	16,0	16,4
Inhalables	13,9	13,9	14,0	12,7	14,6	14,7
Cannabis	16,6	16,5	16,8	15,1	17,0	17,4
Cocaína	17,8	17,7	17,9	15,9	18,1	18,8
Éxtase/d. síntese	18,1	18,1	18,2	16,0	18,5	20,6
Heroína	19,6	20,5	17,0	-	20,0	19,4
Tranquilizantes	19,7	19,9	19,5	15,4	19,4	22,5
Hipnóticos/somníferos	19,9	19,4	20,2	16,3	19,5	22,4
Alucinóxenos	17,9	17,6	18,9	15,4	17,8	19,9
Anfetaminas	18,0	17,6	18,7	14,8	19,0	18,9
Crak	21,5	21,5	-	-	18,0	25,0

FONTE: Informe sobre a Xuventude Galega 2002. Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude.

2) Percepción do risco asociado ao uso de drogas

A percepción do risco que os adolescentes teñen das drogas (os que consideran que o seu consumo pode supor bastantes ou moitos problemas para a saúde ou doutro tipo) está estreitamente vinculada aos seus niveis de consumo, de modo que, en xeral, canto menor é o risco percibido, maiores son as súas prevalencias de uso e viceversa.

Os niveis de risco atribuído polos escolares ao consumo das distintas drogas asócianse, fundamentalmente, á frecuencia de uso das substancias, de modo que os consumos habituais, coa única excepción do alcohol, xeran niveis de risco superiores aos dos consumos ocasionais (táboa 1.34).

Táboa 1.34. Risco asociado ao consumo de drogas en estudantes de secundaria de 14-18 anos (% que pensa que poden causar bastantes/moitos problemas para a súa saúde). España, 2004.

	CONSUMIR ALGUNHA VEZ	CONSUMIR HABITUALMENTE
Tabaco (a)	-	74,8
Alcohol (b)	-	38,0
Alcohol (c)	-	39,3
Tranquilizantes	33,3	76,0
Cannabis	33,8	76,1
Éxtase	60,5	86,9
Cocaína	62,7	87,9
Heroína	69,0	88,1

(a) Fumar un paquete diario (b) Tomar 1 ou 2 cañas/copas cada día (c) Tomar 5 ou 6 cañas/copas fin de semana

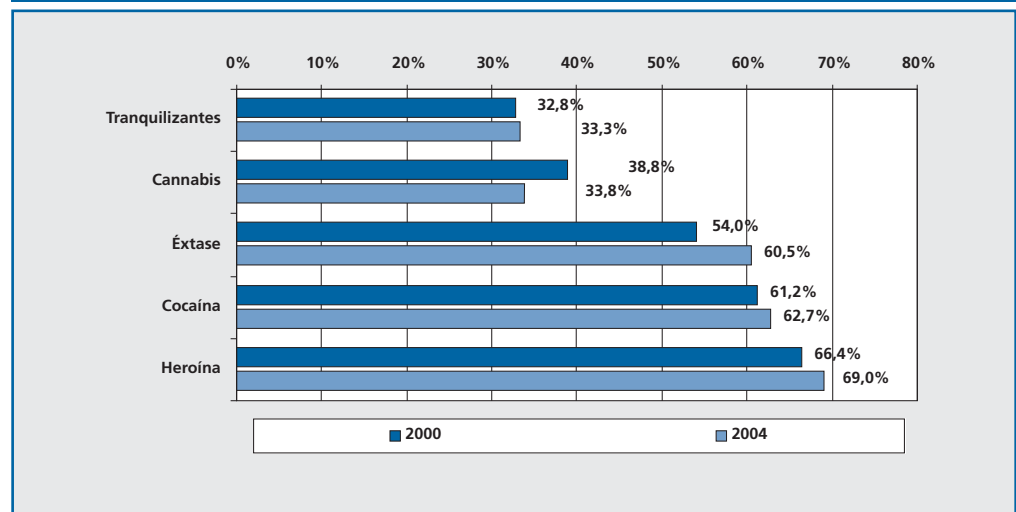
Algunha vez: unha vez ao mes ou menos frecuentemente Habitualmente: 1 vez por semana ou máis frecuentemente

FONTE: Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2004. Delegación do Goberno para o PNSD.

Os consumos habituais de heroína, cocaína e éxtase son as condutas ás que se atribúe un maior risco, mentres que o consumo ocasional de cannabis e tranquilizantes e o habitual de alcohol serían as condutas con menor risco atribuído.

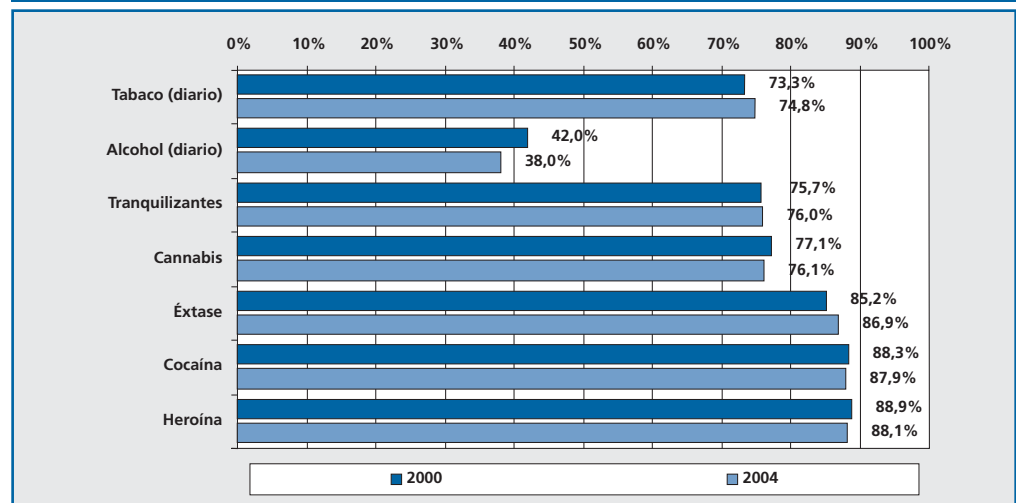
Aínda que o risco asociado ao consumo dalgúñas drogas se sitúa en niveis notablemente baixos, no período 2000/04 incrementouse para os consumos ocasionais de todas as substancias, excepto do cannabis, que permanece estable (figura 1.29). Non ocorre o mesmo cos consumos habituais, cuxo risco percibido descendeu no caso do alcohol, o cannabis, a cocaína e a heroína (figura 1.30).

Figura 1.29.
Evolución do risco asociado ao consumo ocasional (unha vez ao mes ou menos frecuentemente) entre os estudantes de secundaria (%).
España, 2000-2004.



FONTE: Enquisas sobre drogas á poboación escolar 2000 e 2004. Delegación do Goberno para o PNSD.

Figura 1.30.
Evolución do risco asociado ao consumo habitual (unha vez por semana ou máis frecuentemente) entre os estudantes de secundaria (%).
España, 2000-2004.



FONTE: Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2002 e 2004. Delegación do Goberno para o PNSD.

3) Disponibilidade percibida das drogas

A dispoñibilidade das diferentes drogas percibida polos estudantes de secundaria é moi alta, como o confirma a existencia dunhas porcentaxes moi elevadas das que consideran que lles resultaría relativamente fácil ou moi fácil conseguilas. O alcohol (87,7%), o cannabis (64,0%) e os tranquilizantes (un 53,8%) serían as substancias máis accesibles. O éxtase, os inhalables, alucinógenos, speed/anfetaminas e a cocaína conformarían un grupo intermedio en canto ao seu grao de dispoñibilidade, cunhas porcentaxes de dispoñibilidade percibida que oscilan do 39,6% ao 32,7%, mentres que a heroína é considerada como a droga menos accesible, a pesar do cal case un de cada catro escolares (23,7%) afirma que lle sería fácil conseguila.

A dispoñibilidade das drogas percibida polos estudantes aumentou de forma sostida nos últimos anos, en especial no caso do cannabis, substancia cuxo consumo se incrementou de forma intensa entre os adolescentes.

4) Información recibida sobre as drogas, os seus efectos e os problemas asociados

Unha ampla maioría de escolares (88,7%) considérase suficiente ou perfectamente informado sobre as drogas, os seus efectos e problemas asociados ao seu consumo (táboa 1.35). As principais vías polas que reciben información os escolares son, por esta orde, os medios de comunicación (61,6%), pais e irmáns (58,5%), charlas e cursos (53,3%), profesores (49,0%), libros e folletos (45,4%) e os amigos (44,0%).

Táboa 1.35. Valoración dos estudantes de secundaria do nivel de información sobre as drogas, os seus efectos e os problemas asociados ao seu consumo (%).

VALORACIÓN DA INFORMACIÓN RECIBIDA

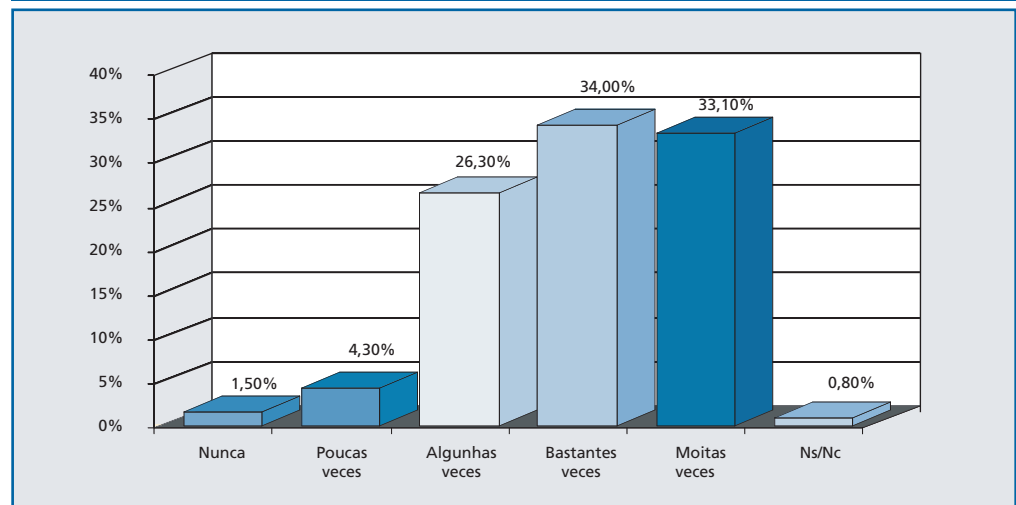
Perfectamente informado	48,4
Suficientemente informado	40,3
Informado a medias	9,8
Mal informado	1,6

FONTE: Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2004. Delegación do Goberno para o PNSD.

A aparente contradición existente entre o alto nivel de información de que din dispoñer os escolares sobre as drogas e os seus efectos e a existencia duns reducidos niveis de risco asociados ao consumo relaciónase, en boa medida, coa calidade e/ou pertinencia das fontes emisoras da información utilizadas habitualmente por estes. De feito, só o 72,5% dos escolares sinala que a información recibida lles é de utilidade. Resulta evidente que algunhas das vías máis utilizadas non son as máis idóneas para abordar o tema, debéndose facer esforzos para mellorar a calidade e a obxectividade da información a transmitir aos adolescentes.

Os resultados do "Informe sobre a xuventude galega 2002" indican que a práctica totalidade dos mozos galegos de 15 a 29 anos (o 97,7%) viron, leron ou oíron algunha mensaxe preventiva sobre o tabaco, o alcohol ou o consumo doutras drogas. Ademais, a maioría dos mozos (67,1%) recibiron estas mensaxes bastantes ou moitas veces (figura 1.31). Estes datos veñen confirmar, ademais, que a información sobre as drogas e os seus efectos, sendo necesaria, non é suficiente para evitar e/ou reducir os consumos de drogas.

Figura 1.31.
Frecuencia das mensaxes preventivas recibidas pola mocidade galega.



FONTE: Informe sobre a Xuventude Galega 2002. Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude.

5) Consumo de drogas no grupo de iguais

A presenza de consumidores de diferentes drogas no grupo de iguais reviste un dobre interese desde a perspectiva da prevención das drogodependencias. Por un lado porque actúa facilitando a accesibilidade ou proximidade ás substancias, e por outro, porque fai que os membros que non consomen drogas reciban maiores presións por parte dos consumidores para que imiten esta conduta, a fin de escenificar a súa integración no grupo a través do mantemento das mesmas condutas.

Os consumos de drogas como o alcohol, o tabaco e, en menor medida do cannabis, están amplamente estendidos nos grupos dos cales forman parte os estudantes de secundaria (táboa 1.36). Máis do 60% dos escolares afirma que todos ou a maioría dos seus amigos ou compañeiros tomaron bebidas alcohólicas e case a metade que fumaron tabaco, mentres que un de cada cinco mantén esa mesma opinión en relación co consumo de cannabis.

Táboa 1.36. Consumo de drogas no grupo de iguais (proporción de estudantes que declaran que todos ou a maioría dos seus amigos ou compañeiros manteñen esas condutas).

CONSUMO DE DROGAS NO GRUPO DE IGUAIS	
Fumaron tabaco	46.4
Tomaron bebidas alcohólicas	62.2
Emborracháronse	25.1
Consumiron cannabis	20.0
Consumiron cocaína	3.6
Consumiron speed/anfetaminas, drogas síntese e alucinóxenos	2,0
Tomaron tranquilizantes ou pastillas para durmir	1.6
Consumiron substancias volátiles	1.4
Consumiron heroína	1.3

FONTE: Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2004. Delegación do Goberno para o PNSD.

6) Consumo de drogas no fogar e actitudes paternas cara a elas

A presenza de consumidores de drogas na familia e as actitudes familiares permisivas respecto a estas substancias son algúns dos factores de risco que máis condicionan as probabilidades de que os fillos consuman drogas. A análise dos hábitos paternos de consumo de alcohol e tabaco, así como das percepcións que os escolares teñen das posicións paternas fronte ás drogas, confirman a súa notable influencia sobre as condutas de uso de drogas dos adolescentes.

O consumo de tabaco e alcohol está moi xeneralizado nos fogares dos escolares. O 57% sinala que algunha das persoas coas que convive (pai, nai, irmáns) fuma e o 20,9% que o seu pai bebe diariamente, porcentaxe que se reduce ao 7,2% no caso da nai (táboa 1.37). Débese destacar que as prevalencias de uso destas substancias son significativamente superiores entre os escolares en cuxos fogares hai algún membro da familia que as consome, dato que confirmaría a negativa influencia que o modelo familiar exerce sobre o consumo de tabaco e alcohol por parte dos fillos.

Táboa 1.37. Frecuencia de consumo de alcohol por parte dos proxenitores (%).

	PAI	NAI
Non bebeu nunca	15,2	33,9%
Bebeu unicamente algún día illado	38,3	39,7%
Bebeu só as fins de semana	14,2	9,4%
Bebeu case todos os días moderadamente	19,5	6,9%
Bebeu todos os días bastante alcohol	1,4	0,3%
Non o sei	11,3	9,8%

FONTE: Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2004. Delegación d o Goberno para o PNSD.

Os escolares perciben nos seus pais unha actitude relativamente permisiva fronte ao consumo de tabaco e alcohol, que se volve máis prohibitiva no caso do cannabis e, en especial, das restantes drogas ilícitas. Só o 15,5% dos estudantes percibe nos seus pais unha actitude de prohibición absoluta de consumir alcohol, porcentaxe que no caso do tabaco chega ao 25,4% e que se incrementa notablemente ata alcanzar o 70,7% no caso do cannabis e 87,8% para as restantes drogas ilícitas.

7) Satisfacción coas relacións familiares

Unha ampla maioría de estudantes, próxima ao 80%, considera que as relacións que manteñen cos seus pais son bastante ou moi buenas, fronte a tan só un 3% que as define como bastante malas ou moi malas.

A pesar deste alto grao de satisfacción dos adolescentes coas relacións familiares, que ilustra a ausencia de conflitos de importancia nas relacións pais-fillos, son os amigos aos que adoitan confiar os estudantes os problemas importantes, a gran distancia das nais e dos pais. Estes datos indicarían a existencia de certo distanciamento paterno respecto dos problemas que os adolescentes consideran importantes para eles, conduta por outra parte típica do desenvolvemento adolescente.

8) Satisfacción persoal

Existen factores de risco pertencentes á esfera do persoal, como a baixa autoestima, o estrés ou a insatisfacción persoal, que teñen un papel relevante á hora de explicar as condutas de uso e abuso de drogas.

Os sentimentos de agonía e tensión, de incapacidade para superar as dificultades ou de perda de autoconfianza están bastante xeneralizados entre os escolares (táboa 1.38): un de cada tres séntese bastante ou moi agoniado e en tensión con certa frecuencia, un de cada catro afirma ter a sensación de non poder superar as súas dificultades bastante ou moi frecuentemente e/ou se declara insatisfeito co actual momento da súa vida e un de cada cinco indica que perdeu bastante ou moito a confianza en si mesmo/a.

Táboa 1.38. Presenza de sentimentos e situacións negativas (proporción de estudantes que declaran ter esas sensacións ou sentimentos con bastante ou moita frecuencia).

Séntense agoniados e en tensión	34,8
Teñen a sensación de non poder superar as súas dificultades	25,8
Senten que perderon a confianza en si mesmos/as	20,3
Séntense insatisfeitos no momento actual das súas vidas	24,4

FONTE: Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2004. Delegación do Goberno para o PNSD.

9) Integración escolar

Varios dos factores de risco relacionados co consumo de drogas están directamente vinculados co medio escolar, tales como o absentismo, o fracaso escolar, a deficiente integración ou as baixas expectativas respecto do sistema educativo.

Existe un nivel intermedio de satisfacción cos estudos. Fronte ao 37,3% de escolares que se declara bastante ou moi insatisfeito coa marcha dos estudos o 29,6% afirma estar moi ou bastante insatisfeito. Débese salientar a existencia dunha porcentaxe próxima ao 30% de alumnos repetidores.

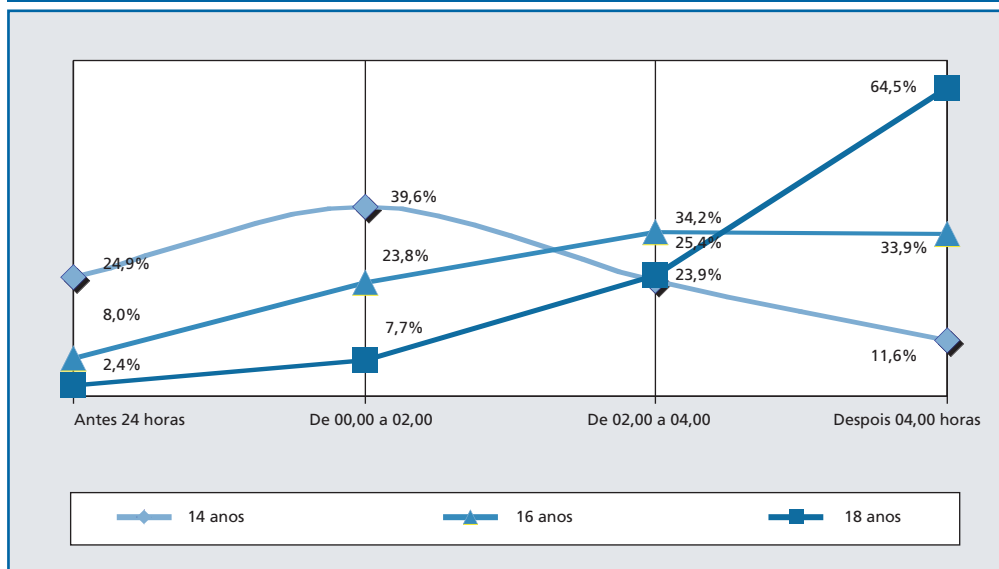
10) Patróns de ocupación do tempo libre

As formas de ocupación do tempo libre aparecen estreitamente relacionadas coas condutas de uso e/ou abuso de drogas. A análise dos patróns de ocupación do tempo de ocio dos escolares apunta a existencia de dúas formas claramente diferenciadas de ocupación del, segundo se trate dos días laborables, onde predominan as actividades de tipo individual realizadas principalmente no fogar (escoitar música, ver televisión, ler, facer deporte, etc.), ou ben aquelas que se realizan nas fins de semana, de carácter social, e que teñen lugar na rúa e espazos públicos, entre as que destacan estar cos amigos, ir a bares e discotecas ou a festas.

As actividades de carácter social desenvolvidas polos adolescentes nas fins de semana son as que revisten un maior interese desde a perspectiva da prevención das drogodependencias, posto que é nestes espazos e tempos onde se produce a maior parte dos consumos de drogas. Obsérvanse algúns hábitos preocupantes en relación coas formas de ocupación do ocio nas fins de semana:

- A pesar do reducido das súas idades, un de cada catro estudantes de secundaria saíron polas noites todas as fins de semana de forma continuada no último ano. A frecuencia destas saídas aumenta a medida que o fai a idade.
- A hora de regreso a casa dilátase enormemente durante as saídas nocturnas das fins de semana: o 88,7% dos escolares regresa a casa máis tarde das 24 horas, o 63,3% faino a partir das 02 horas e o 33,4% despois das 04 horas. A hora de regreso atrásase notablemente a medida que aumenta a idade (figura 1.32).

Figura 1.32.
Hora de regreso á casa na última saída en fin de semana,
segundo a idade.



FONTE: Enquisa sobre drogas á poboación escolar 2004. Delegación do Goberno para o PNSD.

Esta forma de ocio comporta especiais riscos para unha poboación de tan curta idade, posto que a maior parte de alternativas de ocio que teñen os adolescentes e mozos a esas horas pasan pola permanencia en bares, discotecas, festas en casa de amigos ou na rúa facendo botellón ou consumindo outras drogas. Pero ademais, pon en evidencia a ausencia de control e supervisión paterna sobre as actividades que realizan os seus fillos adolescentes. Resulta obvio que a proximidade da oferta de distintas drogas (a estadia en lugares dedicados á venda de alcohol ou en espazos e grupos onde se producen consumos de distintas substancias) incrementa os niveis de risco de uso e abuso de drogas.

A importancia do tempo de ocio desde a óptica da prevención é dobre. Por unha banda, porque é neste contexto onde se rexistran a maior parte das condutas de uso de drogas entre os adolescentes e mozos; por outra, porque o ocio pode ser utilizado como un espazo desde o cal promover actividades preventivas, fortalecendo determinados factores de protección.

1.5. Actuacións desenvolvidas no campo da prevención

A posta en marcha en 1996 do Sistema para a Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI), permite sistematizar o conxunto de actividades levadas a cabo en Galicia nos ámbitos da prevención e a incorporación social polo conxunto das institucións públicas e privadas que traballan no campo das drogodependencias. Non obstante, a diversidade das actuacións que se desenvolven no campo da prevención fai que a información dispoñible non sexa uniforme, o que aconsellou a aplicación progresiva do conxunto de instrumentos e indicadores de avaliación previstos no SAPI. Ata o momento puxéronse en marcha os seguintes indicadores de proceso:

- Número de programas de prevención.
- Número de alumnos, profesores e centros en programas preventivos escolares.
- Número de pais/nais en programas de prevención familiar.

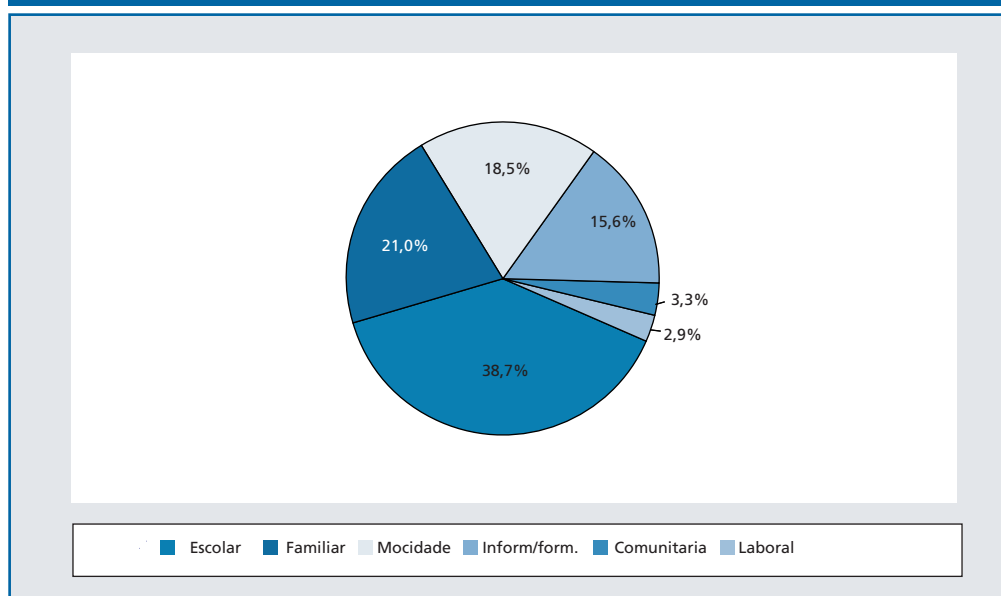
- Número de participantes en actividades de prevención comunitaria.
- Taxa de cobertura de poboación total en Galicia.
- Taxa de cobertura respecto á poboación destinataria das actividades.
- Número e tipo de actividades por ámbito de intervención.
- Número e tipoloxía de profesionais e total de horas de dedicación.
- Orzamento por zona xeográfica, por actividades e ámbitos de intervención.
- Número e tipo de actividades das entidades colaboradoras.

1.5.1. Tipoloxía de programas de prevención desenvolvidos en Galicia

Durante 2004 un total de 125 concellos, o 37% do total dos existentes na Comunidade galega e que aglutinan aproximadamente o 69% da súa poboación, desenvolveron programas de prevención das drogodependencias, un número algo inferior ao rexistrado en 2001 (127 concellos). Ademais, desde hai varios anos funcionan oito plans comunitarios de prevención, que dan cobertura a unha poboación aproximada de 137.000 habitantes, en cuxo contexto se desenvolven diversas actuacións preventivas e de apoio á incorporación social.

Durante o ano 2004 desenvolvéronse en Galicia un total de 243 programas de prevención. Os programas de prevención escolar (38,7%) e familiar (21,0%) son os que contan cun maior nivel de implantación, seguidos dos dirixidos a mozos (18,5%) e os de información/formación (15,6%). Completan a relación os programas de prevención comunitaria (3,3%) e laboral (2,9%), cunha menor implantación (figura 1.33).

Figura 1.33.
Implantación de programas de prevención por ámbitos de actuación. Galicia, 2004.

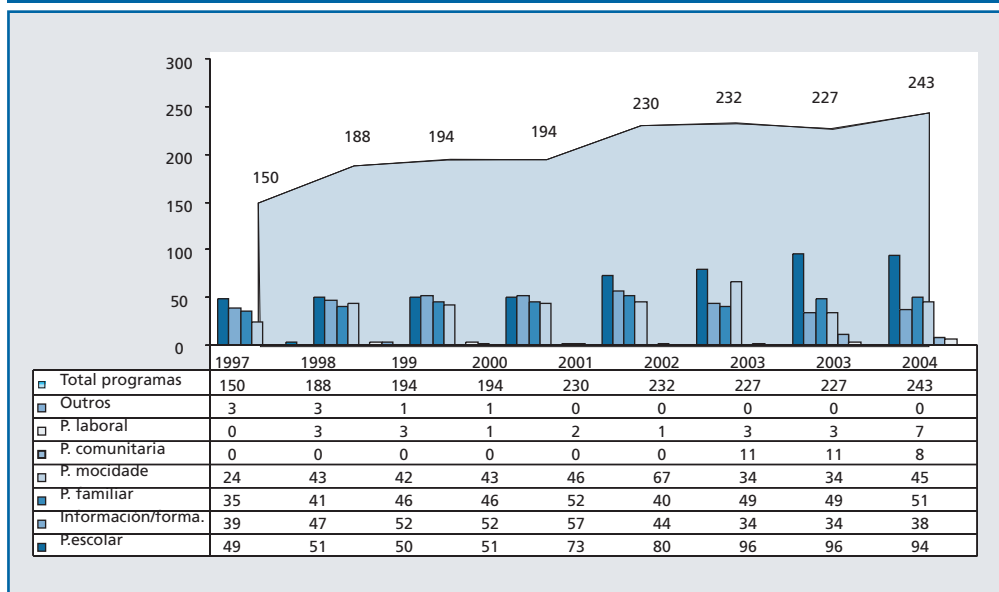


FONTE. Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A evolución observada no número de programas de prevención desenvolvidos no período 1997-2004 confirmaría o seu rápido crecemento, cun incremento global do 51,3%,

tras pasar de 150 a 243, (figura 1.34). Este incremento foi especialmente intenso a partir de 2001, coincidindo coa posta en marcha do Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004, que definiu á prevención como unha das súas áreas prioritarias de intervención.

Figura 1.34.
Evolución dos programas de prevención desenvolvidos en diferentes ámbitos. Galicia, 1997-2004.

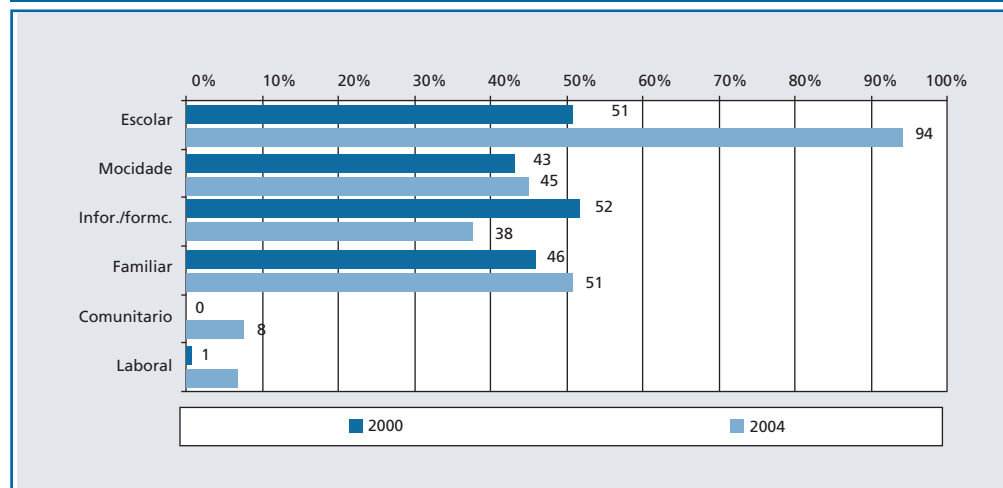


FONTE. Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A evolución a longo prazo (1997-2004) da implementación dos programas de prevención nos diferentes ámbitos de actuación, confirma o reforzamento dos programas escolares, os dirixidos a mozos e os de prevención familiar, cuxo número se vería incrementado no 91,8%, 87,5% e 45,7%, respectivamente. Neste intervalo temporal só os programas de información-sensibilización viron reducido o seu número (-2,6%).

No curto prazo (2000-2004) o número de programas de prevención experimentou un incremento global do 25,3%, aínda que a súa evolución non foi uniforme nos distintos ámbitos de actuación. Fronte ao intensísimo crecemento que rexistraron os programas de prevención escolar (+ 84,3%) e ao máis moderado dos de prevención familiar (+ 10,9%) e os dirixidos a mozos (+ 4,7%), reduciuse o volume dos programas de información/formación (-26,9%). Debe destacarse que, durante este período, se produciu a emerxencia dos programas de prevención comunitaria e laboral, cunha presenza simplemente simbólica ata ese momento, a pesar do cal teñen actualmente uns baixos niveis de implementación (figura 1.35).

Figura 1.35.
Evolución a curto prazo no número programas de prevención,
segundo ámbitos. Galicia, 2000-2004.



FONTE. Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.5.2. Niveis de implantación e cobertura dos programas de prevención

A continuación descríbense os indicadores dispoñibles referidos á implementación e cobertura dos principais programas de prevención que vén impulsando o Plan de Galicia sobre Drogas.

1) Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo

Os centros educativos configúranse como un ámbito prioritario de intervención do PGD en materia de prevención. Os programas encadrados dentro deste ámbito permiten impulsar distintas estratexias que resultan eficaces no fomento de estilos de vida saudables en xeral e en concreto na prevención dos consumos de drogas e os riscos asociados a eles entre os escolares, un colectivo altamente vulnerable e cunhas idades nas cales se adoitan iniciar os consumos de drogas.

O Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo (PPCDE) implantouse no curso 1994-95 co obxectivo de modificar as crenzas e actitudes dos alumnos ante as drogas, así como reducir o seu consumo e a súa intención de consumir no futuro. É un programa que incorpora múltiples compoñentes (estratexias informativas, fomento de valores, adestramento en habilidades sociais e de resistencia, técnicas facilitadoras da toma de decisións ou de control emocional, fomento de actividades de ocio saudables, etc.), que está dirixido a todos os alumnos desde a educación infantil (5 anos) ata a educación post-obratoria (18 anos).

A) Implantación do PPCDE

No curso académico 2004/05 o PPCDE estaba implantado en 684 centros educativos, contando coa participación de 107.305 alumnos e 6.143 profesores (táboa 1.39).

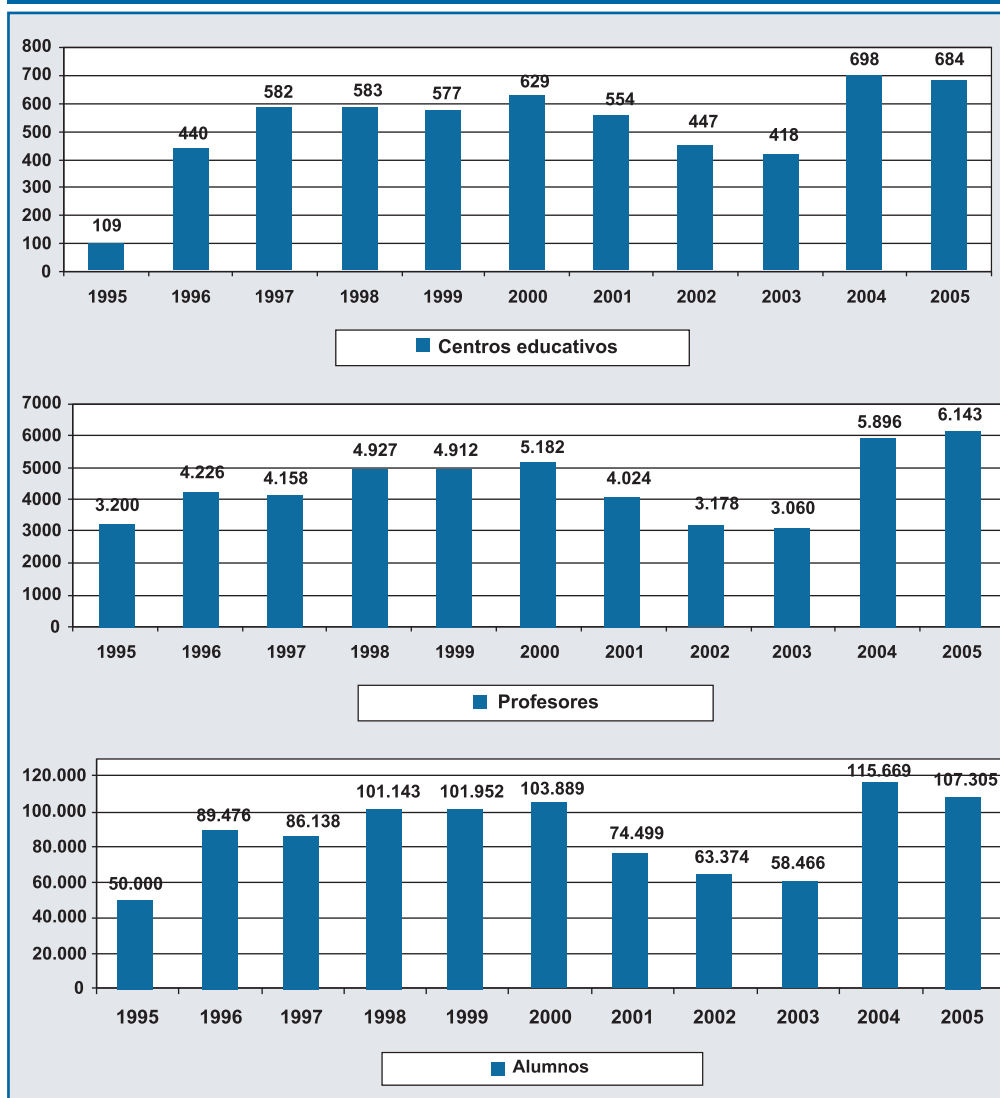
Táboa 1.39. Implantación do PPCDE durante o curso académico 2004/05, por provincias.

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	TOTAL
Centros	267	84	63	270	684
Alumnos	43.045	14.036	6.085	44.139	107.305
Profesores	2.776	858	364	2.145	6.143

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Desde a súa posta en marcha en 1995 a implantación do PPCDE aumentou de forma progresiva ata o curso 1999/2000, momento a partir do cal rexistra un notable descenso debido á revisión dos contidos e materiais do programa dirixidos aos alumnos de secundaria que tivo lugar no curso 2000/01, o que impediu a incorporación de novos centros ao programa. Superada esta reestruturación, o PPCDE rexistrou un incremento notable nos seus niveis de implantación. No período 2001/2005 o número de centros, profesores e alumnos participantes no programa creceron, respectivamente, nun 23,5%, un 52,7% e un 44,0% (figura 1.36).

Figura 1.36.
Evolución da implantación do PPCDE. Galicia, 1995-2005.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

B) Cobertura do PPCDE

O PPCDE ten uns elevados niveis de cobertura sobre o conxunto da comunidade educativa galega, cunhas taxas que no curso académico 2004/05 alcanzaron o 43,7% dos centros escolares existentes en Galicia, o 16,2% dos profesores e o 29,0% dos alumnos (táboa 1.40).

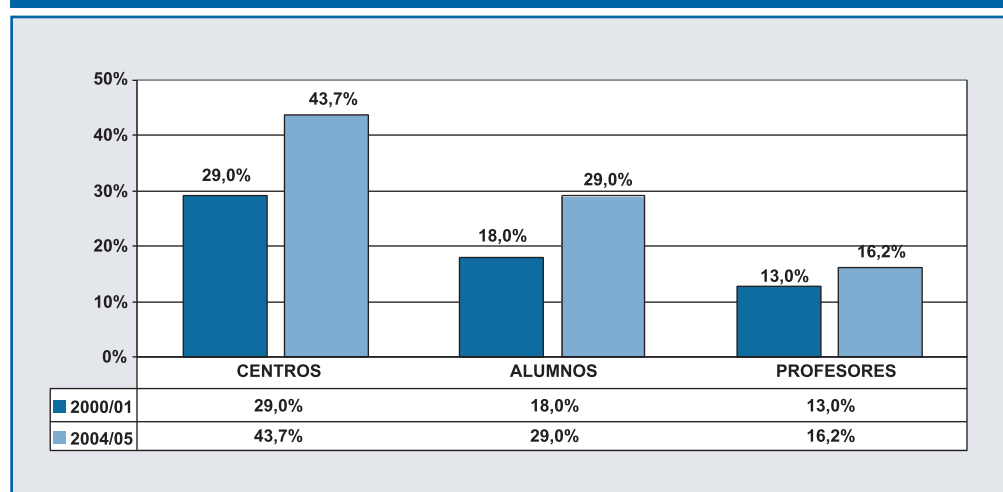
Táboa 1.40. Cobertura do PPCDE sobre o conxunto de centros escolares, profesores e alumnos de Galicia. Curso académico 2004/05.

	Nº CENTROS	Nº PROFESORES	Nº ALUMNOS
Total Galicia	1.566	38.000	370.000
Total PPCDE	684	6.143	107.305
Taxa de cobertura	43,7%	16,2% %	29,0%

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A cobertura do programa entre os cursos académicos 2000/01 e 2004/05 creceu de maneira importante, de forma coherente co forte incremento experimentado nos niveis de implantación do PPCDE. Este incremento na cobertura foi especialmente intenso no caso dos centros docentes e dos alumnos (figura 1.37).

Figura 1.37. Evolución da cobertura do PPCDE. Cursos académicos 2000/01 e 2004/05.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

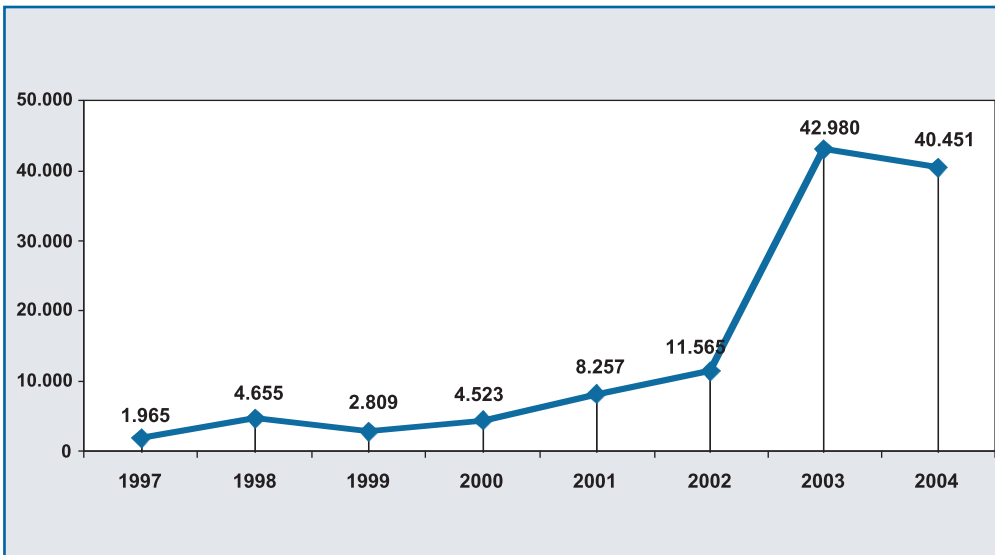
O PPCDE é o programa cunha maior cobertura de todos os programas de prevención escolar desenvolvidos, non só en España, senón no contexto da Unión Europea (OED, 2002).

2) Programa de prevención familiar

O Programa de prevención familiar desenvólvese a través de escolas de pais/nais e de sesións informativo-formativas con aqueles pais/nais que non poden, ou non precisan, asistir de maneira continuada a elas. O número de pais e nais beneficiarios do programa situouse en 2004 en 43.081, dos que 2.630 participaron nalgunha das 76 escolas de pais/nais postas en marcha e os restantes 40.451 en actividades informativo-formativas complementarias.

No período 2000-2004 o número de pais/nais participantes no Programa de prevención familiar multiplicouse aproximadamente por dez, como resultado do espectacular incremento rexistrado a partir de 2003 (figura 1.38). A pesar deste incremento, a cobertura deste programa sobre o universo de potenciais beneficiarios (familias con fillos menores de idade) continúa sendo moi reducida.

Figura 1.38.
Participantes no Programa de prevención familiar.
Galicia, 1997/2004.



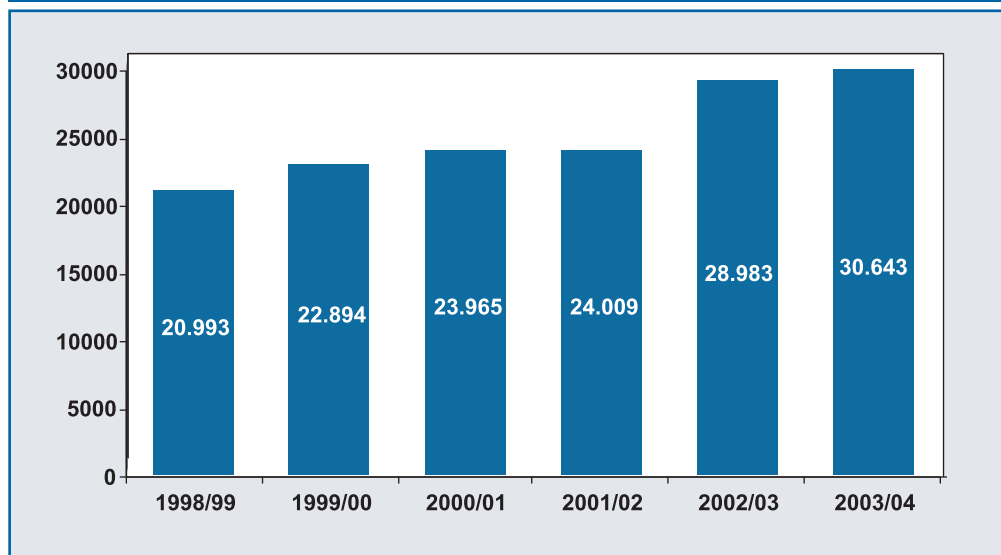
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

3) Programa de prevención de drogodependencias "Cinensino"

No curso académico 1998/99 púxose en marcha o Programa de educación en valores e prevención do consumo de drogas "Cinensino", que utiliza o cine como elemento motivador. Este programa está dirixido a alumnos de 5º e 6º de primaria e de 1º e 2º de secundaria (de entre 10 e 14 anos) e ten como obxectivo reducir certos factores de risco (baixa autoestima, permisividade paterna fronte ao consumo de drogas, contacto temperán co alcohol e o tabaco, etc.) e fortalecer determinados factores de protección.

Durante o curso escolar 2003/04 participaron no programa 238 centros escolares, 848 profesores e 30.643 alumnos. no período 2000/01 a 2003/04 o número de alumnos beneficiarios do programa aumentou nun 27,9% (figura 1.39).

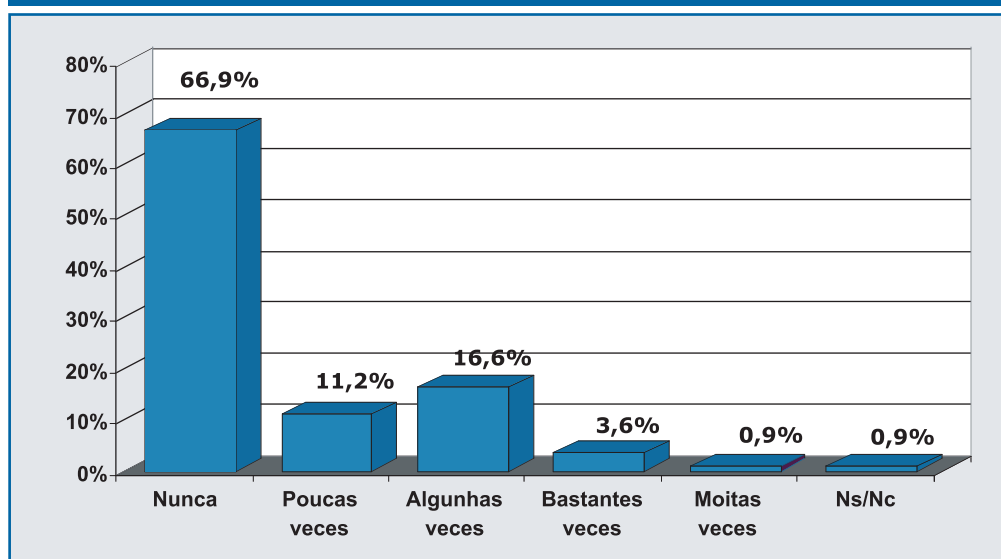
Figura 1.39.
Alumnos participantes Programa de prevención de drogodependencias "Cinensino". Galicia, 1998/99-2003/4



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Finalmente, destacar que os resultados do Informe sobre a xuventude galega 2002, realizado pola Consellería de Familia, e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude sinala que 32,3% dos mozos galegos de 15 a 29 anos afirma que participou nalgunha actividade preventiva sobre o consumo de tabaco, alcohol ou outras drogas, na maior parte dos casos cunha frecuencia media-baixa (figura 1.40). Debe recordarse que este mesmo informe poñía de manifesto que o 97,7% destes mesmos mozos viron, leron ou oíron algunha mensaxe preventiva relativa ao consumo de tabaco, alcohol ou outras drogas.

Figura 1.40.
Participación dos mozos galegos en actividades preventivas. Galicia, 2002.



FONTE: Enquisa xuventude galega 2002. Consellería de Familia, e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude.

1.6. Actuacións desenvolvidas no campo do tratamento das drogodependencias

En 1994 o Plan de Galicia sobre Drogas promoveu a implantación en todos os centros ambulatorios da súa rede especializada de atención ás drogodependencias dun Sistema de Avaliación Asistencial (SAA). Este Sistema, que ten como obxectivo avaliar a eficacia, efectividade e eficiencia dos programas asistenciais, facilita información continuada sobre os pacientes atendidos e o proceso terapéutico que se lles dispensa. O SAA proporciona información, entre outros, sobre os seguintes indicadores:

- Admisións a tratamento (número anual de casos que inician tratamento ambulatorio por problemas de abuso/dependencia ás distintas drogas nos centros da rede asistencial).
- Volume asistencial (número anual de suxeitos distintos que son tratados por problemas de dependencia nos centros da Rede).
- Indicador de permanencia (número de días que os pacientes están nun programa asistencial).
- Indicador do motivo da saída dun programa/centro (define a causa e data de saída do programa).
- Indicador de asistencia (número de días que o paciente acode a tratamento).
- Índice de asistencia (número de días con actividade respecto do número de días que o paciente permanece nun programa).
- Indicador de actividade (número de intervencións realizadas sobre os pacientes).
- Índice de actividade (número de intervencións recibidas respecto do número de días que o suxeito permanece no tratamento).
- Indicador de carga asistencial (número de pacientes atendidos ou de intervencións realizadas en función da tipoloxía dos profesionais).

A continuación descríbense os principais resultados achegados polo SAA, referidos ao período 2001-2004, desagregados en función da oferta asistencial posta á disposición dos pacientes incorporados á Rede Asistencial do PGD. A análise da oferta terapéutica en modalidade ambulatoria céntrase nos tres principais tipos de programas: Programa de tratamento libre de drogas (PTLD), Programa de tratamento con antagonistas opiáceos (PTANO) e Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO).

Antes é preciso destacar que durante o período 2001-2004 a Rede Asistencial do PGD viu reforzados os seus recursos e dispositivos asistenciais (táboa 1.41).

Táboa 1.41. Evolución dos recursos asistenciais e humanos do PGD, 2001-2004.

RECURSOS ASISTENCIAIS				
	2001	2002	2003	2004
Unidades asistenciais de drogodependencias (UAD)	19	17	17	17
Dispensarios	2	3	3	3
Centros de saúde	46	117	119	119
Unidades móbiles	1	1	1	1
UAD- Centros penitenciarios	5	5	5	5
Unidades de día (UD)	10	10	10	10
Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH)	5	5	5	5
Comunidades terapéuticas	3	3	3	3
TOTAL DISPOSITIVOS ASISTENCIAIS	91	163	163	163

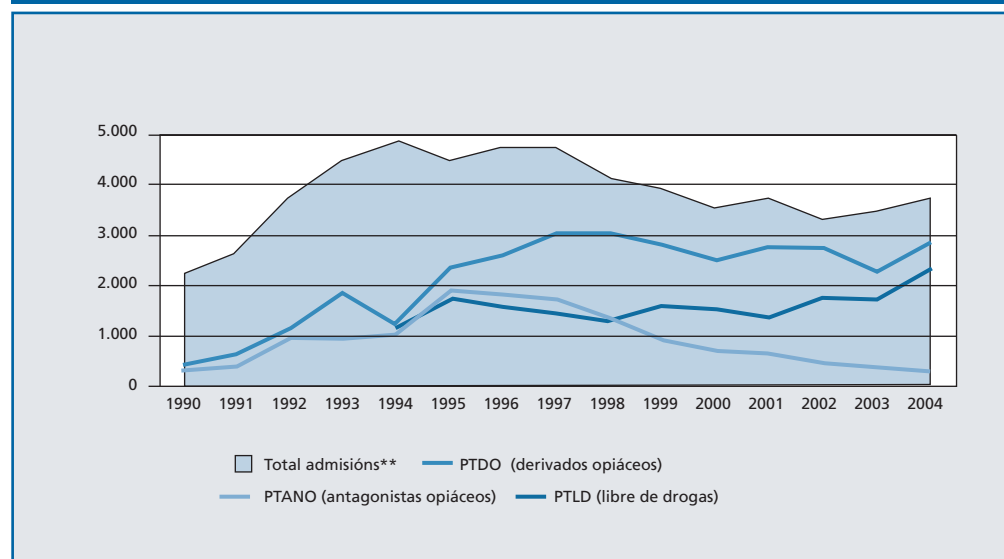
RECURSOS HUMANOS

	2001	2002	2003	2004
Persoal facultativo	78	84	82	84
Persoal sanitario non facultativo	36	46	46	51
Persoal non sanitario (*)	55	61	64	66
TOTAL PERSOAL	169	191	192	201

1.6.1. Evolución das admisións a tratamento

Tras un intenso crecemento rexistrado ao comezo dos anos noventa e o seu posterior retroceso a partir de 1998, as admisións a tratamento estabilizáronse nos últimos anos. De feito, as admisións a tratamento nos centros extrapenitenciarios integrados na Rede Asistencial do Plan de Galicia sobre Drogas, mantivéronse estables durante o período 2001-2004 (figura 1.41).

Figura 1.41.
Evolución das admisións a tratamento nos centros asistenciais do PGD. Galicia, 1990-2004.



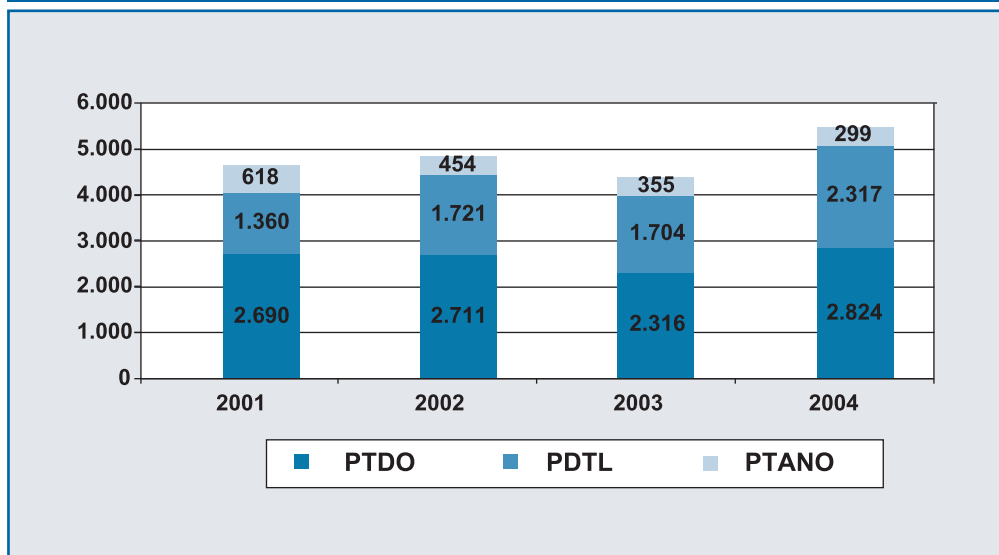
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Droga

A evolución das admisións a tratamento no período 2001-2004 difire notablemente segundo o tipo de programa, de modo que mentres sufriron un descenso do 51,6% nos PTANO, creceron un 70,4% e un 5,0%, respectivamente, nos PTLD e os PTDO (figura 1.42).

(*) Non se inclúen monitores/educadores

** A suma de admisións nos tres programas supera o total de admisións porque algúns suxeitos son admitidos en dous ou máis programas durante o ano.

Figura 1.42.
Admisións a tratamento, segundo o programa. Galicia, 2001-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Esta evolución nas admisións a tratamento garda relación cunha dobre dinámica que se rexistra nos servizos asistenciais do PGD e nos do resto de España. Por un lado, estaríase producindo certa saturación das admisións a tratamento por abuso e/ou dependencia da heroína, froito da escasa incorporación de novos consumidores e da crecente cobertura asistencial dos suxeitos que levan anos consumindo estas substancias. Por outro, estanse incrementando progresivamente as demandas de tratamento derivadas do abuso a outras drogas diferentes aos opiáceos.

Un recente estudo levado a cabo en Galicia, sobre o grao de cobertura das necesidades asistenciais en drogodependencias, pon de manifesto unha adecuada resposta do modelo asistencial implantado para dar resposta aos problemas relacionados coa dependencia a opiáceos, pero máis insatisfactoria no caso da dependencia aos psicoestimulantes e moi deficitaria no caso das drogas legais (principalmente no caso do alcoholismo, xa que non se dispoñía de datos concluíntes en materia de asistencia ao tabaquismo).

Estudo de cobertura de necesidades. Galicia 2005	
Tipo de consumo	% poboación atendida (VAD + UTA)
• Dependencia a opiáceos	+ 100%
• Dependencia cocaína	50%
• Dependencia cannabis	50%
• Consumo habitual D. Síntese	5%
• Bebedores abusivos	2%
• Bebedores gran risco	10%

Aínda que o proceso de incorporación de novas poboacións de pacientes non consumidores de opiáceos aos centros de tratamento é aínda un proceso non demasiado intenso, o mesmo parece ter comezado a compensar os descenso nas admisións provocadas polo abuso de heroína. Isto explicaría o porqué, tras os descenso no número de admisións observados nos últimos, a partir de 2003 terían comezado a repuntar as admisións a tratamento por consumo de substancias psicoactivas.

Os cambios no tipo de drogas que motivan as admisións a tratamento afectan tamén o tipo de resposta que ofrecen os servizos asistenciais e explicarían, en gran medida, o notable incremento que a partir de 2002 rexistraron as admisións nos PTLD.

Do total de 3.679 admisións a tratamento rexistradas en 2004 nos servizos extrapenitenciarios da Rede Asistencial do PGD a maior parte delas fórono por consumo de heroína (52,2%) e cocaína (22,9%) como drogas principais de abuso. O peso de substancias como o alcohol (8,1%), o cannabis (7,4%) ou o tabaco (2,9%) nas demandas asistenciais segue sendo moi escaso (táboa 1.42).

Táboa 1.42. Droga principal responsable das admisións a tratamento. Galicia, 2004.

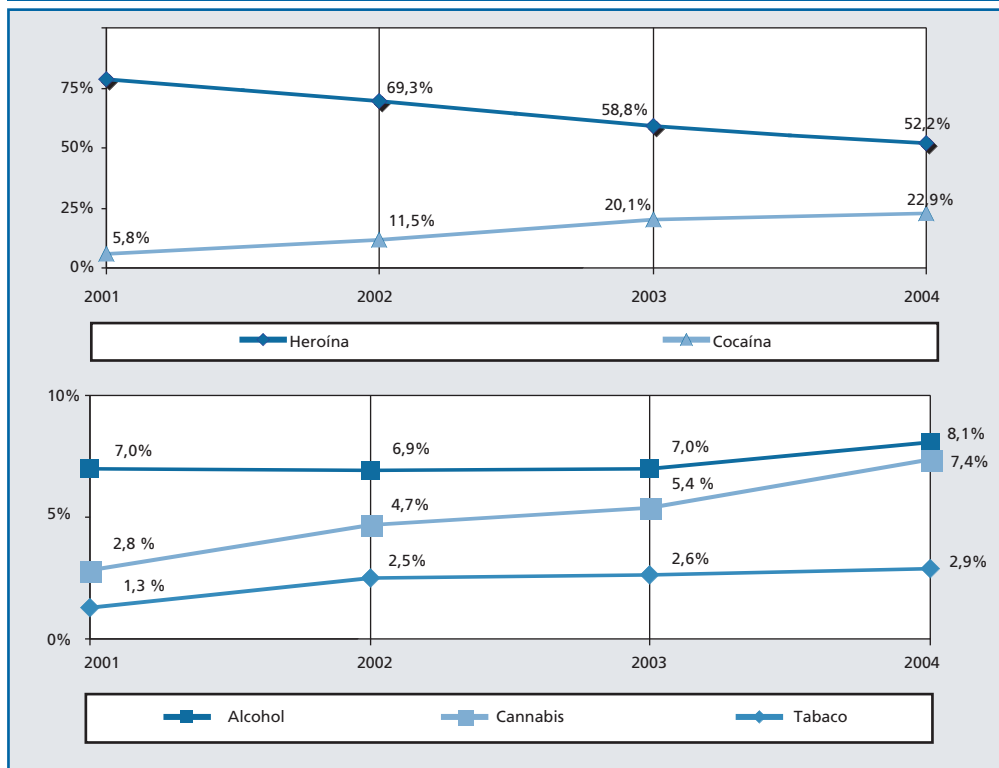
	TOTAL ADMISIÓNS		SEN TRATAMENTO PREVIO		CON TRATAMENTO PREVIO	
	Número	%	Número	%	Número	%
Heroína	1.920	52,2	333	24,4	1.585	68,8
Cocaína	842	22,9	506	37,0	332	14,4
Heroína + cocaína	96	2,6	18	1,3	77	3,3
Alcohol	299	8,1	144	10,5	155	6,7
Cannabis	272	7,4	230	16,8	42	1,8
Tabaco	105	2,9	87	6,4	18	0,8
Metadona	50	1,4	4	0,3	45	2,0
Outras	95	2,5	45	3,3	50	2,2
TOTAL (*)	3.679	100	1.367	100	2.304	100

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Aínda que o consumo de heroína segue acaparando a maior parte das admisións a tratamento, nos últimos anos producíronse variacións notables no peso que as diferentes substancias teñen nelas. No período 2001/2004 produciuse un descenso de 26,4 puntos porcentuais nas admisións a tratamento atribuídas ao consumo de heroína como droga principal, mentres que a porcentaxe das admisións provocadas por abuso e/ou dependencia da cocaína practicamente se cuadruplicaron nese intervalo (figura 1.43).

(*) A suma de admisións con e sen tratamento previo non coincide co total porque en oito casos esta variable é descoñecida.

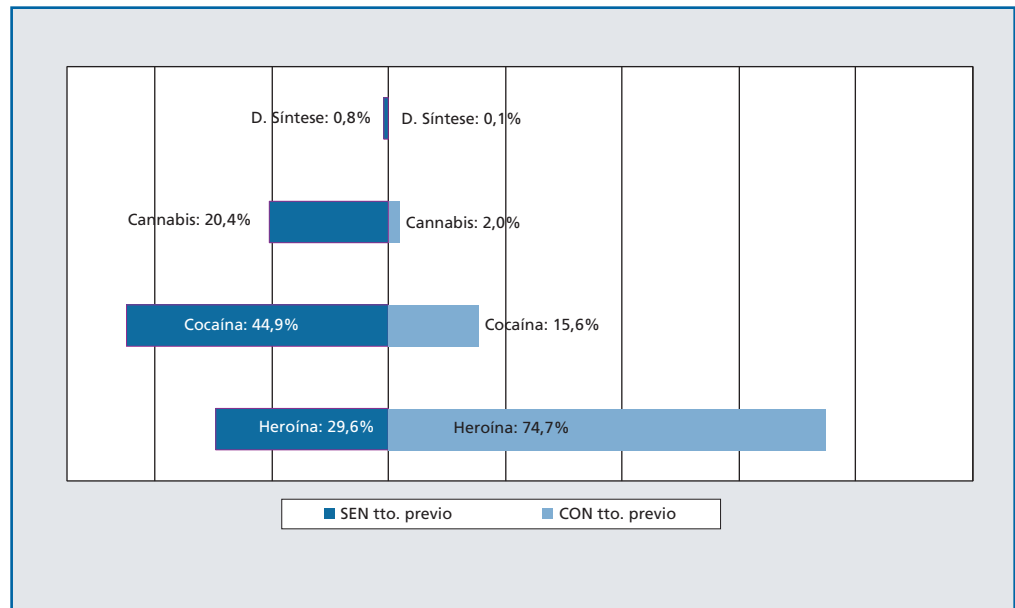
Figura 1.43.
Evolución do peso das distintas drogas nas admisións a tratamento. Galicia, 2001-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Se se consideran exclusivamente as admisións a tratamento por abuso e/ou dependencia a substancias psicoactivas diferentes do alcohol ou do tabaco compróbase con máis nitidez como a existencia ou non de tratamentos previos condiciona de maneira notable o peso das diferentes drogas sobre as admisións a tratamento. De feito, entre os casos que non realizaron tratamentos previos, a cocaína é a principal droga de abuso (provoca o 44,9% das admisións a tratamento), por diante da heroína (29,6%) e o cannabis (20,4%). Polo contrario, entre os casos previamente tratados a heroína motiva case tres de cada catro (74,7%) admisións rexistradas (figura 1.44).

Figura 1.44.
Droga que motiva o inicio do tratamento, segundo a existencia ou non de tratamentos previos (%). Base: admisións a tratamento por drogas ilícitas. Galicia, 2004.

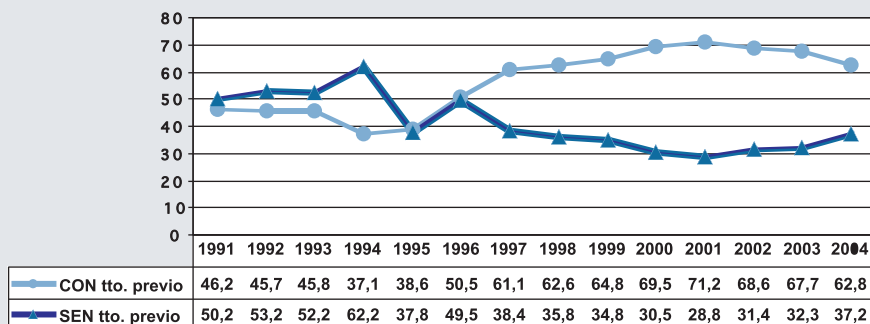


FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Debe destacarse o feito de que a redución das admisións a tratamento que se veu producindo nos últimos catro anos, se compatibiliza co incremento experimentado no número de persoas atendidas nos centros asistenciais do PGD. A explicación a estas tendencias contrastadas na evolución das admisións a tratamento (de signo descendente) e do volume asistencial (lixeramente ascendente) encóntrase nas variacións que se produciron durante a década dos noventa nos servizos ofertados á poboación drogodependente. O importantísimo nivel de desenvolvemento alcanzado polos PTDO nos últimos anos contribuíu á fidelización ou estabilización no tratamento dos consumidores de opiáceos, evitando en gran medida a súa rotación polos diferentes centros asistenciais.

Desde a posta en marcha dos primeiros servizos asistenciais do PGD ata 1994 a maioría das admisións a tratamento correspondíanse con casos que accedían por primeira vez aos centros de tratamento, unha situación que se inverte a partir de 1995, data en que pasan a ser maioritarias as admisións de pacientes previamente tratados. A hexemonía dos casos con tratamentos previos é evidente se se ten en conta que do total de admisións rexistradas en 2004 o 62,8% se corresponden con este tipo de pacientes. Convén sinalar, non obstante, que no ano 2002 se reduciu por primeira vez a proporción de casos previamente tratados, circunstancia que se mantivo durante 2004, dato que explicaría o repuntamento xeral observado no número das admisións nese ano e no volume de casos tratados na Rede Asistencial do PGD, que captou un maior número de novos pacientes (figura 1.45).

Figura 1.45.
Evolución pacientes admitidos a tratamiento, segundo realización
ou non de tratamentos previos (%). Galicia, 1991-2004.



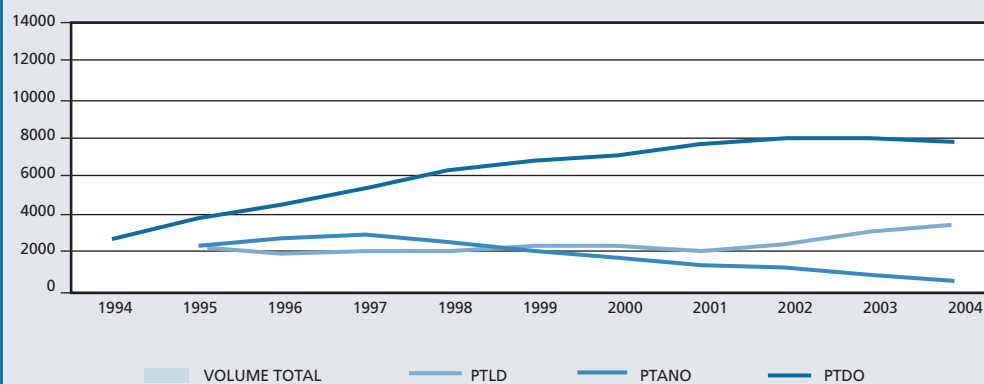
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.6.2. Evolución dos pacientes atendidos (volumen asistencial)

A) Pacientes atendidos en centros extrapenitenciarios

En 2004, o mesmo que en anos precedentes, continuou o ciclo ascendente que se vén observando no volume de pacientes atendidos nos centros extrapenitenciarios da Rede Asistencial do PGD, lográndose, con 12.109 pacientes tratados, un novo máximo histórico. No período 2001/2004 o volume asistencial incrementouse nun 2,5%, manténdose a tendencia ascendente que se vén rexistrando desde 1996 (figura 1.46). Convén salientar o feito de que o aumento no número de pacientes atendidos se mantivo, mesmo, nos períodos en que se reduciron os fluxos de entradas, fenómeno que estaría relacionado co incremento dos niveis de permanencia no tratamento alcanzado nos diferentes programas ofertados polo PGD, en particular nos PTDO.

Figura 1.46.
Evolución dos pacientes atendidos nos servizos extrapenitenciarios do
PGD, 1994-2004.

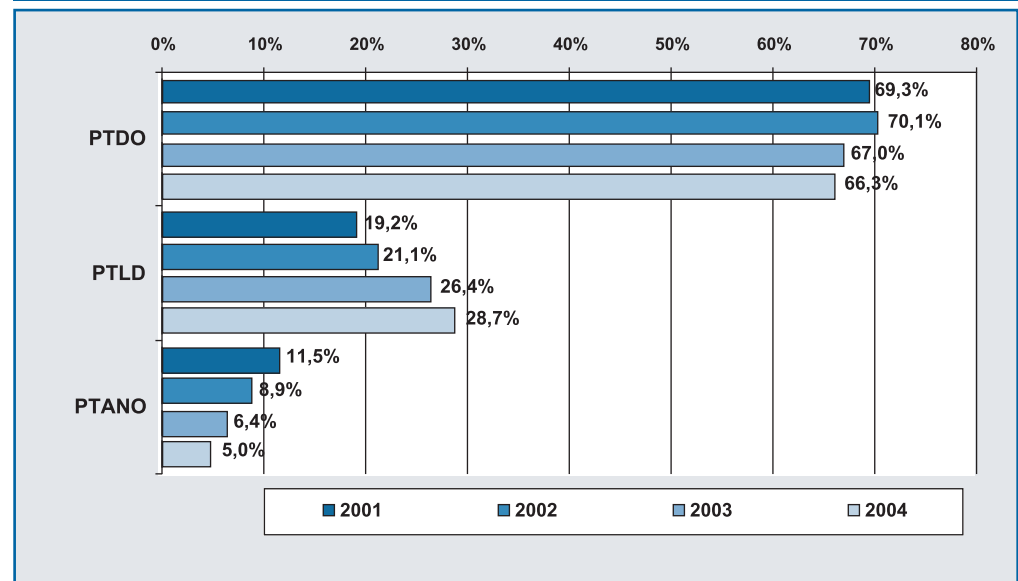


FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Os PTDO configúranse como a máis importante modalidade de tratamento da Rede Asistencial do PGD, a pesar de que nos dous últimos anos se reduciu o número de pacientes atendidos neste tipo de programas. En 2004 o 66,3% dos pacientes atendidos nos centros extrapenitenciarios de Galicia fórono en PTDO, unha porcentaxe algo menor á rexistrada en 2001 (69,3%). Ségueno en importancia os PTLT, que en 2004 brindaron asistencia ao 28,7% dos pacientes tratados e que viron reforzado notablemente o seu peso con respecto a 2001 (19,2%). O reforzamento do volume asistencial que experimentaron nos últimos anos os PTDL contrasta co descenso dos PTANO, que en 2004 atendían tan só o 5,0% dos pacientes. Este descenso é congruente coa redución experimentada nas admisións por heroína (figura 1.47).

Esta evolución do indicador volume asistencial confirmaría, unha vez máis, a posibilidade de coexistencia entre os programas de tratamento con derivados opiáceos e os libres de drogas, dado que a rápida expansión dos primeiros non supuxo o transvasamento masivo de pacientes desde os PTLT, senón máis ben a incorporación de persoas a tratamento que ata entón estaban á marxe dos circuitos asistenciais, así como a mellora da adherencia ao tratamento de gran parte dos consumidores de opiáceos.

Figura 1.47.
Peso dos diferentes programas asistenciais (%). Galicia, 2001-2004.

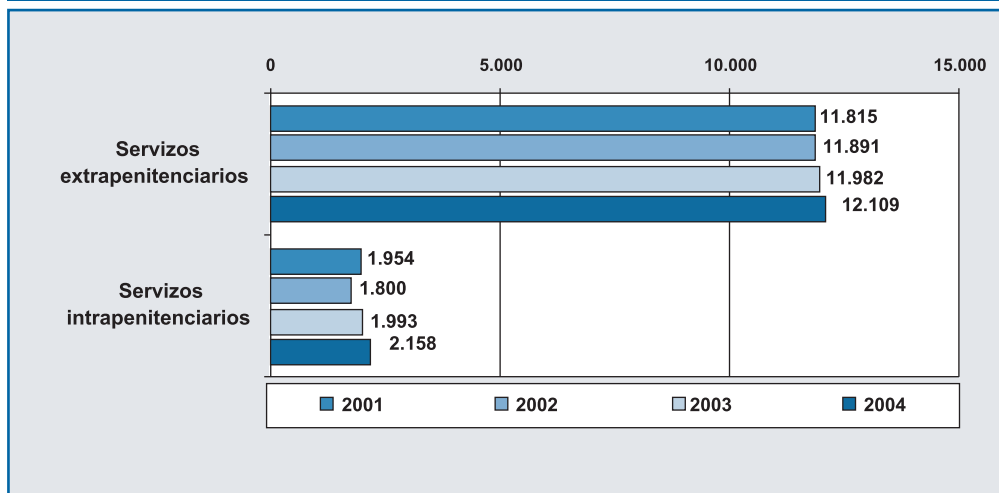


FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

B) Pacientes atendidos en centros penitenciarios

O mesmo que nos servizos asistenciais extrapenitenciarios do PGD, tamén se incrementou o número de pacientes internos nas prisións galegas que reciben atención por problemas de abuso e/ou dependencia a drogas. No período 2001/2004 o número de reclusos drogodependentes atendidos nos servizos asistenciais intrapenitenciarios creceu nun 10,4%, ata alcanzar, con 2.158 pacientes, o seu máximo nivel histórico. Este incremento no volume asistencial foi máis intenso que o rexistrado nos servizos extrapenitenciarios, que se situou para o mesmo período no 2,5% (figura 1.48).

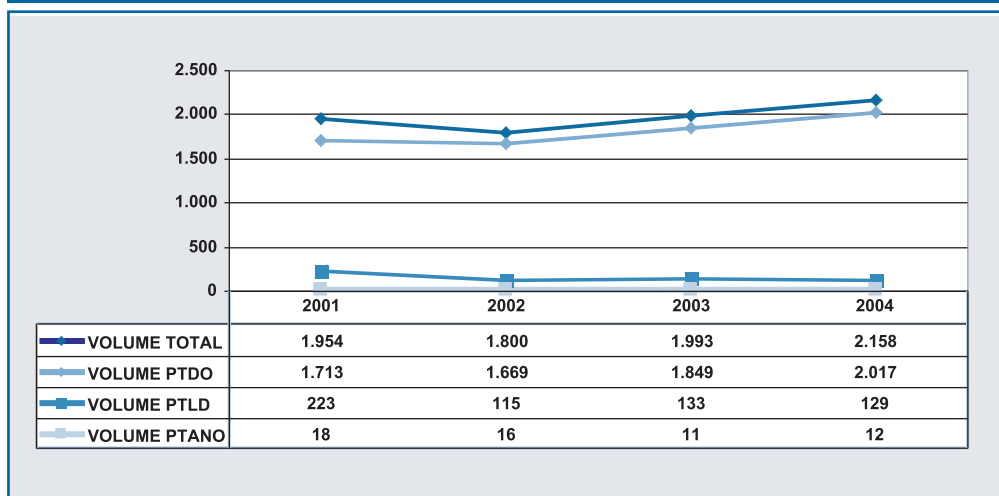
Figura 1.48.
Evolución do volume asistencial en programas intrapenitenciarios e extrapenitenciarios. Galicia, 2001-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Os programas de tratamento con derivados opiáceos monopolizan practicamente a oferta terapéutica dos servizos asistenciais intrapenitenciarios, concentrando, en 2004, o 93,5% dos pacientes atendidos. A hexemonía dos PTDO na atención da poboación reclusa drogodependente está directamente relacionada co perfil desta última, cunha deterioración social e sanitaria superior á dos usuarios dos servizos extrapenitenciarios, e co feito de que os problemas de abuso/dependencia aos opiáceos sexan máis prevalentes. Estas circunstancias explican que os PTDO seguisen incrementando o seu peso relativo no volume asistencial dos servizos intrapenitenciarios, a diferenza do que ocorre nos servizos extrapenitenciarios (figura 1.49).

Figura 1.49.
Evolución do volume asistencial nos servizos intrapenitenciarios, segundo o tipo de programas. Galicia, 2001-2004.



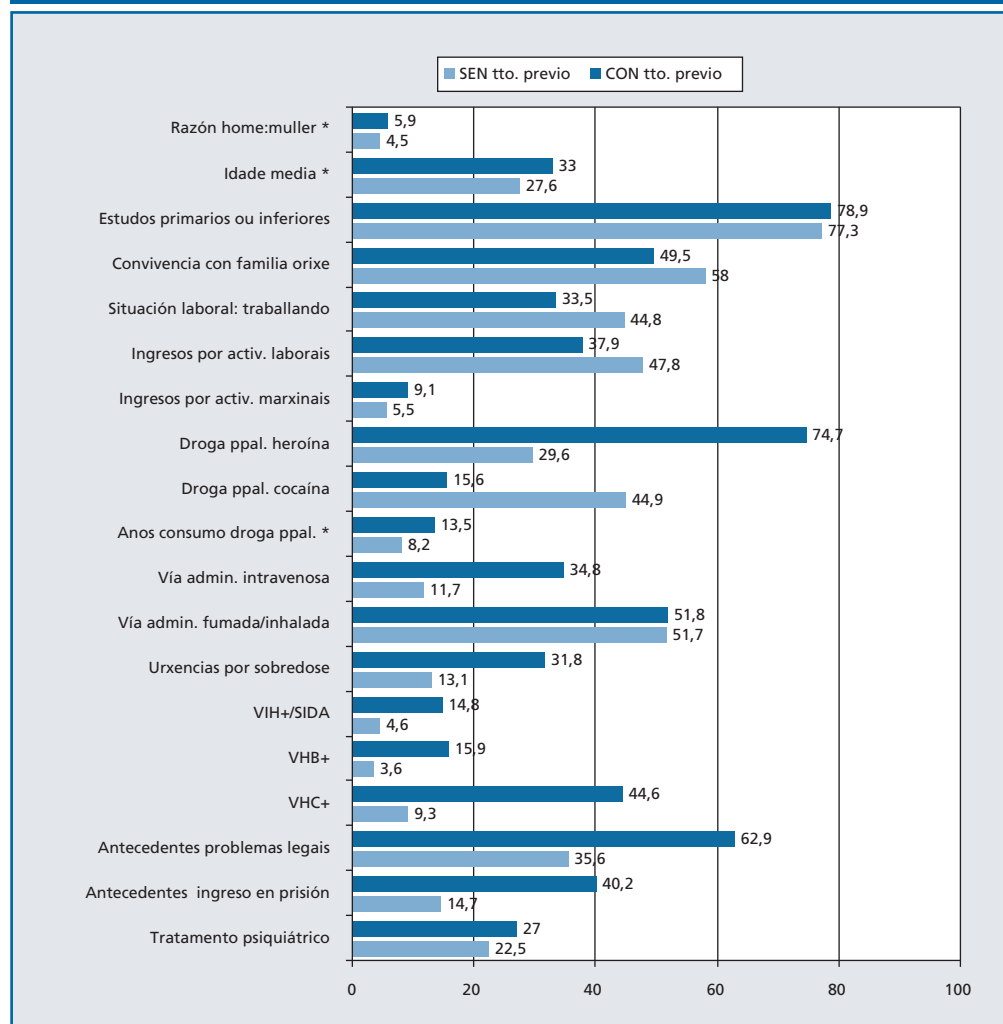
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.6.3. Perfil dos usuarios da rede asistencial

a) Perfil xeral dos pacientes admitidos a tratamento

Existen diferenzas substanciais nos perfís das persoas admitidas a tratamento, segundo se trate de pacientes que realizaron ou non tratamentos previos. Entre estas destaca o feito de que os pacientes que acceden por primeira vez son máis novos, manteñen maiores niveis de integración familiar, levan consumindo un menor período de tempo a droga principal, utilizan de maneira minoritaria a vía intravenosa, presentan menores prevalencias de enfermidades infecciosas (VIH/SIDA, VHB e VHC), de urxencias hospitalarias por sobredose e estiveron ingresados en prisión cunha menor frecuencia (figura 1.50).

Figura 1.50.
Perfil dos pacientes admitidos a tratamento na Rede Asistencial do PGD, segundo a existencia ou non de tratamentos previos. Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

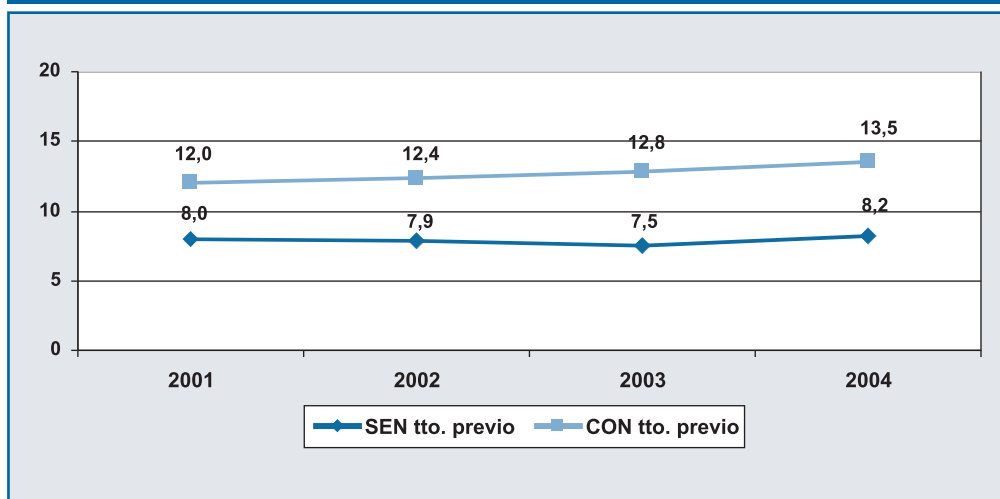
A idade media de inicio ao consumo da droga principal situouse no ano 2004, para o conxunto dos usuarios admitidos a tratamento nos centros do PGD, en 19,2 anos, sen que existan diferenzas en función de que se tratase de pacientes que realizan ou non trata-

(*) Cifras en %, salvo razón home/muller, idade media e anos de consumo da droga principal.

mentos previos. Pola súa parte, a antigüidade media no consumo da droga principal entre os casos admitidos por primeira vez a tratamento situouse en 2004 en 8,2 anos, que sería o tempo que, como termo medio, tardan os pacientes en acudir a tratamento desde que se iniciaron no consumo da droga principal. Nos pacientes previamente tratados, o termo medio de anos de consumo da droga principal elévase ata os 13,5 anos.

Durante o período 2001/2004, obsérvase que aqueles pacientes que estiveron a tratamento con anterioridade son os que presentan unha maior antigüidade no consumo da droga principal (figura 1.51). A medida que pasa o tempo, aumenta a diferenza en antigüidade entre os que estiveron a tratamento previamente e os que non.

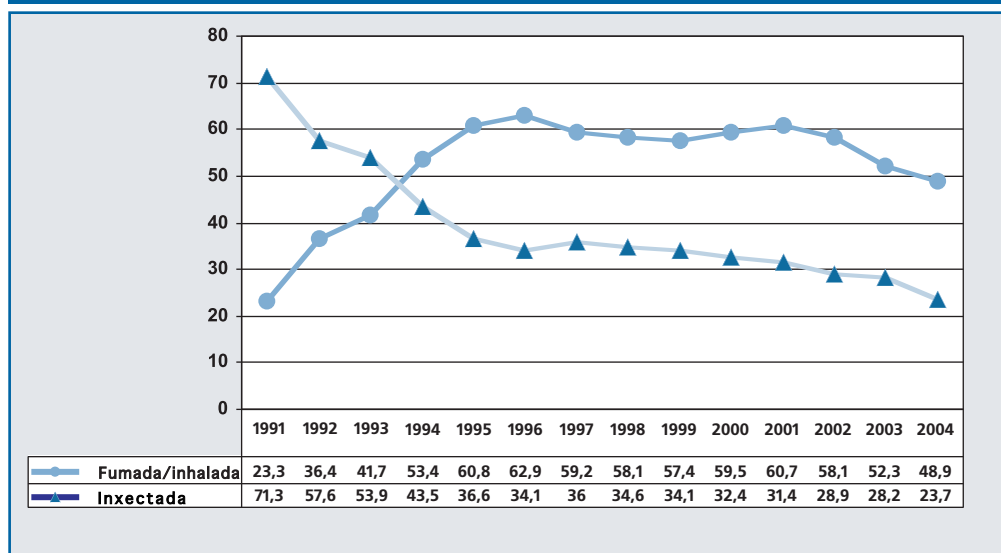
Figura 1.51.
Antigüidade media no consumo da droga principal, segundo a existencia ou non de tratamentos previos (anos). Galicia, 2001-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A vía de administración das substancias consumidas é unha variable relevante do perfil da poboación que accede aos servizos asistenciais, polo seu impacto na saúde dos consumidores. As políticas orientadas á redución de danos, implementadas desde comezos dos anos noventa para facer fronte ás elevadísimas prevalencias da infección por VIH/SIDA entre a poboación drogodependente, contribuíron ao progresivo abandono das vías de administración máis perigosas. Deste modo, desde 1994 a intravenosa deixou de ser a principal vía de administración entre as persoas admitidas a tratamento nos servizos do PGD, en favor da vía fumada. No período 2001-2004 mantívose a tendencia ao abandono progresivo da vía intravenosa como modo de administración da droga principal, pasando de ser utilizada polo 31,4% dos pacientes en 2001 ao 23,7% en 2004 (figura 1.52).

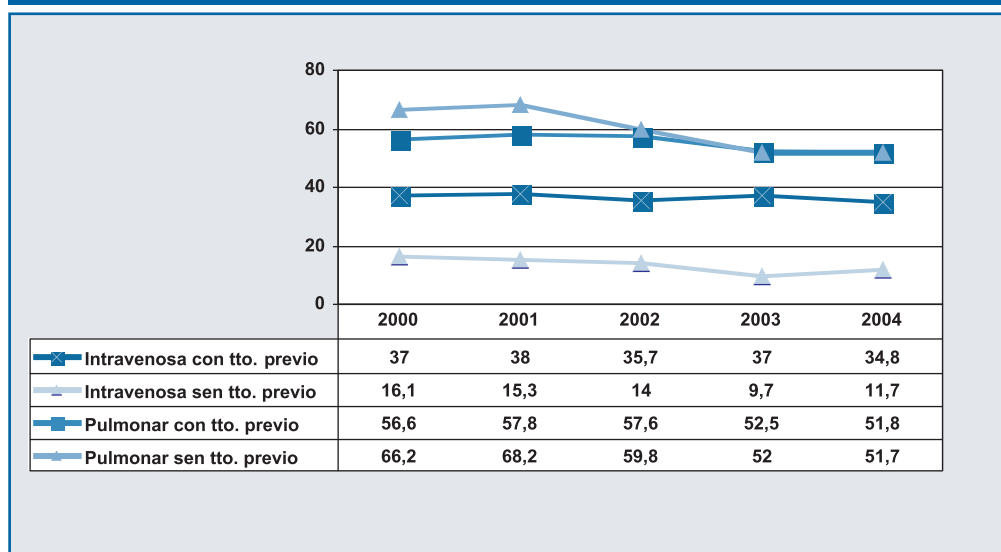
Figura 1.52.
Evolución na vía de administración da droga principal entre os pacientes admitidos a tratamento na Rede Asistencial do PGD (%). Galicia, 1991-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Este proceso de abandono da vía intravenosa é especialmente perceptible entre os pacientes admitidos por primeira vez a tratamento, entre os que alcanza unha prevalencia do 11,7% en 2004. Esta evolución viuse favorecida polo feito de que entre os casos admitidos a tratamento que non foron previamente tratados é cada vez maior o peso doutras drogas distintas aos opiáceos, consumidas tradicionalmente por vías alternativas á intravenosa (figura 1.53).

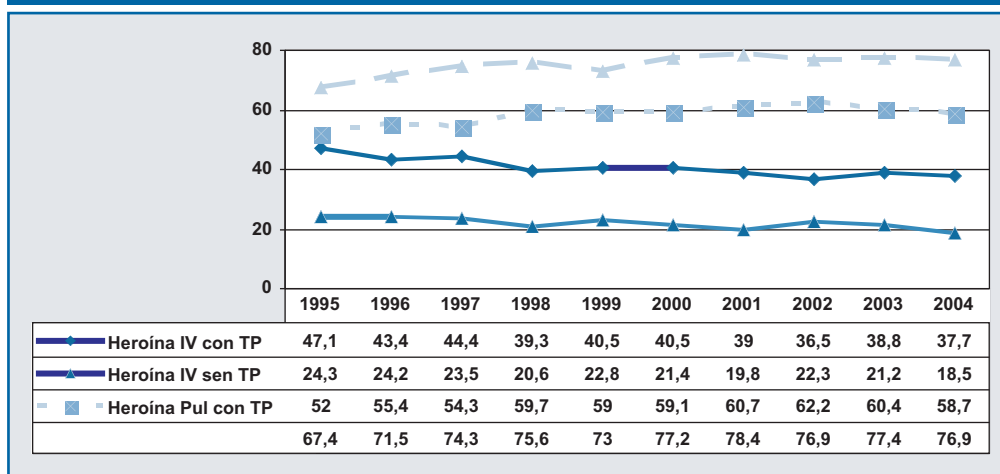
Figura 1.53.
Evolución na vía de administración da droga principal entre os pacientes admitidos a tratamento, segundo a realización ou non de tratamentos previos (%). Galicia, 2000-2004



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

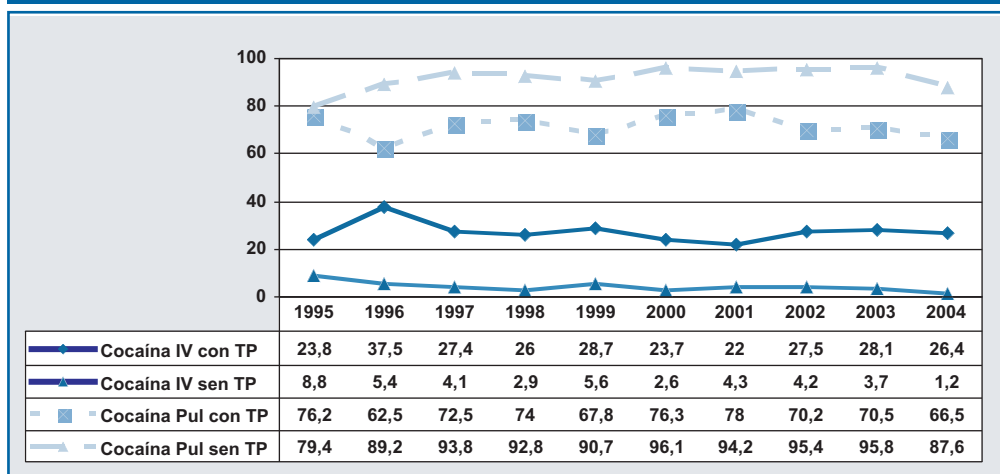
Se se analiza a vía de administración, segundo a droga principal de abuso (heroína ou cocaína), pode comprobarse que entre os casos admitidos a tratamento por consumo de heroína predomina, desde 1995, a vía pulmonar, o mesmo que ocorre entre os pacientes que iniciaron tratamento por cocaína. Se esta mesma análise se realiza tendo en conta a realización ou non de tratamentos previos, conséntase que os pacientes que acoden por primeira vez a tratamento, tanto por consumo de heroína como de cocaína, usan en maior medida a vía pulmonar e en menor proporción a vía intravenosa que os que foron tratados previamente (figuras 1.54 e 1.55).

Figura 1.54.
Evolución da vía de administración entre os pacientes admitidos a tratamento por consumo de heroína, segundo a realización ou non de tratamentos previos (%). Galicia, 1995-2004



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Figura 1.55.
Evolución da vía de administración entre os pacientes admitidos a tratamento Por consumo de cocaína, segundo a realización ou non de tratamentos previos (%). Galicia, 1995-2004.

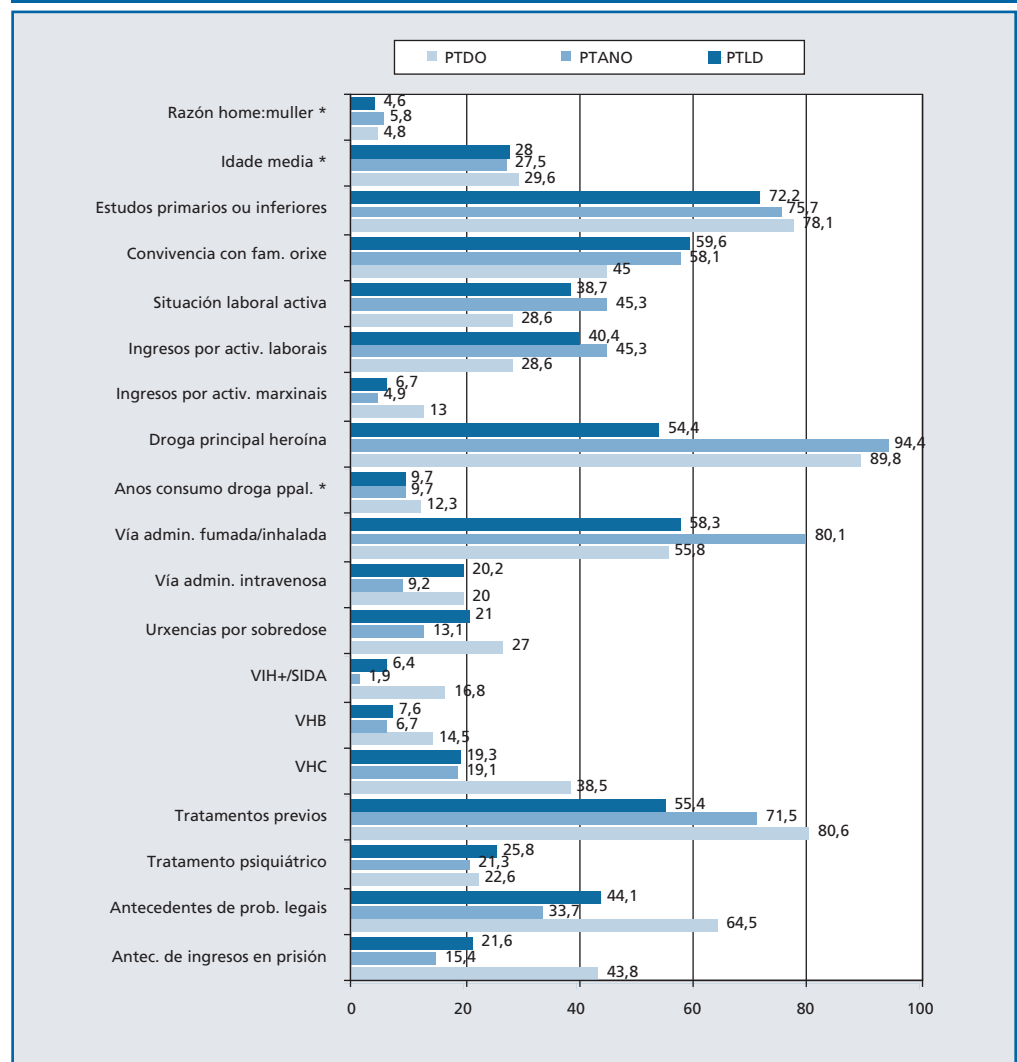


FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

B) Perfil dos pacientes atendidos nos diferentes programas asistenciais

Existen algunhas diferenzas relevantes nos perfís dos pacientes atendidos nos distintos programas asistenciais do PGD. Os pacientes en programas de tratamento con derivados opiáceos teñen unha idade máis avanzada e un historial de consumo máis dilatado, presentando unha maior deterioración sanitaria e social (afectación por enfermidades infecciosas, urxencias hospitalarias, desemprego, vinculación con actividades marxinais, estadias en prisión e/ou problemas legais, etc.). No extremo oposto situaríanse os pacientes atendidos en programas de tratamento con antagonistas, que presentan a menor deterioración sanitaria e os maiores niveis de axuste social, nunha posición intermedia os pacientes atendidos en programas libres de drogas (figura 1.56).

Figura 1.56.
Perfil dos pacientes admitidos a tratamento na Rede Asistencial do PGD, segundo o programa. Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Cifras en %, salvo razón home/muller, idade media e anos de consumo da droga principal.

1.6.4. Avaliación da actividade asistencial

O Sistema de Avaliación Asistencial facilita diferentes indicadores da actividade desenvolvida no contexto dos diferentes programas asistenciais, entre os que se inclúen os motivos de saída dos programas e os de permanencia e de asistencia.

a) Indicador motivo de saída dos programas

Os motivos polos cales os pacientes saen dos programas asistenciais constitúen un indicador indirecto dos resultados obtidos por eles. Unha elevada porcentaxe de altas terapéuticas implica un alto nivel de eficacia do programa, mentres que os abandonos informarían dos pacientes que saen do tratamento sen cubrir os obxectivos previstos. Pola súa parte, indicadores como o cambio de programa reflicten os esforzos dos profesionais por garantir en cada momento unha asistencia personalizada aos pacientes, axustando o tipo de programa máis idóneo en cada fase do proceso terapéutico para atender as necesidades e demandas de cada paciente.

As derivacións (temporais ou definitivas), os cambios de programa, os abandonos e as altas terapéuticas, por esta orde, foron os principais motivos de saída dos programas desenvolvidos na Rede Asistencial do PGD durante 2004, aínda que estes varían en función da natureza de cada programa. No caso dos PTLD o cambio de programa (34,3%) e as altas terapéuticas (26,7%) constitúen os principais motivos de saída, en tanto que nos PTDO o son as derivacións (47,0%) e os cambios de programa (25,6%). Pola súa parte, nos PTANO o cambio de programa (56,4%) e os abandonos (20,3%) son as principais causas de saída do programa (táboa 1.43). A baixa porcentaxe de saídas por altas terapéuticas nos PTDO (6,4%) débese a que o obxectivo básico que tratan de cubrir é a redución do dano, primando, por riba doutros obxectivos a súa continuidade e/ou mantemento no tratamento.

Táboa 1.43. Motivos de saída, segundo o tipo de programa. Galicia, 2004.

	PTLD		PTDO		PTANO		TOTAL SAÍDAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cambio programa	403	34,3	620	25,6	184	56,4	1.207	30,7
Abandono	298	25,4	337	13,9	66	20,3	701	17,9
Alta terapéutica	314	26,7	155	6,4	44	13,5	513	13,1
Derivacións	102	8,7	1.141	47,0	14	4,3	1.257	32,0
Forza maior	42	3,6	79	3,3	11	3,4	132	3,4
Expulsión	0	0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Outros	15	1,3	94	3,8	7	2,1	116	2,9
TOTAIS	1.174	100	2.427	100	326	100	3.927	100

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

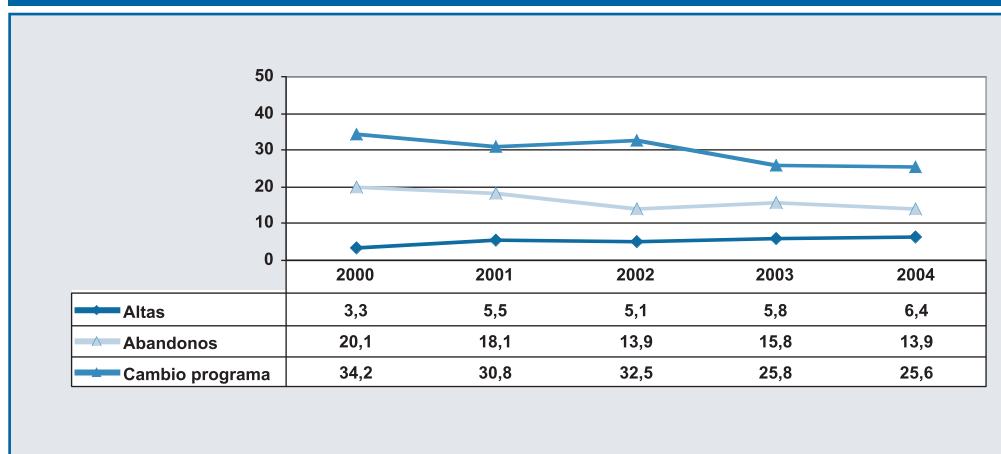
Tendo en conta a distinta natureza de cada un dos programas asistenciais promovidos polo PGD, a análise da evolución dos motivos de saída de programa durante o período 2000-2004 debe facerse de forma independente, posto que en cada un deles as variacións poden responder a causas diferentes.

As variacións máis relevantes nos motivos de saída dos PTDO son a redución dos abandonos e os cambios de programa, do 30,9% e o 25,2% respectivamente, e o incremento do 93,9% nas altas (figura 1.57). Esta evolución é coincidente coa observada nos PTANO (figura 1.58), aínda que a redución das saídas por abandono e cambio de programa foi menos intensa (do 22,8% e o 2,6%, respectivamente), mentres que as altas aumentaron de forma moi significativa (un 55,2%). Finalmente, indicar que tamén os PTLD viron reducidas as sa-

ídas por cambios de programa (12,5%) e abandonos (22,6%) e incrementar nun 23,6% as altas (figura 1.59).

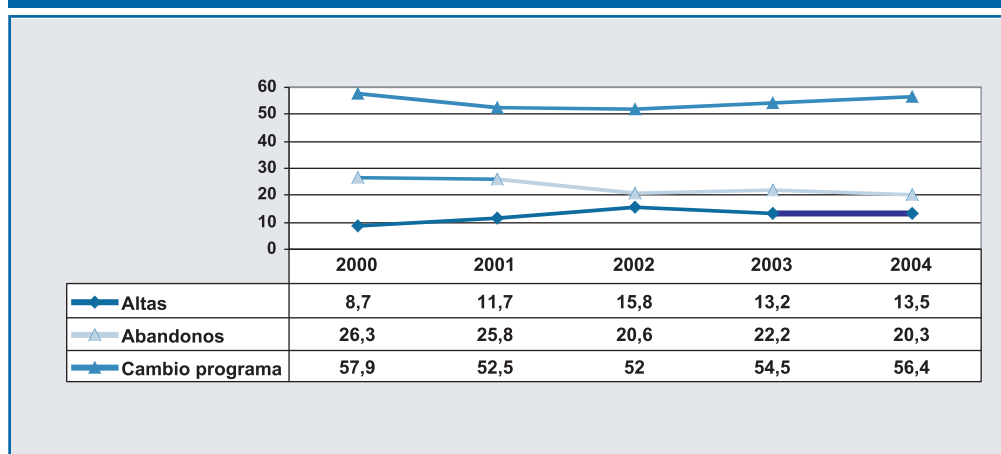
Débase destacar, como elemento indicativo da mellora da calidade dos servizos asistenciais do PGD, o feito de que en todos os programas analizados se producisen descensos moi importantes na porcentaxe de abandonos, así como aumentos notables nas altas terapéuticas.

Figura 1.57.
Evolución dos principais motivos de saída en PTDO.
Galicia, 2000-2004.



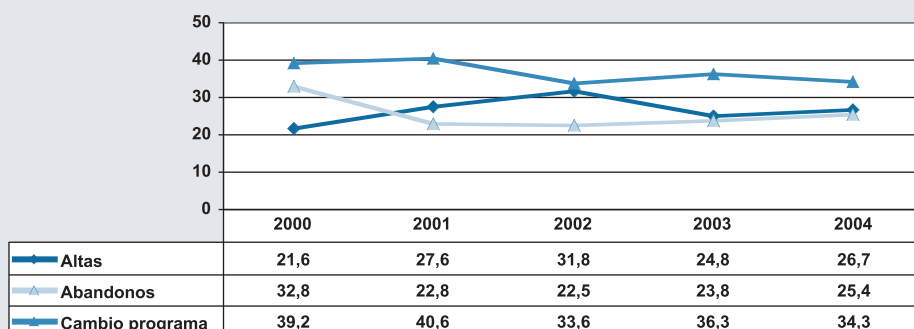
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Figura 1.58.
Evolución dos principais motivos de saída en PTANO.
Galicia, 2000-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Figura 1.59.
Evolución principais motivos de saída en PTLD.
Galicia, 2000-2004.

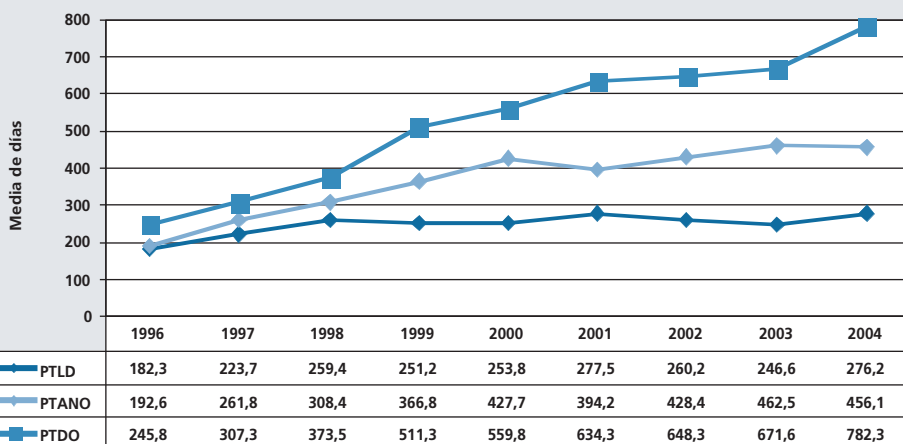


FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

b) Indicadores de permanencia, actividade e asistencia

O **indicador de permanencia** mide a media de días que os pacientes están en tratamento ata que se produce a súa saída do programa a que están adscritos. O tempo de permanencia ou grao de adhesión no tratamento varía substancialmente segundo o tipo de programa, alcanzando os seus valores máximos nos PTDO, con 782,3 días como termo medio, e os mínimos nos PTLD, con 276,2 días (figura 1.60).

Figura 1.60.
Evolución do indicador de permanencia
(media de días en programa). Galicia, 1996-2004.

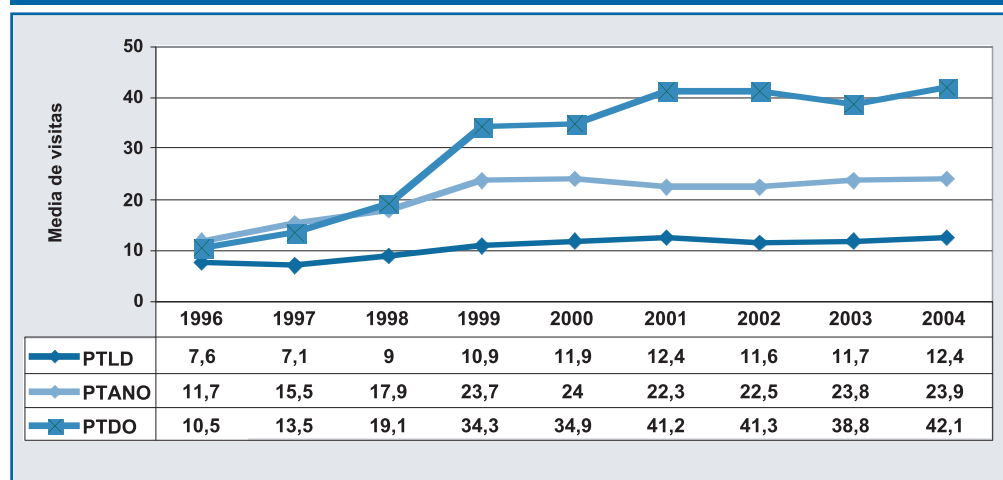


FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A evolución do indicador permanencia no período 2000/2004 foi positiva en todos os programas, con incrementos que oscilan entre o 39,7% no caso dos PTDO, o 8,8% nos PTLD e o 6,6% nos PTANO. O fortísimo incremento rexistrado polo indicador permanencia nos PTDO é congruente coa natureza desta modalidade terapéutica, dado que estes programas buscan, en gran medida, a vinculación terapéutica ou fidelización dos pacientes.

O **indicador asistencia** mide o número total de asistencias ou visitas dos pacientes ao centro de tratamento durante o período de permanencia nel. Os PTDO alcanzan os valores máis elevados para este indicador, cunha media de 42,1 visitas, como resultado das actividades realizadas neste programa. A evolución deste indicador no período 2000/2004 confirma a estabilización dos niveis de frecuentación dos pacientes ao centro de referencia, nuns niveis significativamente altos, nos PTLD e PTANO.

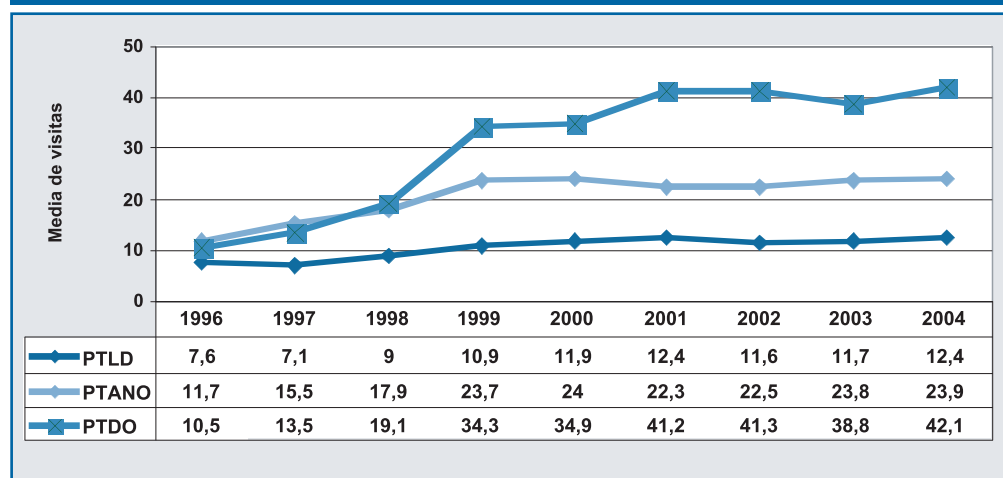
Figura 1.61.
Evolución do indicador asistencia (Media de visitas ao centro de tratamento), segundo programa. Galicia, 1996-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade.

O **indicador actividade** mide o número de intervencións realizadas con cada paciente durante o período de permanencia no tratamento. Como pode comprobarse (figura 1.62), son os pacientes dos PTDO e PTANO os que rexistran o maior número de intervencións. A evolución do indicador actividade para o período 2000-2004 confirma o seu incremento en todos os programas, en especial no caso dos PTDO, nos cales o termo medio de intervencións practicadas con cada paciente creceron nun 37,2%.

Figura 1.62.
Indicador actividade (media de intervencións) segundo programa. Galicia, 1996-2004.



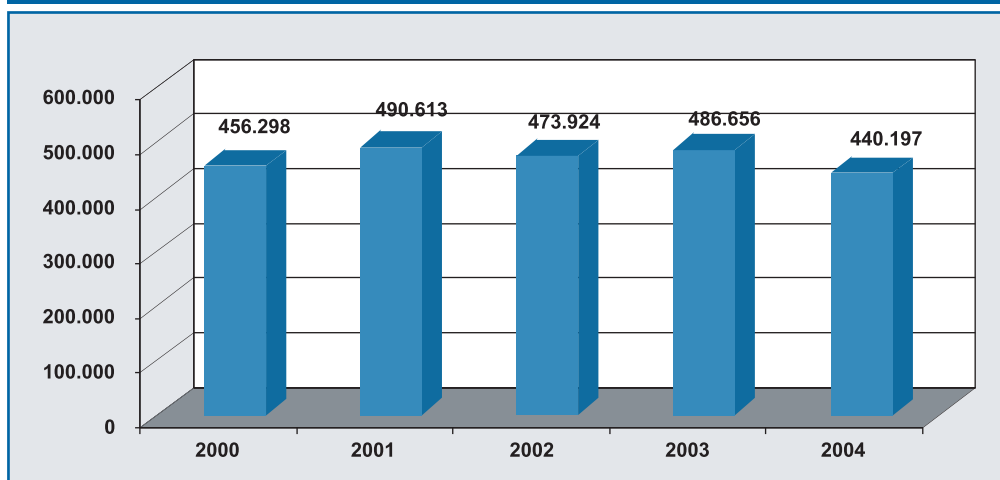
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade.

1.6.5. Actividades orientadas á prevención de enfermidades infecciosas e á redución de prácticas de risco entre usuarios de drogas

Co obxectivo de previr a transmisión de enfermidades infecciosas (SIDA, hepatite, etc.), a Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade promove desde hai varios anos un Programa de intercambio de xiringas e a distribución de preservativos entre diversas poboacións consumidoras de drogas.

En 2004 distribuíronse un total de 440.197 paquetes preventivos entre usuarios de drogas por vía parenteral, a través de puntos específicos de intercambio e de oficinas de farmacia que colaboraron no proxecto. Este volume mantívose relativamente estable durante o período 2000-04, cun lixeiro retroceso do 3,5% en 2004 (figura 1.63).

Figura 1.63.
Número de paquetes preventivos distribuídos entre UDVP a través de oficinas de farmacias e de puntos de intercambio. Galicia, 2000-2004.



FONTE: Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

No marco do Programa de intercambio de xiringas distribuíronse tamén 275.990 preservativos durante 2004, un 97,6% máis que en 2000 (táboa 1.44).

Táboa 1.44. Evolución do número de paquetes preventivos, preservativos e folletos distribuídos no marco do programa de intercambio. Galicia, 2000-2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
Paquetes preventivos	456.298	490.613	473.924	486.656	440.197
Preservativos	139.684	162.288	159.984	174.884	275.990

FONTE: Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

Ademais destas actuacións, o PGD vén promovendo a vacinación dos pacientes que acceden aos servizos asistenciais fronte á hepatite B. Durante o período 2000/2003 un total de 598 pacientes recibiron a primeira dose, das tres de que consta a vacina, nas UAD do PGD (táboa 1.45), aínda que noutros casos se optou pola derivación a un centro de saúde ou servizo especializado para que os pacientes inicien ou continúen nestes a pauta de vacinación.

A pauta normal de vacinación da hepatite B consiste no abastecemento de tres doses, a segunda ao mes da primeira e a terceira aos seis meses. Por esta razón, un número relevante dos pacientes que inician a pauta de vacinación nas UAD, en especial cando

presentan algunha patoloxía orgánica, son derivados a centros de saúde ou unidades especializadas, nos cales completan a pauta de vacinación.

Os niveis de cumprimento dos protocolos de vacinación, dentro da propia UADE que o iniciou, son en xeral elevados, situándose como termo medio no 77,6% para a segunda dose e no 55,9% para a terceira.

Táboa 1.45. Cumprimento dos protocolos de vacinación de hepatite B iniciados nas UAD. Galicia, 2000/2004.

ANO	Inicio vacinación (1ª dose)	2ª dose	3ª dose
2000	188 pacientes	145 (77,1%)	106 (56,4%)
2001	152 pacientes	121 (79,6%)	81 (53,3%)
2002	138 pacientes	106 (76,8%)	75 (54,4%)
2003	120 pacientes	93 (77,5%)	63 (52,5%)
2004	213 pacientes	164 (77,0%)	128 (60,1%)
Totais	811 pacientes	629 (77,6%)	453 (55,9%)

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

As actuacións descritas ata o momento no campo da prevención de riscos complétanse con iniciativas que desde hai varios anos promove o PGD na totalidade das UAD, consistentes na realización de talleres sobre “consumo de menos risco” e “sexo máis seguro”. A evolución do número de obradoiros realizados e dos pacientes participantes neles, durante o período 2000-04 recóllese na táboa 1.46.

Táboa 1.46. Evolución do número de pacientes participantes nos obradoiros sobre consumo de menos risco e sexo máis seguro. Galicia, 2000-2004.

TALLERES CONSUMO MENOS RISCO		TALLERES SEXO MÁIS SEGURO	
Nº obradoiros	Nº participantes	Nº obradoiros	Nº participantes
2000 42	274	58	428
2001 43	346	63	441
2002 47	366	61	476
2003 35	288	57	432
2004 99	507	80	355
Totais 266	1.781	319	2.132

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.6.6. Protocolos internos de actividade-financiamento dos servizos asistenciais

En 1996 decidiuse a implantación por parte do PGD da estratexia de xestión “dirección por obxectivos”, que se concretaría na definición de protocolos internos actividade – financiamento (PIAF) de periodicidade anual. Un ano máis tarde, coincidindo coa aprobación do Plan de Galicia sobre Drogas 1997-2001, púxose en marcha un Programa de avaliación e calidade asistencial, que se concretou na subscrición, con carácter anual, de PIAF coas entidades que desenvolvían actividades asistenciais no marco do PGD (ONG e concellos).

O obxectivo deste Programa de avaliación e calidade é avaliar o grao de cumprimento dos PIAF que anualmente subscribe a Consellería de Sanidade con distintas entidades para

o desenvolvemento de programas de tratamento das drogodependencias, así como a súa influencia nos indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial.

Os centros da Rede Asistencial do PGD reúnen unha serie de características comúns, entre as que destacan as seguintes:

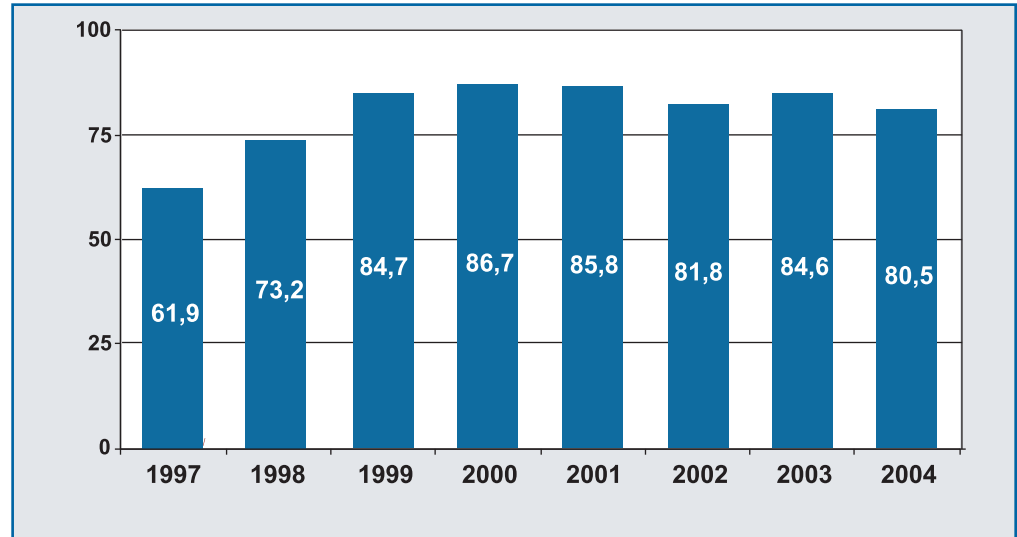
- 1 Cumpren coa normativa autonómica de autorización e acreditación de centros sanitarios asistenciais de tratamento das drogodependencias.
- 2 Están integrados no Sistema Galego de Saúde e xestionados a través de convenios de colaboración (ONG) e cooperación (concellos).
- 3 Teñen unha dependencia funcional da Consellería de Sanidade.
- 4 Funcionan con criterios de gratuidade, voluntariedade e confidencialidade.
- 5 Teñen unha carteira de servizos homoxénea (Catálogo de programas asistenciais do PGD).
- 6 Dispoñen de equipos interdisciplinares que atenden as áreas médica, psicolóxica, enfermaría, traballo social e educativa, ademais de persoal administrativo de apoio.
- 7 Cumpren os indicadores e variables do Sistema de Avaliación Asistencial.
- 8 Contan con protocolos internos de actividade–financiamento anuais.

Os contidos básicos que incorporan os PIAF son os seguintes:

- a Unha carteira de servizos para o tratamento das drogodependencias que deben ofertar as entidades, entre as que se inclúe:
 - Tratamento en réxime ambulatorio: unidade asistencial de drogodependencias, que inclúe todos os programas, subprogramas e protocolos do Catálogo de programas asistenciais do PGD.
 - Unidade móbil para a administración de derivados opiáceos
 - Servizos tipo dispensario.
 - Tratamento en réxime semirresidencial: unidade de día.
 - Tratamento en réxime residencial: comunidade terapéutica.
- b A definición de distintos obxectivos relativos ao número de intervencións grupais, motivos de saída de programa, permanencia, calidade da información rexistrada, carga asistencial, etc.
- c Os compromisos de mantemento e/ou ampliación do persoal que asume a entidade para cumprir os obxectivos establecidos.

O grao de cumprimento dos acordos ou pactos establecidos nos PIAF desde a súa posta en marcha en 1997 foi moi alto, con porcentaxes que alcanzan o 86,7% no ano 2000 e o 80,5% en 2004 (figura 1.64).

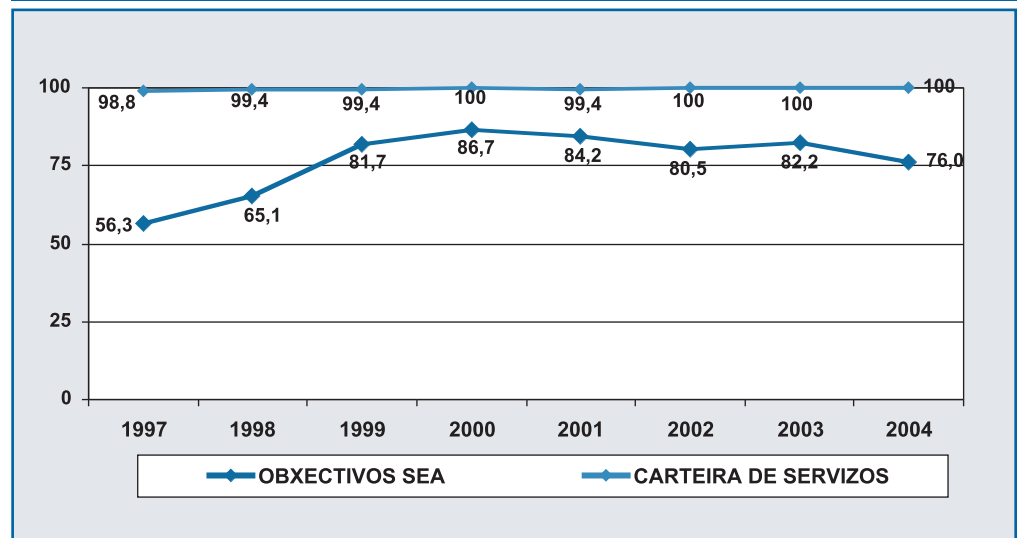
Figura 1.64.
Grao de cumprimento dos pactos internos dos PIAF.
Galicia, 1997-2004.



ONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

O grao de cumprimento da carteira de servizos foi practicamente total durante o período de vixencia do PGD 2001-2004, o mesmo que o dos obxectivos do SAA, aínda que neste caso con niveis que oscilan entre o 84,2% en 2001 e o 76,0% en 2004 (figura 1.65).

Figura 1.65.
Grao de cumprimento dos pactos internos dos PIAF sobre carteira de servizos e obxectivos do SAA. Galicia, 1997-2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1.7. Actuacións desenvolvidas no campo da incorporación social

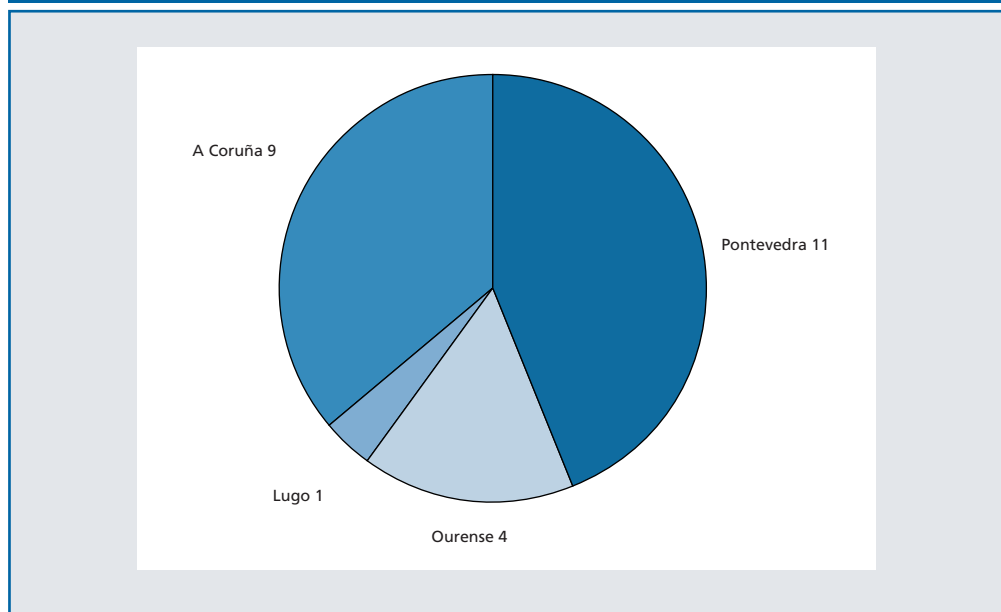
1.7.1. Novos desenvolvementos en materia de incorporación social

A área de incorporación social foi considerada como prioritaria polo Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004, rexistrando durante este período importantes cambios, entre os que destacan os seguintes:

- A posta en marcha dun sistema de información específico para o rexistro das actividades despregadas en materia de incorporación social.
- A ordenación metodolóxica das intervencións a levar a cabo nesta área, coa creación do Programa de incorporación personalizado (PIP) e da figura do titor e os itinerarios de incorporación social.
- O desenvolvemento dunha aplicación informática específica para a xestión dos programas de incorporación personalizados (XEPIP) e dos programas de atención xurídico-social (XEPAX).

Coa finalidade de prestar apoio aos drogodependentes con dificultades de integración social, os diferentes municipios e asociacións que integran a Rede de Prevención e Incorporación Social do PGD desenvolveron en 2004 un total de 25 programas de incorporación social. As provincias de Pontevedra e A Coruña, con 11 e 9 programas respectivamente, concentran o 80% dos programas implementados (figura 1.66).

Figura 1.66.
Implantación por provincias dos programas de incorporación social. Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Entre as actividades desenvolvidas no contexto dos programas de incorporación social, por concellos e organizacións non gobernamentais, as máis frecuentes son as de tipo ocupacional e sociais (xestión de prestacións, etc.), tal e como pode comprobarse na táboa 1.47.

(*) Datos referidos a servizos de incorporación social (non se inclúe asistencia).

Táboa 1.47. Tipo de actividades realizadas no marco dos programas de incorporación social, segundo provincias. Galicia, 2004.

	ACTIVIDADES			
	Sociais	Ocupacionais	Laborais	Xudiciais
A Coruña	4	9	1	4
Lugo	—	—	—	1
Ourense	2	4	—	1
Pontevedra	4	11	1	2
Total	10	24	2	8

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

A poboación beneficiaria dos programas de incorporación social desenvolvidos durante 2003 situouse globalmente en 2.424 persoas, concentrando as provincias da Coruña e Pontevedra, respectivamente, o 36,5% e o 27,9% dos beneficiarios (táboa 1.48).

Táboa 1.48. Poboación beneficiaria dos programas de incorporación social desenvolvidos no marco do PGD, por provincias. Galicia, 2004.

	POBOACIÓN BENEFICIARIA	
	Número	%
A Coruña	885	36,5
Lugo	250	10,3
Ourense	612	25,2
Pontevedra	677	27,9
Total beneficiarios	2.424	100

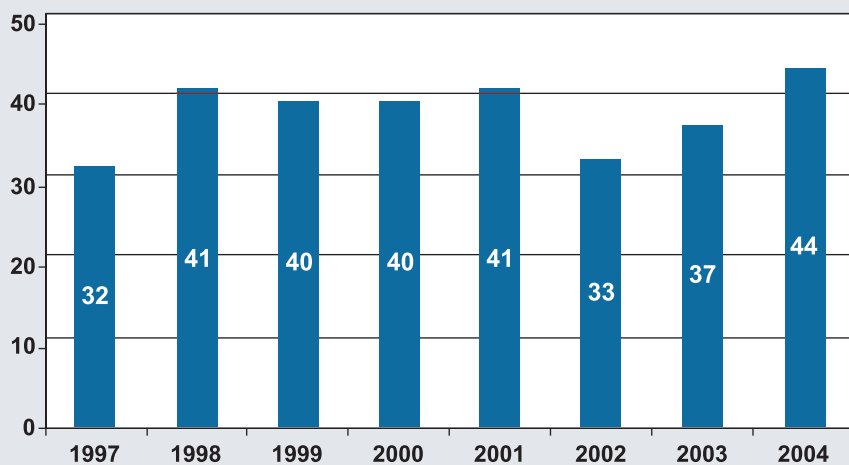
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

O volume das actividades de incorporación social desenvolvidos en Galicia permaneceu estable entre 1998 e 2001, descendendo lixeiramente en 2002, para recuperarse nos anos sucesivos. No período 2000-2004 o número de actividades incrementouse un 10% (figura 1.67).

Polo que respecta á evolución seguida no número de beneficiarios dos programas de incorporación social no período 2000-2004, convén destacar que o seu número se incrementou nun 35,3% (figura 1.68). O incremento rexistrado, tanto no número de programas de incorporación social como de beneficiarios deles, adquire unha especial transcendencia, se se teñen en conta os cambios que nos últimos anos se veñen producindo nos pacientes que acceden aos centros de tratamento, así como na metodoloxía destes programas.

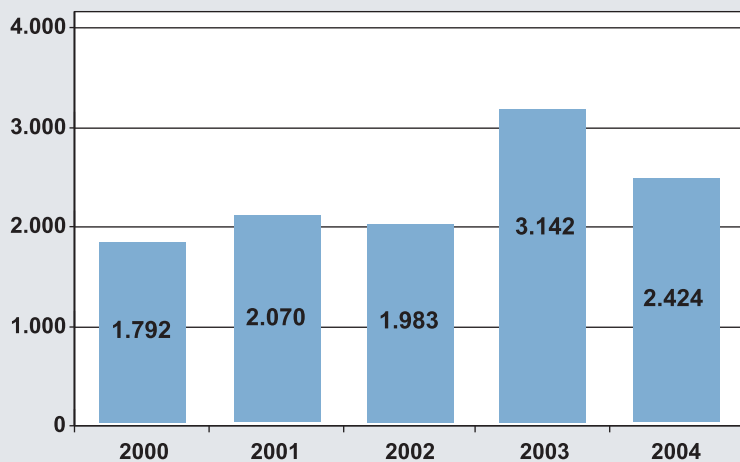
Por unha parte, nos últimos anos os pacientes que acceden aos servizos asistenciais do PGD presentan menores dificultades en materia de incorporación social, como consecuencia da perda de peso das demandas de tratamento por problemas de abuso da heroína. Por outra, a nova ordenación da metodoloxía de intervención nesta área, moito máis rigorosa, provocou que algunhas actividades de apoio á incorporación social deixasen de ser consideradas como tales programas e deixen de computarse nos datos anteriormente relacionados.

Figura 1.67.
Evolución do número de actividades de incorporación social.
Galicia, 1997/2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Figura 1.68.
Evolución dos beneficiarios dos programas de incorporación social.
Galicia, 2000/2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

O incremento no número dos beneficiarios dos programas de incorporación social en Galicia é coherente coa evolución dos orzamentos destinados polo PGD ao financiamento

de programas de prevención e incorporación social promovidos por asociacións e concellos, que no período 2000/2004 creceron globalmente nun 20,3% (táboa 1.49).

Táboa 1.49. Evolución dos orzamentos destinados polo PGD a asociacións e concellos para o desenvolvemento de programas de prevención e incorporación social. Galicia, 2000/2004.

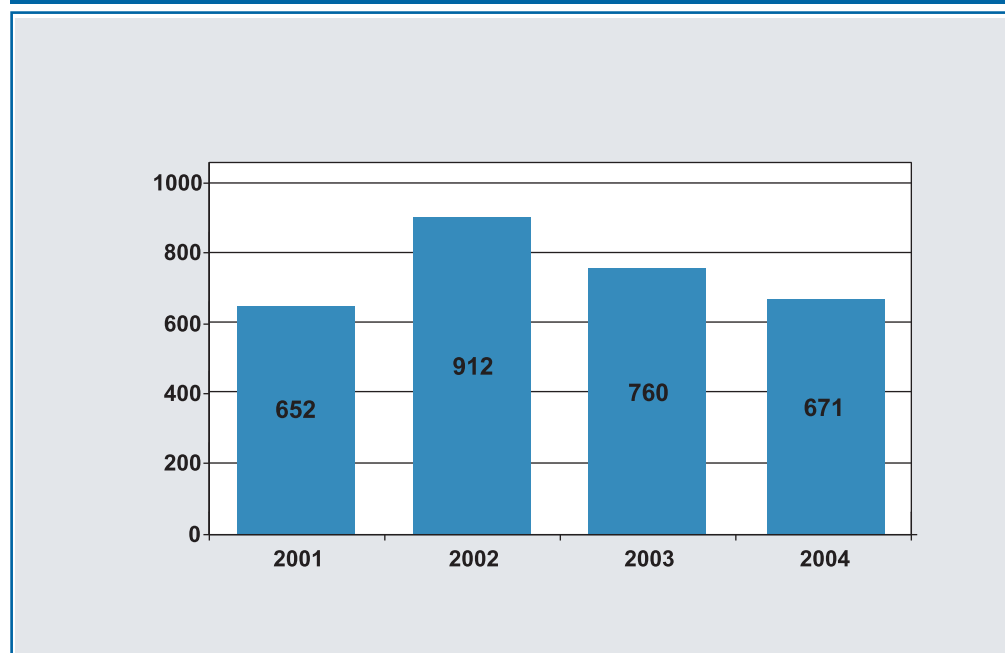
	2000	2001	2002	2003	2004
Asociacións	717.255,14€	696.767,54€	733.234,77€	757.602,06€	799.804,99
Concellos	753.800,70€	795.844,32€	798.576,91€	890.289,88€	969.111,67
Totais	1.471.056	1.492.612	1.531.812	1.647.892	1.768.917

FONTA: SXSMD. Consellería de Sanidade.

1.7.2. Programas de atención xurídico-social

Desde hai anos o PGD impulsa o desenvolvemento de programas de atención xurídico-social ao detido drogodependente, levándose a cabo actividades de información e apoio aos detidos con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas e aos seus familiares. No ano 2004 o número de beneficiarios dos oito programas deste tipo que estaban en funcionamento foi de 671, un 2,3% superior ao rexistrado en 2001 (figura 1.69).

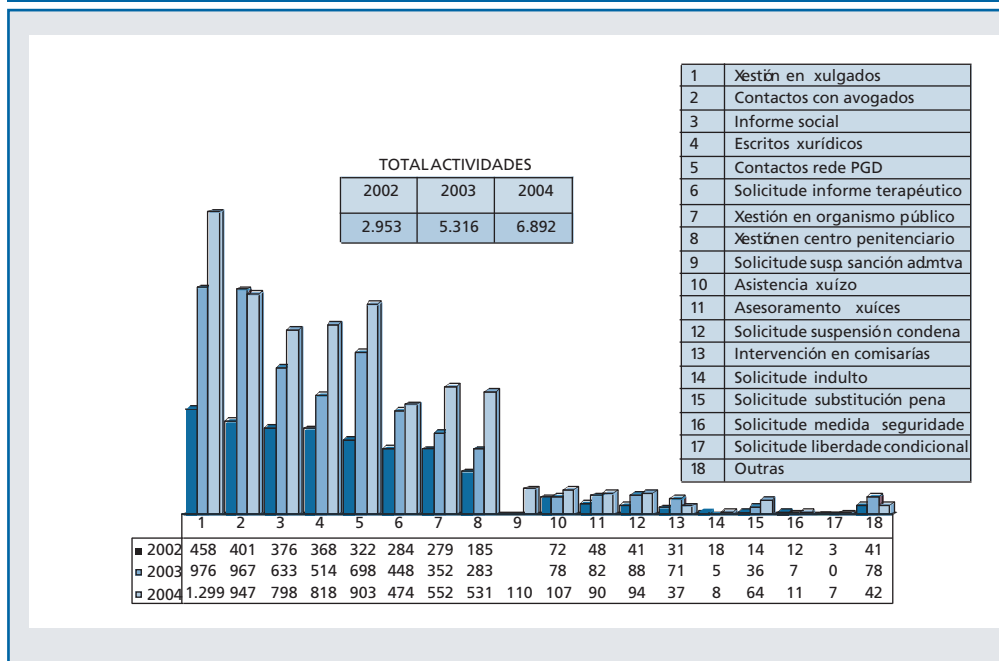
Figura 1.69. Evolución do número de beneficiarios dos programas de atención xurídico/social. Galicia, 2001/2004.



FONTA: Observatorio de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade.

As actividades máis frecuentemente levadas a cabo nestes programas son as xestións nos xulgados, os contactos con avogados, a elaboración de informes sociais e os contactos cos servizos asistenciais do PGD. Desde 2002 o SAPI, a través do programa de xestión de programas de atención xurídico-social (XEPAX), facilita unha información detallada sobre as actividades despregadas nestes programas, cuxo número se incrementou notablemente no período 2002-2004 (figura 1.70)

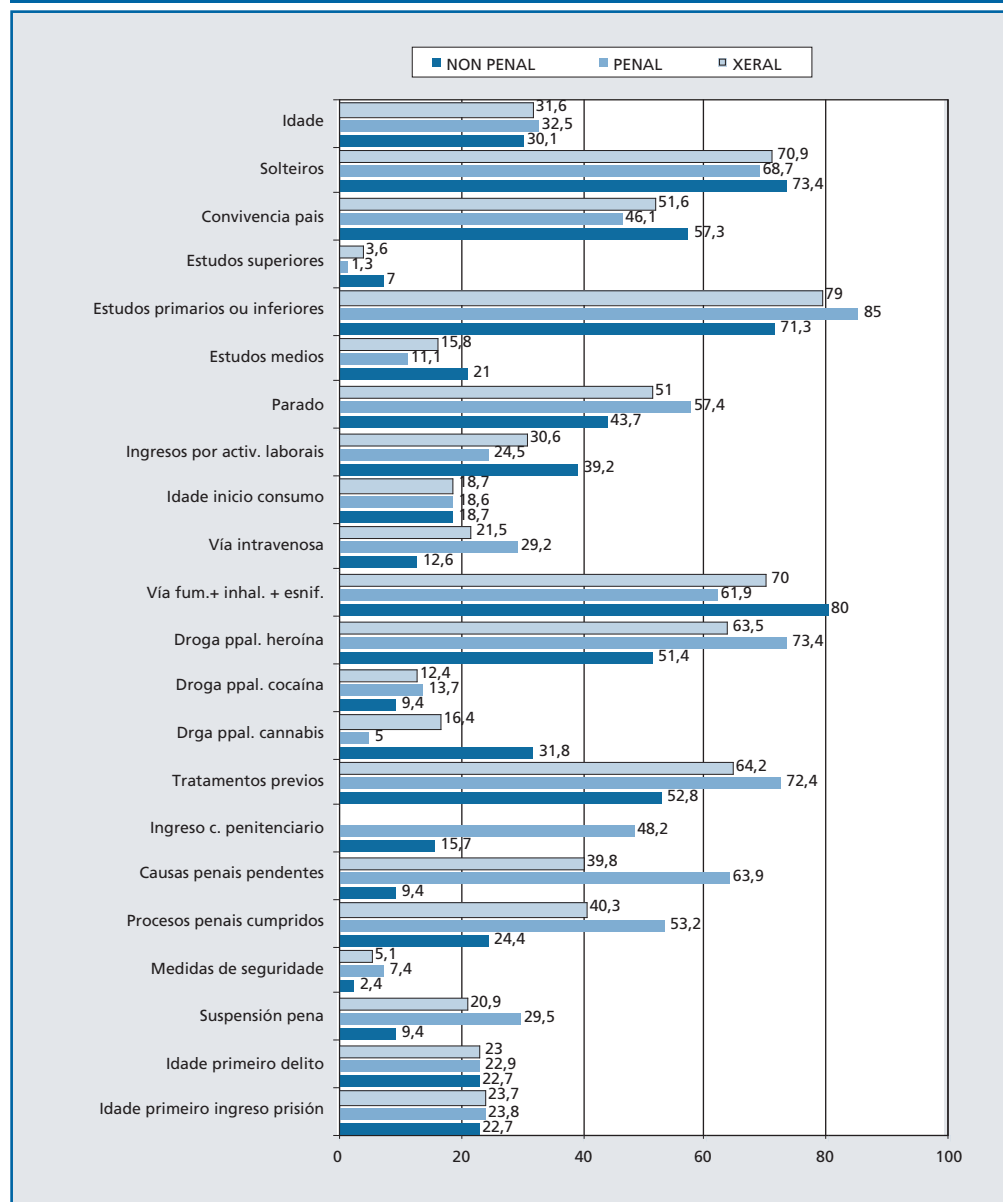
Figura 1.70.
Evolución actividades programas de atención xurídico-social.
Galicia, 2002/2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

O perfil xeral dos beneficiarios dos programas de atención xurídico-social atendidos durante 2004 correspóndese co dunha persoa cunha longa historia de consumo e unha elevada incidencia de problemas xurídico-penais, características que se acentúan no caso daqueles que teñen procedementos xudiciais de tipo penal (figura 1.71).

Figura 1.71.
Perfil dos beneficiarios dos programas de atención xurídico-social,
segundo a natureza dos procesos xudiciais. Galicia, 2004.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Valores variables idade en anos, resto en porcentaxes.

1.8. Avaliación de obxectivos do Plan de Galicia sobre Drogas

A continuación ofrécese a avaliación dos obxectivos formulados polo Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004 agrupados segundo as diferentes áreas de intervención. Para avaliar o grao de consecución dos obxectivos establecéronse tres niveis diferentes de cumprimento deles:

- Obxectivos cumpridos: realización igual ou superior ao 90% do inicialmente proposto.
- Obxectivos parcialmente cumpridos: aqueles obxectivos que, realizadas diferentes accións para a súa consecución, teñen uns niveis de cumprimento por debaixo do 90% do previsto.
- Obxectivos incumpridos: cando non se iniciou ningunha acción encamiñada á súa consecución ou se o seu grao de realización foi inferior ao 10%.

1.8.1. Avaliación de obxectivos na área de prevención

a) Obxectivos cumpridos

- 1 *O 80% da poboación de 16 anos en diante deberá recibir información suficiente sobre os riscos do consumo de tabaco, alcohol, drogas de síntese e outras drogas.*

O estudo "O consumo de drogas en Galicia VIII (2004)" confirma que o 83,3% da poboación galega de 12 e máis anos recibiu algunha mensaxe preventiva sobre as drogas, fronte ao 58,0% rexistrado no ano 2000 (O consumo de drogas en Galicia VI). Entre os mozos de 12 a 24 anos esta porcentaxe está arredor do 90%.

- 2 *O 95% dos escolares galegos, ao finalizar os seus estudos de ensino obrigatorio, recibiron información suficiente sobre os riscos do consumo de tabaco, alcohol, drogas de síntese e outras drogas.*

O 97,7% dos mozos galegos de 15 a 29 anos afirmaba que recibiu mensaxes preventivas sobre o tabaco, o alcohol ou outras drogas, na súa maior parte (67,1%) bastantes ou moitas veces, segundo os resultados do "Informe sobre a xuventude galega 2002", realizado pola Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude.

- 3 *Atrasar a idade de inicio ao consumo de alcohol, tabaco e outras drogas.*

Os resultados dos estudos "O consumo de drogas en Galicia VI, VII e VIII" indican que no período 2000-2004 se produciría un incremento xeneralizado nas idades medias de inicio ao consumo de drogas (alcohol, cocaína, anfetaminas, alucinóxenos e tranquilizantes), coas únicas excepcións das drogas de síntese e a heroína. As idades de inicio ao tabaco e ao cannabis non rexistraron variacións.

- 4 *Promoveranse accións informativas e formativas en colaboración con servizos sociais, AMPAS (asociacións de nais e pais de alumnos) e outras entidades sociais, destinadas a familias en xeral e ás de alto risco en particular.*

Os datos facilitados polo SAPI, sobre os indicadores de actividade dos programas de prevención no ámbito familiar, confirman que no período 2001/2004 se incrementou nun 421,7% o número de pais e nais que participaron en escolas de pais e en actividades informativo-formativas sobre drogas, ata alcanzar os 43.081 participantes en 2004.

A Oficina do Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas realizou unha distribución masiva de materiais informativos e de sensibilización, con pautas para a prevención do uso de drogas por parte dos fillos, co título: "Os pais fronte ao consumo abusivo de alcohol por parte dos fillos. Pautas para unha diversión sa", "Os pais fronte ao cannabis. Guía para pais preocupados polo cannabis", "Os pais e as drogas de síntese. Guía informativa para a prevención do seu uso" e "Os pais e a cocaína".

- 5 *Continuarase capacitando o persoal sanitario de atención primaria de saúde para dar consello sobre o consumo e abandono do tabaco, o alcohol e as demais drogas,*

así como para o fomento da dispensación racional de psicofármacos, ofrecendo información sobre os programas de atención.

A Oficina do Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas puxo en marcha o Programa de formación e consulta: drogas e atención primaria, para facilitar unha formación básica no campo das drogas e as drogodependencias ao persoal sanitario de atención primaria (en 2004 distribuíronse 30.000 CD-ROM cos contidos do curso de formación entre os profesionais de atención primaria). Con esta iniciativa preténdese facilitar os coñecementos e ferramentas que lles permitan aos profesionais o manexo dos problemas derivados do consumo de alcohol, tabaco ou outras drogas e a súa colaboración nas accións que os dispositivos e programas integrados no PDG desenvolven nos ámbitos da prevención e asistencia das drogodependencias.

No ámbito da dispensación racional de psicofármacos o persoal de atención primaria de saúde vén dando cumprimento ao Decreto 244/2003, do 24 de abril, de homologación de receitas oficiais para a prestación farmacéutica, na cal se inclúen este tipo de medicamentos.

6 *Continuaranse desenvolvendo accións de apoio ás asociacións que traballan no campo da prevención do alcoholismo e doutras drogodependencias.*

Durante o ano 2004 o Plan de Galicia sobre Drogas destinou un total de 799.805 euros a financiar un total de 87 programas e 220 actividades promovidos por 24 asociacións no ámbito da prevención e a incorporación social, cunha poboación destinataria estimada en 101.114 persoas. Esta achega financeira supón un 11,5% máis que a asignada a este mesmo concepto no ano 2000. Pola súa parte, nese mesmo ano 14 asociacións de ex-alcohólicos recibiron axuda financeira da Xunta de Galicia, por un importe de 90.000 euros.

No período 2001/2004 o PGD destinou un total de 2.987.410 euros a financiar proxectos de prevención e incorporación social promovidos por asociacións, mentres que o montante das subvencións concedidas neste mesmo período ás asociacións de exalcohólicos foi de 315.436 euros.

7 *Seguiranse desenvolvendo medidas preventivas dirixidas a minorar os danos ocasionados polos consumo de drogas, fundamentalmente en aspectos sociais e de saúde.*

No período 2001-2003 a Consellería de Sanidade, no marco do Programa de intercambio de xiringas, distribuíu 1.451.193 paquetes preventivos anuais entre usuarios de drogas por vía parenteral. Ademais, neste período reforzou a distribución de preservativos, coa entrega de 275.990 unidades en 2004.

Así mesmo, distribuíuse entre os pacientes que teñen contacto cos diferentes centros e servizos da Rede Asistencial do PGD o manual "Reduce os riscos. Diminúe os danos".

Finalmente, debe destacarse que nos protocolos internos de actividade-financiamento que a Consellería de Sanidade subscribe anualmente con asociacións e concellos para o desenvolvemento de diferentes servizos asistenciais inclúen, como un compromiso de mínimos, a realización de polo menos un "Grupo de consumo de menos risco" e outro "Grupo sobre sexo máis seguro", en cada unha das UAD da Rede Asistencial do PGD. O grao de cumprimento deste compromiso pasou do 80% no ano 2000 ao 100% no ano 2003.

8 *Seguirase facendo fincapé na información dirixida a protexer os dereitos dos non-fumadores.*

Dentro do Programa galego de promoción da vida sen tabaco que promove a Consellería de Sanidade desenvolvéronse durante o período 2001/2003 diversas actuacións encamiñadas a protexer a poboación do fume do tabaco ou tabaquismo pasivo. Entre estas accións destacan a creación dunha rede de centros promotores de vida sen tabaco, á que se adheriron un total de 1.689 novos centros (hospitais, centros de saúde, clínicas dentais, farmacias, centros da Administración, centros do-

centes, empresas, etc.). Así mesmo, durante este período un total de 76 congresos celebrados en Galicia foron declarados "congresos libres de tabaco".

9 *Seguirase incidindo no abandono do consumo de tabaco entre o persoal sanitario e docente.*

No marco do Programa galego de promoción da vida sen tabaco leváronse a cabo diferentes proxectos e accións dirixidas especificamente a reducir as prevalencias do tabaquismo entre o persoal sanitario, durante o período 2001-2003, entre as que destacan as seguintes:

- Proxecto de intervención sobre traballadores dos centros hospitalarios da Rede do Servizo Galego de Saúde e financiamento do tratamento farmacolóxico. Este proxecto, extensivo tanto ao persoal sanitario como non sanitario dos centros hospitalarios, conta con 12 unidades de deshabitación hospitalarias coordinadas por un médico preventivista, que ofertan tratamento individualizado aos traballadores dos centros hospitalarios e aos seus familiares conviventes en primeiro grao.
- Proxecto Rede de hospitais libres de tabaco en Galicia, que inclúe un plan de sinalización dos centros, unha campaña de sensibilización coa edición de 300.000 folletos e 30.000 unidades de materiais informativos e sensibilizadores, cursos de formación para o equipo directivo dos hospitais (20 cursos) e o persoal auxiliar (2 cursos sobre técnicas de comunicación e motivación do cumprimento da normativa) e a oferta de programas de deshabitación e apoio a traballadores fumadores nos cales participaron preto dun millar de fumadores. Actualmente un total de 21 hospitais, 16 públicos e 5 privados, pertencen á Rede de hospitais libres de tabaco de Galicia.
- Participación no "International Quit ans Win (Q&W)", en cuxo contexto se desenvolveu en 2002 unha intervención específica con 29.000 profesionais sanitarios (médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacéuticos, psicólogos estudantes universitarios destas carreiras), co obxectivo de diminuír a prevalencia do tabaquismo, reforzar o papel modélico positivo do persoal sanitario e motivar a aplicación do consello e apoio aos fumadores que desexan deixar de fumar.

10 *Seguiranse desenvolvendo accións que favorezan o consumo alternativo de bebidas non alcohólicas.*

O PGD promove a realización de obradoiros de bebidas saudables, alternativas ao consumo de alcohol. No ano 2003 realizáronse un total de seis programas e dez actividades, que contaron coa participación de 3.542 mozos.

Por outra parte, o PGD incorporou dentro do seu Catálogo de programas de prevención o "Programa Mozos Activos" dirixido ao conxunto da poboación xuvenil de entre 12 a 29 anos que, entre outras actuacións, inclúe a promoción de clubs deportivos xuvenís.

11 *Continuarase ofertando á poboación afectada información sobre os centros e alternativas asistenciais.*

A páxina web do SERGAS, <http://www.sergas.es> (seleccionando a opción "centros" no menú principal e a continuación "unidades de atención ao drogodependente"), ofrece información actualizada sobre os recursos asistenciais do Plan de Galicia sobre Drogas. Así mesmo, nas diferentes guías editadas polo PGD para pais e mozos para a prevención do consumo abusivo de alcohol, cannabis, drogas de síntese e cocaína, inclúese a listaxe cos enderezos e teléfonos dos centros de atención ás drogodependencias integrados na Rede Asistencial do PGD.

12 *Seguiranse promovendo medidas normativas, así como accións de vixilancia da normativa vixente en relación co tabaco, alcohol e medicamentos.*

Promoveuse a aprobación da orde da Consellería de Sanidade, reguladora da sinalización formal e externa de prohibicións en materia de subministración e venda de bebidas alcohólicas e tabaco. Así mesmo, solicitouse e obtívose a colaboración das federacións provinciais e locais de hostalaría para a distribución nestes establecementos de sinalizadores recordando a prohibición da venda ou abastecemento de bebidas alcohólicas aos menores de 16 anos (de 18 no caso das bebidas de máis de 18 graos), así como de tabaco aos menores de 18 anos, de acordo co establecido na Lei 2/1996, do 8 de maio de Galicia sobre drogas. O número de sinalizadores distribuídos en establecementos de hostalaría foi de 13.531.

Polo que se refire á promoción de medidas normativas dirixidas ao control da dispensación de medicamentos, debe destacarse a aprobación do Decreto 244/2003, do 24 de abril, de homologación de receitas oficiais para a prestación farmacéutica. Pola súa parte, o Decreto 170/2002, do 2 de maio, estableceu a creación da Rede Galega de Alerta sobre riscos relacionados con medicamentos e produtos sanitarios de uso humano, que está conectada tanto con organismos nacionais como internacionais (AEM, OMS, etc.).

b) Obxectivos parcialmente cumpridos

- 1** *O 75% do persoal docente de EPO (educación primaria obrigatoria) e ESO (educación secundaria obrigatoria), recibirá información sobre os problemas derivados do consumo de tabaco, alcohol, drogas de síntese e outras drogas. Prestaráselle especial atención á formación dos orientadores dos centros de educación secundaria.*

No curso académico 2004/05 prodúcese un crecemento notable no número de profesores que participan no PPCDE, respecto ao curso 2000/01, pasando de 4.024 a 6.143. A cobertura dos docentes que participan no PPCDE, sobre o total de profesores existentes en Galicia, pasou do 13% no curso 2000/01 ao 16,2% no curso 2004/05.

No período 2001/2004 realizáronse un total de 16 cursos sobre prevención das drogodependencias dirixidos a docentes, a través dos cales foron formados un total de 769 profesores.

- 2** *Promoveranse medidas preventivas que teñan en conta a perspectiva de xénero, e a diversidade cultural, étnica elou relixiosa.*

No período 2001-2004 viñéronse desenvolvendo accións específicas con minorías étnicas nos municipios de Santiago e Vigo. Así mesmo, en 2002 realizouse unha investigación específica ("Estudo internacional xénero, alcohol e cultura") para analizar a influencia do xénero nos hábitos de consumo de alcohol e outras drogas.

- 3** *Promoveranse medidas preventivas dirixidas a situacións cotiás, nas cales o uso e abuso de drogas resulta especialmente perigoso a nivel individual ou para terceiros (condución de vehículos, manexo de maquinaria, etc.).*

O PGD desenvolve, en colaboración coas autoescolas, o Programa de prevención do consumo de alcohol na condución de vehículos, co que se pretende previr os riscos e reducir os danos asociados á condución de vehículos de motor baixo a influencia do alcohol entre os mozos. Durante 2003 realizáronse un total de seis proxectos e de 12 actividades, que permitiron levar a cabo accións con 1.739 mozos.

Estas actuacións específicas sobre o alcohol complementáanse coas actuacións promovidas por outros departamentos da Xunta de Galicia no marco do programa Condución segura, destinado a facilitar educación viaria a menores que se vaian iniciar na condución de ciclomotores e de mozos que dispoñan de carné de conducir. En 2003 participaron neste programa 2.995 mozos de 18 a 30 anos das distintas provincias galegas e 600 rapaces de 14 anos.

1.8.2. Avaliación de obxectivos na área de asistencia

a) Obxectivos cumpridos

1 *Garantírase a atención aos drogodependentes, impulsando medidas que faciliten a accesibilidade ao sistema xeral de cuidados de saúde.*

1.1. *No ano 2004 o número de mortes por reacción aguda tras o consumo de drogas reducirase nun 10%.*

En 2004 producíronse 57 mortes por reacción aguda ao consumo de drogas en Galicia, un 3,3% menos que no ano 2000 (61 falecementos).

1.2. *A partir de 2002 o 100% dos drogodependentes que contacten cos centros de atención ás drogodependencias recibirán sistematicamente a oferta de vacinación de tétano e hepatite B.*

Todos os pacientes que acceden á Rede Asistencial do PGD, con independencia do tipo de programa a que se incorporen finalmente, reciben de maneira sistemática desde o ano 2002 oferta para a súa vacinación fronte ao tétano e a hepatite B. Pola súa parte, o Catálogo de programas asistenciais do PGD inclúe desde o ano 2003 un Protocolo para a prevención e o control da hepatite, que incorpora os procedementos que se utilizarán coa totalidade dos pacientes incorporados a tratamento para identificar a presenza das hepatites A, B e C e, se é o, o seu tratamento.

1.3. *A partir de 2002 ofrecerase a revisión da situación inmunolóxica ao 100% dos pacientes admitidos a tratamento nas unidades asistenciais de drogodependencias (UAD) respecto da infección tuberculosa e facilitarase a inmunoprofilaxe dos casos que proceda, incluíndo familiares e achegados.*

Desde 2002 todos os pacientes que acceden aos servizos asistenciais do PGD reciben a oferta de revisión da súa situación fronte á enfermidade tuberculosa e de inmunoprofilaxe nos casos pertinentes. Aplícase, ademais, o Protocolo para a prevención e o control da tuberculose previsto no novo Catálogo de programas asistenciais do PGD. Nel inclúese o estudo en todos os pacientes da presenza da infección ou enfermidade tuberculosa mediante a proba da tuberculina, a confirmación do diagnóstico nunha unidade de tuberculose de referencia e, se procede, o seguimento da pauta terapéutica establecida por esa unidade.

Os resultados do Subprograma de prevención e control da tuberculose en usuarios de drogas, que funciona nas áreas sanitarias de Santiago e Vigo, confirman que o número de casos de tuberculose rexistrados en UDVP se reduciu un 38% no período 2000-2003. Así mesmo, a porcentaxe de TB en UDVP, sobre o total de casos TB rexistrados, pasou do 4,2% en 2000 ao 3,4% en 2003.

Pola súa parte, a revisión do SAA realizada en 2004 inclúe a incorporación dunha variable específica destinada a coñecer o tipo de contacto coa infección tuberculosa que manteñen os pacientes incorporados a tratamento.

1.4. *No ano 2004 o 75% dos pacientes que iniciaron protocolo de vacinación antiVHB nas UAD deberán telo debidamente cumprido.*

No período 2000-2004 un total de 811 pacientes iniciaron a pauta de vacinación fronte á hepatite B nas UAD da Rede do PGD. O grao de cumprimento dos protocolos de vacinación antiVHB nas UAD, que inclúen a administración aos pacientes de tres doses de vacina (a segunda ao mes da primeira e a terceira aos seis meses), é moi elevado. No ano 2004 o cumprimento situouse no 77,0% para a segunda dose e no 60,1% para a terceira.

O feito de que a un número relevante de pacientes non lles fose administrada a segunda e/ou terceira dose de vacina na UAD, non significa, nin moito menos, que non se completase esta. Ocorre que en moitos casos se opta pola derivación do paciente a un centro de saúde ou servizo especializado no tratamento de enfermidades infecciosas para completar a pauta de vacinación.

- 1.5. *Dentro do Programa galego de prevención e control da tuberculose darase continuidade á oferta de revisións periódicas para todos os profesionais que traballan no ámbito das drogodependencias para avaliar a súa situación inmunolóxica fronte á tuberculose e establecer quimioprofilaxe cando sexa preciso.*

O Programa galego de prevención e control da tuberculose ofrece esta posibilidade a todos os profesionais que traballan no campo das drogodependencias. Así mesmo, dentro do Catálogo de programas asistenciais de saúde pública inclúese a oferta de revisións periódicas ao persoal que traballa no Sistema Galego de Saúde.

- 2 *Neste período os programas de agonistas opiáceos chegarán ao 100% dos pacientes que o precisen e non existirán listas de espera superiores ás dúas semanas para este programa.*

A oferta de prazas en PTDO por parte dos centros e servizos do PGD creceu de forma notable no período 2000/2004. Neste intervalo temporal o número de pacientes atendidos en PTDO extrapenitenciarios pasou de 6.973 a 7.625, cun incremento do 9,4%. Pola súa parte, os pacientes atendidos en PTDO intrapenitenciarios pasaron de 1.397 a 2.017, cun crecemento do 44,4% para o conxunto do período.

Na actualidade non existen listas de espera para o acceso aos PTDO, situándose como termo medio o tempo de incorporación a estes programas, durante o primeiro semestre de 2004, por debaixo dos cinco días para o conxunto das UAD. En catro das UAD (Burela, Monforte, Noia e O Grove) o acceso é inmediato.

- 3 *Neste período continuarase coa inclusión de forma xeneralizada dentro da carteira de servizos das diferentes UAD da Rede do PGD das estratexias de prevención de riscos, incluídas no Subprograma de tratamento de redución do dano.*

- 3.1. *No ano 2004 reducirase nun 15% a utilización da vía parenteral.*

No período 2000/2004 a porcentaxe de pacientes que utilizan a vía intravenosa reduciuse nun 26,9%, tras pasar de ser utilizada polo 32,4% dos pacientes admitidos a tratamento en 2000 a facelo polo 23,7% en 2004. A redución no uso da vía parenteral foi moito máis acusada entre os pacientes que non recibiron tratamento previo, entre os cales pasou de ser utilizada polo 16,1% en 2000 ao 11,7% en 2004, cun descenso porcentual do 27,3%. Entre os pacientes previamente tratados esta redución foi do 12,1%, tras pasar de ser utilizada polo 39,6% destes pacientes en 2000 ao 34,8% en 2004. Estes datos resultan altamente positivos, posto que indicaría que esta vía ten un menor peso entre as persoas que se iniciaron máis tarde ao uso/abuso de drogas.

- 3.2. *No ano 2003 teranse reducido os niveis de reutilización e uso compartido de xiringas en polo menos un 10%.*

A importante actividade despregada no marco do Programa de intercambio de xiringas que desenvolve a Consellería de Sanidade (con preto de medio millón de paquetes preventivos distribuídos anualmente) conseguiu reducir de forma moi notable os niveis de reutilización e/ou uso compartido de xiringas.

Os resultados da Enquisa a consumidores de heroína e cocaína en tratamento 2003 confirman que, durante os últimos 12 meses, só o 8,6% dos consumidores de heroína e cocaína de Galicia que están en tratamento compartiran directamente xiringas, quer utilizando unha xa usada por outra persoa, quer pasando a outra persoa unha xiringa xa usada por el.

- 3.3. *No ano 2002 todas as UAD da Rede do PGD terán en funcionamento polo menos un taller sobre sexo máis seguro e consumo de menor risco (vías de consumo, consumo e condución, violencia e consumo, mesturas de substancias, infeccións, etc.).*

O Catálogo de programas asistenciais do PGD inclúe, dentro do Subprograma de diminución do dano, a realización de obradoiros sobre consumo de menos risco e de sexo máis seguro, que desde o ano 2002 desenvolven a totalidade dos centros asistenciais do PGD.

Entre os compromisos subscritos, no marco dos protocolos internos de actividade-financiamento do ano 2004, pola Consellería de Sanidade e as distintas entidades que desenvolven actividades de carácter asistencial (asociacións e concellos), inclúese a realización en cada UAD de polo menos un grupo de consumo de menos risco e outro de sexo máis seguro.

- 4 *Promover, nos centros penitenciarios radicados na nosa comunidade autónoma, o desenvolvemento de programas para a mellora do nivel de saúde da poboación reclusa usuaria de drogas e para a súa motivación e acceso a programas asistenciais.*

- 4.1. *No ano 2002 o 100% das persoas en programas de mantemento con agonistas opiáceos poderán dar continuidade ao seu tratamento dentro e fóra da prisión.*

A Rede Asistencial do PGD garante a incorporación inmediata aos PTDO extrapenitenciarios daqueles reclusos que están recibindo tratamento en programas intrapenitenciarios, nos supostos das saídas temporais (permisos, fins de semana) ou definitivas. Así mesmo, os pacientes de PTDO que ingresan en prisión teñen asegurada a continuidade do tratamento nos PTDO intrapenitenciarios. Existen protocolos específicos para a derivación de pacientes entre os servizos intra e extra penitenciarios.

- 4.2. *Desde o ano 2001 todos os centros penitenciarios de Galicia ofrecerán programas de intercambio de xiringas.*

Desde o ano 2001 este servizo funciona de forma ininterrompida en todas as prisións galegas. No ano 2004 a Dirección Xeral de Institucións Penitenciarias informa que foron distribuídas un total de 7.332 xiringas nos cinco centros penitenciarios radicados en Galicia, fronte ás 2.942 distribuídas en 2002.

- 4.3. *Desde o ano 2001 todos os centros penitenciarios de Galicia ofrecerán intervencións de carácter psicosocial para o desenvolvemento de programas de redución do dano.*

A oferta asistencial básica para o tratamento dos reclusos drogodependentes que ofrecen os servizos sanitarios das prisións galegas complementábase con diferentes intervencións de carácter psicosocial e programas de redución do dano desenvolvidos por organizacións non gobernamentais co apoio financeiro do PGD.

- Centro Penitenciario do Pereiro de Aguiar: Asociación ATOX (ano 2001) e Proxecto Home (comunidade terapéutica) durante os anos 2002, 2003 e 2004.
- Centro Penitenciario de Bonxe: Cruz Vermella de Lugo (anos 2001, 2002, 2003 e 2004).
- Centro Penitenciario Monterroso: ALIADE (anos 2001, 2002, 2003, e 2004), financiado coa colaboración doutras institucións, ademais do PGD.
- Centro Penitenciario da Lama: FENADE (anos 2001, 2002, 2003 e 2004), financiado coa colaboración de outras institucións, ademais do PGD.

5 *Promoverase a atención ás persoas detidas con problemas relacionados co consumo de drogas.*

5.1. *Facilitarase a continuidade do tratamento para os detidos con problemas de drogas.*

Os servizos médicos dos cinco centros penitenciarios situados en Galicia están acreditados como unidades asistenciais de drogodependencias. Nestes servizos os internos drogodependentes poden participar en diferentes programas de tratamento. Así mesmo, existe unha comunidade terapéutica intrapenitenciaria posta en marcha a finais de 2002. No ano 2004 o número total de pacientes atendidos nos programas intrapenitenciarios foi de 2.158, un volume asistencial 10,4 veces superior ao rexistrado en 2001.

Pola súa parte, no ano 2004 a Dirección Xeral de Institucións Penitenciarias informou da derivación dun total de 413 reclusos drogodependentes a recursos comunitarios para o seu tratamento.

5.2. *Promoverase a asistencia á problemática legal asociada ao consumo de drogas de todos os usuarios das UAD da rede do PGD.*

Existen actualmente oito programas de atención xurídico-social. Desde o contexto destes programas desenvólvense diversas actividades de información e apoio aos detidos e ás súas familias e demais axentes relacionados co ámbito xudicial (xuíces, fiscais, avogados), que van desde o contacto con avogados, á elaboración de informes, a asesoría a xuíces, a asistencia a xuízos, ata a realización de diversas xestións xudiciais (solicitudes de liberdade condicional, suspensión de pena, indultos).

No período 2001-2004 o número de usuarios destes programas aumentou nun 2,9%, tras pasar de 652 a 671. Pola súa parte, entre os anos 2002 e 2004 o número das actividades despregadas no marco dos programas de atención xurídico-social incrementáronse un 133,4%, pasando de 2.953 a 6.892.

6 *Ofreceranse programas de tratamento específicos para a atención de poboacións especiais.*

6.1. *No ano 2004 todas as UAD deberán contar cun protocolo de actuación específico para os seguintes colectivos: mulleres xestantes drogodependentes, menores tutelados en garda pola Administración ou con medidas xudiciais e minorías étnicas.*

O Catálogo de programas asistenciais do PGD incorpora un Protocolo de intervención con colectivos específicos (minorías étnicas, inmigrantes, etc.), un Protocolo de tratamento para xestantes drogodependentes e un Protocolo de intervención con menores drogodependentes, incluídos aqueles internados nos servizos de protección e/ou reforma de menores. Durante 2004 púxose en marcha un Protocolo para a prevención de condutas violentas e situacións de maltrato no medio familiar do drogodependente.

7 *Promoverase a atención aos drogodependentes, asegurando os principios de accesibilidade, gratuidade e voluntariedade.*

7.1. *Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos continuarán as estratexias de colaboración e coordinación entre o PGD, os servizos sociais comunitarios e os de atención primaria e especializada, dependentes do SERGAS, encamiñadas a mellorar os niveis asistenciais das persoas que presentan trastornos derivados do uso indebido de drogas.*

No ano 2004 rexistráronse un total de 3.679 admisións a tratamento por abuso e/ou dependencia a drogas nos servizos extrapenitenciarios da Rede Asistencial do PGD. Pola súa parte, o número de pacientes atendidos en 2004

(casos en tratamento a 1 de xaneiro de 2004 máis admisións a tratamento producidas durante ese ano) foi de 12.109, o seu máximo nivel histórico.

- 7.2. *Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos manterase e ampliarase, en función das dispoñibilidades orzamentarias, os convenios establecidos pola Consellería de Sanidade cos concellos e ONG que xestionen centros ou programas asistenciais.*

O PGD mantén desde 2001 convenios de colaboración para a xestión de centros e programas asistenciais con cinco ONG (Alborada –Vigo-, ACLADE –A Coruña-, ASFREDO –Ferrol-, Cruz Vermella de Lugo e Proxecto Home) e 13 concellos (Burela, Cangas, Carballo, Monforte, Noia, O Grove, Ourense, Pontevedra, O Porriño, Ribeira, Santiago, Vigo e Vilagarcía). As achegas económicas do PGD a estes convenios durante 2004 ascenderon a 8.449.288 euros, un 15,7% máis que en 2001.

O montante acumulado das achegas económicas do PGD aos convenios subscritos con ONG e concellos para a xestión de centros e programas asistenciais no período 2001/2003 foi de 23.102.630 euros.

- 7.3 *Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos ampliarase a dotación de recursos materiais e humanos dos centros integrados no PGD, en función das dispoñibilidades orzamentarias existentes.*

O número de efectivos humanos integrados no PGD que trataban na área asistencial, excluídos os monitores e educadores (cuxa actividade está frecuentemente vinculada a proxectos concretos cunha duración determinada, o que fai que rexistren bruscas oscilacións interanuais), pasou de 169 en 2001 a 201 en 2004, cun incremento do 18,9%. A evolución dos recursos humanos do PGD destinados á realización de labores asistenciais no período 2001-2004 non foi uniforme. O persoal facultativo (médicos, psicólogos e farmacéuticos) pasou de 78 a 84 afectivos, o persoal sanitario non facultativo (ATS/DUE e auxiliares de clínica) de 36 a 51 efectivos e o persoal non sanitario (administración, traballadores sociais e informáticos) de 55 a 66, o que supón un incremento, respectivamente, do 7,6%, o 41,7% e o 20,0%.

No período 2001/2004 os recursos asistenciais que integran o PGD aumentaron de maneira notable, tras pasar o seu número de 91 centros/recursos en 2001 a 163 en 2004. A orixe deste incremento está no importante aumento experimentado polos centros de saúde que participan nas actividades asistenciais promovidas polo PGD.

Pola súa parte, o número de profesionais adscritos ás áreas de prevención e incorporación social era de 111 no ano 2004.

- 7.4. *Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos a Xunta de Galicia seguirá adoptando as disposicións necesarias para a convocatoria de concesión de bolsas ou axudas individualizadas para o tratamento de drogodependentes en réxime de comunidade terapéutica.*

Durante o período de vixencia do Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004 mantívose a convocatoria de axudas individuais para o tratamento en comunidades terapéuticas. Nos anos 2001, 2002 e 2003 concedéronse, respectivamente, un total de 147, 113 e 120 axudas deste tipo. Nos últimos anos obsérvase unha redución no número de solicitudes de axuda formuladas, debido ao feito de que tamén descenderon as demandas de ingreso en comunidade terapéutica, en especial entre a poboación consumidora de opiáceos.

- 7.5. *Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos manterase a implantación en todas as áreas de saúde dun centro de referencia para o tratamento do alcoholismo.*

A atención aos problemas de alcoholismo en Galicia realizase a través das unidades de Saúde Mental do SERGAS, de seis centros específicos de atención ao alcoholismo, denominadas unidades asistenciais de alcoholismo (que funcionan nas áreas sanitarias de Vigo, A Coruña, Santiago, Lugo, Ourense e Ferrol) e das 17 unidades asistenciais de drogodependencias.

As unidades asistenciais de alcoholismo realizaron durante o ano 2004 un total de 1.836 primeiras consultas (pacientes novos) e 19.943 consultas sucesivas.

Pola súa parte, as UAD atenderon en 2004 a un total de 552 pacientes por problemas de abuso e/ou dependencia ao alcohol, un 52,5% máis que os atendidos no ano 2000 (362 pacientes). No período 2001/2004 as UAD atenderon a total de 1.883 pacientes alcohólicos diferentes.

Non se dispón de datos relativos aos pacientes alcohólicos atendidos nas unidades de saúde mental do SERGAS, que son os servizos que tradicionalmente asumiron o tratamento deste tipo de problemas, dado que os seus sistemas de información non permiten cuantificar de maneira válida esta variable.

- 7.6. *Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos manterase a implantación dunha UAD por área de saúde, unha UAD en cada un dos principais núcleos urbanos de Galicia e unha CT por cada rexión sanitaria.*

Existen na actualidade un total de 17 UAD extrapenitenciarias, unha en cada unha das once áreas sanitarias, reforzándose ademais os principais núcleos urbanos de Galicia. A Rede Asistencial do PGD complétase con catro comunidades terapéuticas (unha por cada rexión sanitaria), dez unidades de día e unha unidade móbil, ademais das seis unidades de desintoxicación hospitalarias (UDH) mencionadas anteriormente. No ámbito penitenciario existe unha UAD en cada un dos cinco centros penitenciarios e púxose en marcha unha comunidade terapéutica intrapenitenciaria. Así mesmo, no centro penitenciario da Lama (Pontevedra) funciona o programa Área libre de drogas.

- 7.7. *Durante o ano 2002 poranse en funcionamento servizos "tipo dispensario" naquelas comarcas de Galicia onde a UAD de referencia sexa pouco accesible.*

Na actualidade están en funcionamento tres dispositivos tipo dispensario nas localidades de Cee, Sanxenxo e O Barco. Son unha forma de descentralización das actividades asistenciais para contrarrestar a dispersión xeográfica da Comunidade galega, consistente no traslado á localidade de residencia dos pacientes que se encontran en tratamento de parte do equipo da UAD de referencia, para desenvolver alí as actividades asistenciais.

- 7.8. *No ano 2002 complétase a reformulación do Catálogo de programas asistenciais do PGD para adaptalo ás exixencias asistenciais que se recollen neste novo documento.*

Está completado e publicado, en formato papel e CD ROM, o novo Catálogo de programas asistenciais do PGD, que incorpora unha descrición detallada das modalidades asistenciais, os programas e subprogramas de tratamento, así como protocolos específicos para a abordaxe de certos problemas relacionados coas drogas ou que afectan a colectivos singulares de drogodependentes.

O novo catálogo de programas asistenciais supuxo a reordenación da área asistencial, coa definición das modalidades de tratamento (ambulatoria, semirresidencial e residencial), o desenvolvemento de novos programas de tratamento (para a dependencia a psicoestimulantes e con interdiores do alcohol), a actualización dos subprogramas de tratamento e a elaboración de diferentes protocolos de actuación, destinados a sistematizar as intervencións con problemas específicos da poboación drogodependente ou en determinadas situacións.

8 Promoverase a participación dos centros de Atención Primaria e as oficinas de farmacia de Galicia no Protocolo de colaboración para o programa de mantemento con derivados opiáceos.

8.1. No ano 2004 a implantación do mencionado protocolo abranguerá os centros de Atención Primaria e oficinas de farmacia necesarios para facilitar a accesibilidade dos pacientes das UAD en programa de tratamento con derivados opiáceos, en función de criterios de proximidade xeográfica e estabilidade no tratamento.

A Subdirección Xeral de Atención Primaria da División de Asistencia Sanitaria, a División de Farmacia e Produtos Sanitarios do SERGAS e a Oficina do Comisionado do PGD elaboraron un Protocolo de colaboración para os programas de mantemento con derivados opiáceos nos centros de saúde e oficinas de farmacia de Galicia, para prestar cobertura asistencial nestes centros e establecementos sanitarios ao colectivo de drogodependentes en programas de mantemento con derivados opiáceos. Actualmente están acreditados 119 centros de atención primaria e 17 oficinas de farmacia e un centro hospitalario.

9 No período 2001-2004 o PGD promoverá a mellora dos indicadores asistenciais relacionados con criterios de calidade do proceso asistencial:

9.1. En 2004 a porcentaxe anual de abandonos nos diferentes programas asistenciais será:

- Programa de orientación e acollida: inferior ao 15%.
- Programa de tratamento libre de drogas: inferior ao 30%.
- Programa de tratamento con antagonistas opiáceos: inferior ao 30%.
- Programa de tratamento con derivados opiáceos: inferior a un 25%.

No ano 2004 as porcentaxes de abandonos situáronse, respectivamente, no 6,2% no POA, o 25,4% nos PTLD, o 13,9% nos PTDO e o 20,3% nos PTANO. Destacar que, aínda que en todos os programas os abandonos se reduciron máis alá dos obxectivos inicialmente previstos, os descensos foron especialmente significativos no caso do POA e o PTDO.

b) Obxectivos parcialmente cumpridos

1 No ano 2004 a incidencia de complicacións infecciosas asociadas ao consumo de drogas (VIH/SIDA, VHB e VHC) reduciranse nun 5%.

Os datos achegados polo SAA confirman que a infección por VIH/SIDA entre os pacientes admitidos a tratamento no Rede do PGD no período 2000/2004 se reduciu nun 13,6%, tras pasar de afectar o 12,5% das admisións en 2000 ao 10,8% en 2004. Polo contrario, neste período aumentou nun 5,4% a infección por hepatite B, tras pasar a súa prevalencia do 11,4% ao 11,7%. Tamén creceu a infección por hepatite C nun 54,2%, afectando o 32,4% dos pacientes en 2004 fronte ao 21,0% de 2000.

Non obstante, convén destacar que entre os casos admitidos por primeira vez a tratamento reduciríase de forma notable a incidencia de todas as enfermidades infecciosas analizadas. As prevalencias do VIH/ SIDA e da hepatite B e C pasaron, respectivamente, do 5,2%, 6,6% e 11,5% en 2000 ao 4,6%, 3,6% e 9,3% en 2004, o que supón unha redución delas do 11,5%, 45,5% e o 19,1%.

Cómpre aclarar que, aínda que son probables os incrementos da incidencia da infección por hepatite B e C entre os pacientes que accederon á rede asistencial durante este período, unha boa parte dos novos casos de infeccións identificadas deben atribuírse á mellora dos procedementos para a súa detección e diagnóstico nos centros de tratamento, con independencia do curso seguido por estas enfermidades.

- 2 *Durante o ano 2001 estabilizárase o funcionamento das seis unidades de desintoxicación hospitalaria para drogodependentes ata agora existentes na rede do SERGAS e porase en marcha unha de nova creación na zona sanitaria de Pontevedra, ata completar unha oferta global de 19 prazas.*

Actualmente funcionan seis UHD en Galicia, sen que fose posta en marcha a que estaba previsto situar en Pontevedra.

- 3 *Nas cidades de máis de 100.000 habitantes promoverase a posta en marcha de programas de emerxencia para drogodependentes, especialmente para aqueles que non acudan á rede asistencial, que dean respostas ás súas necesidades básicas.*

Existen na actualidade dúas experiencias nas cidades da Coruña e Vigo co apoio do PGD e outras administracións no campo dos programas de emerxencia social. No contexto destes programas préstase unha atención social e sanitaria básica (entrega de comida, pequenas curas, prevención da transmisión de enfermidades infecciosas, etc.) a drogodependentes en situación de marxinación ou carentes de apoio social e familiar.

- 4 *Ata o ano 2004 incrementáranse anualmente os indicadores de actividade:*

- *Da orde do 2% referido ao número xeral de intervencións.*
- *Nun 5% referido ás intervencións de carácter grupal.*

No período 2000/2003 o número de intervencións individuais incrementáronse nun 1,1%, tras pasar de 72.344 en 2000 a 73.139 en 2004. Pola súa parte, as intervencións de carácter grupal, categoría que inclúe a terapia de grupo e os grupos de pais, creceron un 81,8%, tras pasar de 14.042 en 2000 a 23.526 en 2004. O incremento das intervencións grupais é resultado da intensificación da terapia grupal, posto que os grupos de pais se reduciron durante o período analizado.

Obsérvase unha evolución descendente no número global de intervencións de todo tipo realizadas nos distintos programas de tratamento no período 2000-2004, que pasaron de 331.666 en 2000 a 328.118 en 2004, cun incremento do 1,1%. A evolución no número de intervencións difire segundo o tipo de programa, de maneira que mentres que os PTLD e PTDO viron aumentadas as súas intervencións nun 27,9% e un 2,7%, respectivamente, as intervencións no contexto dos PTANO reducíronse nun 62,3% entre os anos 2000 e 2004.

1.8.3. Avaliación de obxectivos na área de incorporación social

a) Obxectivos cumpridos

- 1 *Promover a posta en marcha de programas de formación e emprego, tanto normalizados como específicos.*

- 1.1. *Establecer a colaboración necesaria coas administracións locais para que no ano 2003 o 25% dos plans municipais sobre drogas dos concellos de máis de 20.000 habitantes dispoñan de programas de formación e emprego normalizados ou específicos para drogodependentes incluídos en programas de tratamento.*

No ano 2003 o 100% dos concellos galegos de máis de 20.000 habitantes, quer individualmente quer de forma mancomunada, manteñen convenios de colaboración co Plan de Galicia sobre Drogas, incluíndo dentro dos seus plans municipais sobre drogas a realización de programas de formación e emprego normalizados ou específicos para drogodependentes. Pola súa parte, outros 12 concellos ou mancomunidades de menos de 20.000 habitantes manteñen tamén convenios dentro do PGD onde se oferta este tipo de programas.

2 Promover, a través dos concellos, a implantación de programas para a integración social das persoas con drogodependencia.

2.1. No ano 2003 polo menos o 25% dos concellos de máis de 20.000 habitantes deberán poñer en funcionamento iniciativas de integración social adecuadas ás necesidades da poboación de afectados.

A totalidade dos concellos de máis de 20.000 habitantes de Galicia inclúen, dentro dos seus plans municipais sobre drogas, o desenvolvemento de programas de incorporación social normalizados e específicos para drogodependentes

3 Fomentar a incorporación social a través da rede xeral de servizos sociais, facilitando o desenvolvemento de prestacións sociais básicas.

As actuacións promovidas desde o ámbito dos servizos sociais para favorecer os procesos de incorporación social da poboación drogodependente canalizáronse, fundamentalmente, a través de dúas vías: o I Plan Galego de Inclusión Social e o Plan Concertado para o Desenvolvemento das Prestacións Básicas de Servizos Sociais.

No período 2001-2003 o número de beneficiarios do I Plan Galego de Inclusión Social cuxa problemática principal eran as adicións foi de 478 persoas, das cales 62 lograron a súa incorporación laboral, 58 mediante a consecución dun emprego por conta allea e catro a través do autoemprego ou a creación de empresas.

Pola súa parte, o Plan Concertado establece entre as cinco prestacións básicas dos servizos sociais o denominado Programa de prevención e inserción, dirixido ao conxunto da poboación e cuxos obxectivos xerais son a prevención das situacións de marxinación social e as súas causas e a integración e participación no medio social das persoas ou grupos máis desfavorecidos afectados polas diferentes formas de exclusión e marxinación social. Entre as intervencións co colectivo drogodependente desenvolvidas polos servizos sociais de atención primaria no período 2001-2003, destacan o acceso de 8.378 beneficiarios drogodependentes á prestación de prevención/inserción e o financiamento con 22.366 euros de diferentes programas de prevención/incorporación de drogodependentes.

4 Facilitar o acceso á formación previa, básica, profesional-ocupacional e á orientación e incorporación laboral de drogodependentes, intensificando as medidas vixentes que promovan a integración social.

No ano 2004 un total de 2.424 drogodependentes accederon a actividades de formación básica, formación laboral, orientación e inserción laboral a través dos 25 programas que o PGD financia a concellos e asociacións no ámbito da incorporación social. Con respecto ao ano 2000 (1.532 beneficiarios en programas de formación profesional-ocupacional e de orientación e incorporación laboral) teríase incrementado nun 58,2% o número de drogodependentes que acceden a este tipo de programas.

5 Desenvolver medidas e deseñar programas encamiñados a paliar as condicións daqueles drogodependentes que se encontran en situación de exclusión social, fomentándose a coordinación entre os profesionais dos recursos do PGD e da rede de servizos sociais. Isto farase dentro do primeiro Plan de Loita Contra a Pobreza e a Exclusión Social.

Os oito plans comunitarios que se desenvolven no contexto do PGD, nas localidades de Caranza (Ferrol), Distrito Quinto (A Coruña), Marín (Pontevedra), Ribeira (A Coruña), Vite (Santiago de Compostela), Monteporreiro (Pontevedra), Casco Vello (Vigo) e Teis (Vigo), participan no I Plan Galego de Inclusión Social 2001-2006.

6 Promover a titorización do proceso de incorporación social no itinerario individualizado de cada usuario.

O PGD implantou o Programa de incorporación individualizado (PIP), cuxo contido se describe no manual editado no ano 2003 como nº 30 da serie Documentos, dentro da Colección Drogodependencias. Nel, ademais dos obxectivos, contidos e metodoloxía que se debe seguir para o desenvolvemento dos programas personalizados de incorporación, describíense as funcións do titor dos procesos de incorporación social e os itinerarios. O PIP conta cun programa de xestión específico denominado XEPIP.

7 *Promover accións de apoio ás ONG e outras entidades que desenvolven actividades de incorporación social no campo das drogodependencias.*

Durante o ano 2004 o PGD asignou un total de 362.014 euros a financiar un total de 19 proxectos no ámbito dos programas de incorporación social, desenvolvidos por asociacións e organizacións sociais sen fin de lucro de Galicia.

8 *Colaborar e coordinar de forma continuada co sistema xudicial, co fin de favorecer a incorporación social das persoas con drogodependencia en cumprimento de condena e/ou con causas pendentes coa xustiza.*

O PGD impulsa oito programas de atención xurídico-social dirixidos á poboación consumidora de drogas con problemas xurídico-penais. Ademais de prestar información, orientación e apoio aos beneficiarios que acceden a eles, no seu contexto realízase unha intensa actividade de coordinación cos xulgados e os centros asistenciais para facilitar o inicio e/ou a continuación do tratamento dos drogodependentes.

O número de beneficiarios dos programas de atención xurídico-social incrementouse nun 2,3% entre 2001 e 2004, á vez que creceron de forma moi notable as actividades despregadas no marco destes programas, principalmente as xestións nos xulgados, os contactos con avogados, a coordinación cos servizos asistenciais do PGD e a elaboración de informes sociais ou sobre a evolución terapéutica dos pacientes.

9 *Publicación periódica e actualizada dun directorio de recursos e programas de incorporación social, introducindo as novas tecnoloxías.*

No ano 2003 editouse, en soporte papel e CD-ROM, o Programa de incorporación personalizado, onde se inclúe un directorio de guías, recursos e programas de incorporación social.

Pola súa parte a páxina web do SERGAS ofrece información actualizada dos programas de incorporación social impulsados por concellos e asociacións que están integrados no PGD.

10 *Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos o PGD promoverá, ademais, a consecución dos seguintes obxectivos:*

10.1. *Definición de indicadores dentro do Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación (SAPI) que faciliten información sobre a eficacia e a eficiencia dos programas e intervencións de incorporación social que coordina o PGD.*

A partir de 2003 ampliáronse os indicadores do SAPI que deben incorporar os programas de incorporación social integrados no PGD, que se definen no Programa de incorporación personalizado (PIP). Os novos indicadores permiten rexistrar: as intervencións realizadas cos beneficiarios dos programas de incorporación social, o tipo de accións, o perfil dos beneficiarios, índices de actividade, asistencia e permanencia, o número de admisións nos PIP, o volume de participantes nos PIP, o número e os motivos da saída do PIP, a media de intervencións por usuario, o número de usuarios que utilizan os diferentes tipos de recursos e o total de accións de incorporación social iniciadas. Estes novos indicadores permiten mellorar substancialmente a avaliación da eficacia e eficiencia dos programas de incorporación social.

- 10.2. *Mantemento e ampliación da colaboración e coordinación entre o PGD, administracións locais e ONG que desenvolvan programas de incorporación social de drogodependentes en proceso de tratamento.*

De forma complementaria á colaboración e coordinación mantida con diferentes asociacións para posibilitar o desenvolvemento de programas de incorporación social, o PGD financia diversas iniciativas neste ámbito promovidas por concellos.

No ano 2004 o PGD destinou 37.630 euros a financiar un total de seis programas de incorporación social desenvolvidos por concellos, aos que se deben sumar os 19 proxectos promovidos por 18 asociacións e ONG.

b) Obxectivos parcialmente cumpridos

- 1 *Establecer a colaboración necesaria coas administracións locais para que no ano 2003 o 25% dos plans municipais sobre Drogas dos municipios que dispoñan de programas de formación e emprego normalizados ou específicos para drogodependentes en programas de tratamento incrementen nun 20% o número de beneficiarios.*

No ano 2004 o número de drogodependentes que participaron en programas de formación e emprego foi de 2.387. Dado que non se dispoñen de datos sobre o volume de beneficiarios destes programas no ano 2000, non é posible verificar o grao de cumprimento do obxectivo.

1.8.4. Avaliación de obxectivos na área de formación

a) Obxectivos cumpridos

- 1 *Os programas de formación impulsados polo PGD terán un carácter diverso nas súas finalidades, destinatarios e contidos. Respecto a estes últimos, sen deixar de recoller temas como os asistenciais ou terapéuticos, deberase afondar noutros como a prevención e incorporación social, programación e avaliación, xestión, etc.*

Durante os anos 2001 a 2004 o PGD desenvolveu unha intensa actividade na área de formación, que tivo como principais destinatarios a: profesionais dos campos das drogodependencias, a saúde, a educación e os servizos sociais, ademais de estudantes e diplomados/licenciados universitarios. As actividades formativas impulsadas polo PGD contaron coa colaboración de diversas universidades galegas, sociedades científicas, colexios profesionais, organizacións non gobernamentais, da Escola Galega de Administración Sanitaria e de diferentes consellerías da Xunta de Galicia. As accións formativas despregadas centráronse en temas como o deseño de programas de prevención e incorporación social, investigación e xestión de sistemas de información, avaliación de programas, novos procedementos e métodos diagnósticos-terapéuticos, etc.

- 2 *Planificación e desenvolvemento de programas de posgrao en drogodependencias, dirixidos aos profesionais do PGD e doutros ámbitos relacionados con este campo.*

Nos últimos anos a Oficina do Comisionado do PGD veu colaborando no desenvolvemento dun módulo sobre drogodependencias, impartido no marco do máster en Saúde Pública que realiza a Universidade de Santiago de Compostela. De igual modo, veu colaborando na formación práctica de alumnos dos MIR e PIR, ademais de distintos masters (en intervención familiar, etc.).

- 3 *Promoción de accións continuadas de carácter formativo para os diferentes equipos de intervención en drogodependencias do PGD.*

A través da Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS), o PGD promoveu durante o período 2001-2004 as seguintes actividades no ámbito da formación continuada: Curso sobre metodoloxía de investigación en drogodependencias, Seminario de introdución á técnica da entrevista motivacional en drogodependencias, Curso sobre avances terapéuticos en drogodependencias, obradoiro sobre participación en sistemas de información especializada en prevención do abuso de drogas: utilidades e funcionamento, Congreso sobre a prevención do consumo de drogas e do abuso do alcohol no ámbito local, Simposio europeo sobre o tratamento clínico das drogodependencias, VI Xornadas luso galaicas de terapia familiar, Curso pola internet sobre intervencións terapéuticas en alcoholismo, Curso de formación para profesionais dos centros asistenciais de drogodependencias en réxime residencial e semirresidencial, Curso de prevención do uso problemático e o abuso de substancias por adolescentes en situación de risco, Seminario sobre adolescencia: ¿que queremos previr?, Formación e reciclaxe na intervención con menores, II Xornadas asturgalaicas de Socidrogalcohol, Xornada sobre o Programa de prevención do consumo de drogas na escola: novos materiais para secundaria obrigatoria e post-obrigatoria, I Simposio iberoamericano de trastornos adictivos, Curso sobre o Programa de incorporación personalizado (PIP), etc.

Á marxe das actividades desenvolvidas coa colaboración do FEGAS, o PGD promoveu de maneira directa diversas actividades formativas entre as que se inclúen: a Aula de formación en psiquiatría/psicoloxía, Xornadas sobre actualización en demencias, diferentes cursos sobre drogodependencias, Xornadas sobre prevención comunitaria, Curso sobre alcoholismo, Xornada sobre drogodependencias para corpos e forzas de seguridade, ademais de colaborar na formación de alumnos de traballo social, psicología, MIR, etc.

- 4 *Oferta de formación en estratexias de prevención de riscos (sexo máis seguro e consumo de menor risco) aos profesionais dos centros de atención ao drogodependentes do PGD.*

Un total de 45 profesionais da Rede Asistencial do PGD (polo menos dous por unidade asistencial) foron formados especificamente no ámbito da prevención de riscos asociados ao consumo de drogas, o que os capacita para o desenvolvemento nos seus centros de talleres sobre sexo máis seguro e consumo de menor risco.

- 5 *Apoio ás iniciativas sociais no desenvolvemento de procesos formativos ligados a actuacións que están organizan.*

O PGD vén apoiando os procesos formativos vinculados ás entidades cidadás a través de dúas vías. Por unha parte, organizando directamente en colaboración con outras institucións (FEGAS, etc.) accións formativas destinadas a representantes e profesionais das ONG que colaboran co PGD, ou abertas á súa participación. Por outra, brindando apoio técnico e financeiro a accións promovidas directamente por asociacións que teñen por obxecto a formación de mediadores sociais e voluntarios, principalmente nos ámbitos da prevención e a incorporación social.

b) Obxectivos non cumpridos

- 1 *Garantir que as titulacións relacionadas coas áreas sanitaria, legal, social e educativa reciban unha formación pregrao en drogodependencias adecuada.*
- 2 *Colaboración cos colexios profesionais das áreas sanitaria, legal, social e educativa para o desenvolvemento de procesos de formación interdisciplinar e básica en drogodependencias das diferentes profesións pertencentes a estas áreas.*

1.8.5. Avaliación de obxectivos na área de investigación e avaliación

a) Obxectivos cumpridos

- 1 *Realización periódica de enquisas e estudos epidemiolóxicos sobre o consumo de drogas en Galicia que permitan facer un seguimento e coñecer a evolución da incidencia e prevalencia do consumo, así como dos factores socioeconómicos e sanitarios relacionados con el.*

No período 2001/04 realizáronse, entre outros, os seguintes estudos epidemiolóxicos e enquisas: "Enquisa a consumidores de heroína e cocaína en tratamento 2001", "Sexualidade e VIH (2002)", "O consumo de drogas en Galicia VII (2002)", "Proxecto internacional Xénero, Alcohol e Cultura (2002), Enquisa a consumidores de heroína e cocaína en tratamento 2003". Así mesmo, en 2004 realizouse o traballo de campo do estudo "O consumo de drogas en Galicia VIII".

- 2 *Optimización do proceso de informatización dos centros e programas do PGD. Buscárase a axilización da transmisión de información, tanto na rede do PGD, como con outros departamentos da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia ou outras estruturas supracomunitarias.*

Durante o ano 2004 procedeuse á instalación dunha aplicación informática específica en todos os centros asistenciais do PGD para apoiar a xestión e avaliación dos Programas de incorporación personalizados, o que permite a recollida sistemática de información sobre un número amplo de variables relacionadas cos procesos de incorporación social, ademais do rexistro dos fluxos de acceso, permanencia e saídas deles.

Así mesmo, desenvolveuse un programa de xestión dos programas de atención xurídico-social (XEPAX) e modificouse o XECEAS para lograr unha maior optimización.

- 3 *Mantemento e desenvolvemento do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA) dos centros e programas do PGD, que facilita a valoración da eficacia, eficiencia e efectividade das actuacións e programas asistenciais.*

No período 2001/04 introducíronse diferentes modificacións nas variables que incorpora o Sistema de Avaliación Asistencial, motivadas pola necesidade de adaptalo aos contidos do indicador demanda de tratamento do Observatorio Europeo das Drogas e as Toxicomanías, que a partir de 2003 incorporaron o conxunto de estados da Unión Europea. Tamén se mellorou a cobertura da información relativa ás enfermidades infecciosas e ao estado mental dos pacientes. Estes cambios provocaron a modificación da aplicación informática que dá soporte ao SAA.

- 4 *Mantemento e desenvolvemento do Sistema de Avaliación de Prevención e Incorporación Social (SAPI) dos equipos de prevención e incorporación social do PGD, que facilita a valoración da eficacia, eficiencia e efectividade das súas intervencións.*

Durante o ano 2003 ampliáronse os indicadores que incorpora o SAPI, coa mellora substancial da capacidade de avaliación das actividades despregadas no marco do PGD nos ámbitos da prevención e incorporación social.

En 2004 púxose en marcha a aplicación do SAPI na páxina web do SERGAS, o que permitirá mellorar a cobertura dos seus indicadores, así como o acceso en tempo real aos datos sobre os programas que desenvolven concellos, asociacións e demais entidades sociais nos ámbitos da prevención e a incorporación social.

- 5 *Mantemento e potenciación da investigación e difusión de traballos científicos, así como dos fondos e recursos documentais en materia de drogodependencias da Consellería de Sanidade e outros departamentos da Xunta de Galicia.*

O PGD desenvolveu entre 2001 e 2004 unha intensa actividade na potenciación dos traballos de investigación, realizando directamente ou conxuntamente con outras institucións e investigadores diferentes proxectos de investigación.

Durante este período realizáronse os seguintes traballos de investigación ou científicos: "Avaliación de procesos e resultados da aplicación de materiais didácticos en educación primaria (2001)", "Informe xeral 2002 do Observatorio de Galicia sobre Drogas", "Estudo das condutas de risco e subtipos de virus VIH distintos ao B en po-boación VIH, en función da existencia de tratamento por drogodependencia (en colaboración co Instituto Carlos III), "Informe xeral 2004 do Observatorio de Galicia sobre Drogas" e "Avaliación da efectividade dos PTDO impulsados polo PGD (plurianual, iniciado en 2004).

En paralelo, o PGD mantivo unha estratexia activa de difusión dos resultados destas investigacións, mediante a súa publicación na Colección Drogodependencias do PGD ou en publicacións específicas. A relación de investigacións e traballos científicos publicados na Colección Drogodependencias no período 2001-2004, é a seguinte:

- O consumo de drogas en Galicia VI (Serie Estudos nº 27).
- Observatorio de Galicia sobre Drogas. Informe Xeral 2002 (Serie Estudos nº 28).
- Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004 (Serie Documentos nº 29).
- Programa de incorporación personalizado" (Serie Documentos nº 30).
- O consumo de drogas en Galicia VII (Serie Estudos nº 31).
- Catálogo de programas asistenciais.
- Programa de prevención Cinensino (Serie Documentos nº 32).
- CD-ROM DAP: Programa de formación e consulta: drogas e atención primaria.

Estas investigacións, como as publicacións editadas, están á disposición dos profesionais do PGD e do público en xeral a través da páxina web do SERGAS.

1.8.6. Avaliación de obxectivos na área de coordinación

a) Obxectivos cumpridos

A Consellería de Sanidade, a través do Comisionado do PGD, promoverá o impulso, seguimento e coordinación das actuacións do PGD, propoñéndose a consecución dos seguintes obxectivos:

- 1 *Potenciación de instancias de coordinación entre a Administración autonómica, as administracións central e local, as ONG e os axentes sociais que interveñan no campo das drogodependencias.*

Durante o período 2001-2004 continuou funcionando con normalidade a Comisión de Coordinación Interconsellerías. Creáronse, ademais, diferentes grupos de traballo dentro do PGD para acometer as seguintes tarefas:

- Deseño de contidos do Programa de incorporación personalizado.
- Deseño do Protocolo de instrumentos de psicodiagnóstico.
- Deseño do Catálogo de programas asistenciais do PGD.
- Deseño da Guía de orientación legal en drogodependencias.
- Deseño do Catálogo de programas de prevención.
- Deseño do Programa de prevención selectiva alternativo ás sancións administrativas por consumo de drogas na vía pública.

Tamén se mantivo a coordinación coa Administración central, mediante a participación do Comisionado do PGD na Comisión Interautonómica do Plan Nacional sobre Drogas, e de membros da Oficina do Comisionado nas comisións técnicas promovidas pola Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas nas Áreas de Prevención, Asistencia, Incorporación Social e Sistemas de Información.

Destacar que o PGD liderou o proceso de creación e posta en marcha do Plan Nacional sobre Drogas da república de Letonia, no cal colaborou a Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas.

No ámbito da Iniciativa Comunitaria INTERREG III desenvóléronse, en colaboración coa Delegación Rexional do Norte de Portugal do Instituto da Droga e da Toxicodependencia, os seguintes programas:

- Programa de formación continuada en drogodependencias e de intercambio de profesionais (PFCDIP/SP1.E68. Convocatoria 2003).
- Reforzo da atención sociosanitaria a drogodependentes na zona fronteiriza da Comunidade Galicia-Norte de Portugal (RASDTF/SP1.E79. 2003).
- Mellora da calidade da atención sociosanitaria aos drogodependentes na zona transfronteiriza da Comunidade Galicia-Norte de Portugal (CALIDADE. Convocatoria 2004).

2 *Explicar as funcións, responsabilidades e programas de actuación encomendados ás diferentes administracións públicas e demais entidades e organismos integrados ou relacionados co PGD.*

Tanto a Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas, como o propio Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004 contribuíron de maneira eficaz a delimitar as funcións dos distintos órganos e instancias implicadas no desenvolvemento do PGD. Así mesmo, os convenios anuais que subscribe o PGD cos diferentes concellos e asociacións para a promoción e o desenvolvemento de programas de asistencia, prevención e incorporación social incorporan protocolos cos compromisos e responsabilidades asumidos polas partes.

En xeral, obsérvase un alto grao dos cumprimentos dos compromisos asumidos no marco dos convenios de colaboración subscritos con concellos e ONG.

3 *Supervisión das medidas vixentes de inspección, control, acreditación, información estatística e avaliación de actuacións dos centros, servizos e establecementos que interveñen no campo das drogodependencias.*

A autorización de centros e servizos de tratamento das drogodependencias está regulada pola Orde do 7 de xullo de 1988. Ademais, sonlles de aplicación os requisitos establecidos con carácter xeral para os dispositivos e centros sanitarios pola Lei 7/2003, do 9 de decembro, de ordenación sanitaria de Galicia. A tal fin, os servizos de Inspección Sanitaria da Consellería de Sanidade realizan inspeccións periódicas para verificar o estrito cumprimento das disposicións legais en vigor.

De forma complementaría ás actividades de inspección e control sanitaria, os centros de atención ás drogodependencias integrados na Rede Asistencial do PGD son obxecto dunha avaliación permanente das actividades que realizan a través do SAA e dos protocolos internos de actividade e financiamento de carácter anual. Así mesmo, puxéronse en marcha protocolos de compromisos cos concellos que manteñen convenios de colaboración co PGD para o desenvolvemento de programas de prevención e/ou incorporación social.

4 *Propiciar o desenvolvemento das medidas establecidas no “Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004”, valorando o grao de cumprimento dos programas e obxectivos establecidos nas diferentes áreas en que se estrutura.*

A fin de dar cumprimento a este obxectivo o presente Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 incorpora a avaliación dos obxectivos do anterior PGD (2001-2004). De

acordo co establecido no grupo de traballo encargado de elaborar a proposta do novo PGD, decidiuse manter a clasificación dos obxectivos en tres categorías, en función do seu distinto grao de cumprimento (obxectivos cumpridos, parcialmente cumpridos e non cumpridos), cuxo balance se recolle ao final deste punto.

Os informes anuais do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA) e do Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI) permiten avaliar con carácter anual o nivel de implementación de moitas das medidas previstas polo PGD, así como grao o de cumprimento da maior parte dos seus obxectivos.

Destacar que, en paralelo á avaliación de resultados do PGD 2001-2004, o PGD procedeu a avaliar os obxectivos propostos pola Estratexia Nacional sobre Drogas 2001-2008, constatándose un alto grao de cumprimento daqueles obxectivos que estaban referenciados para a súa cobertura o 31 de decembro de 2003.

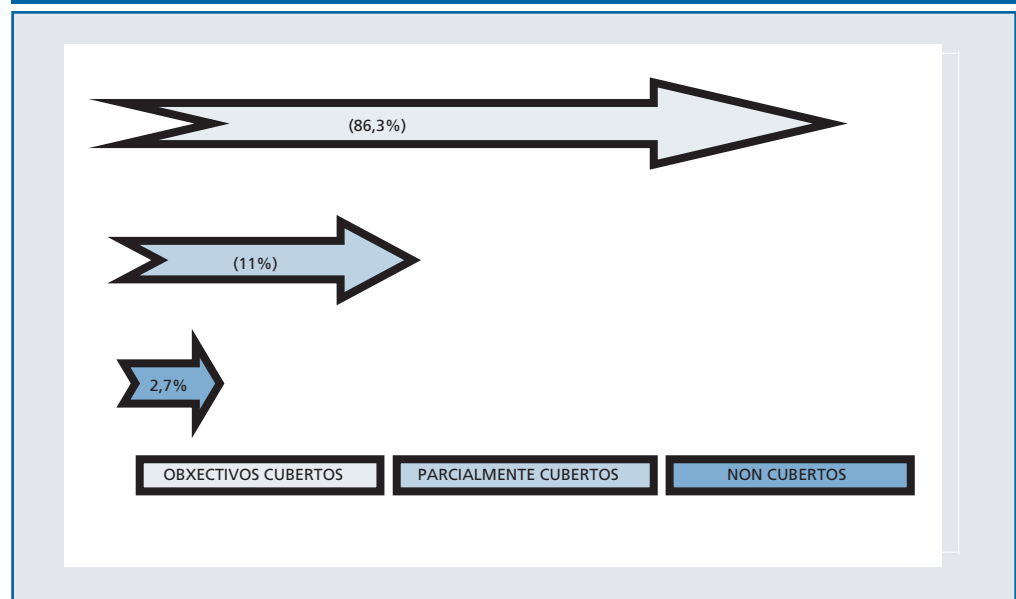
5 *Facilitar a adecuada divulgación entre a poboación xeral e sectores específicos dela, das actuacións que desenvolve e impulsa a Xunta de Galicia en materia de drogodependencias.*

Ademais da difusión institucional das accións despregadas no marco do PGD, a través de informes sectoriais, memorias e diversos foros de representación institucional, a Oficina do Comisionado do PGD realiza de forma rutineira un labor de difusión dos seus servizos e programas entre a poboación xeral, mediante a distribución de diferentes materiais divulgativos (carteis, dípticos, guías, etc.).

O labor de difusión das accións desenvolvidas pola Xunta de Galicia en materia de drogodependencias viuse reforzada a partir de 2002 coa edición do "Boletín PGD". Este boletín de formación e información editase cunha periodicidade trimestral. Estes esforzos permiten que aproximadamente o 40% da poboación galega de 12 e máis anos coñecese en 2002 o PGD e que a valoración do seu labor se manteña en niveis altamente positivos (7,1 puntos de media nunha escala do 1 ao 10).

A modo de balance, destacar a existencia dun altísimo grao de cumprimento dos 73 obxectivos propostos no Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004 (figura 1.72), co 97,3% dos obxectivos cubertos, total (86,3%) ou parcialmente (11,0%).

Figura 1.72.
Grao de cumprimento obxectivos previstos en
Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.



As áreas onde se rexistran os maiores niveis de cobertura son as de investigación-avaliación e de coordinación, co 100% dos obxectivos totalmente cubertos (táboa 1.50), seguidas das de incorporación social (91,7%), asistencia (86,2%) e prevención (80%). Todo isto dentro dun escenario caracterizado polo seu altísimo nivel de cumprimento dos obxectivos formulados, son a de investigación-avaliación e coordinación.

Táboa 1.50. Balance coa cobertura dos obxectivos propostos polo PGD 2001/2004.

ÁREAS	Obxectivos por áreas	Cubertos		Parcialmente cubertos		Non cubertos	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prevenición	15	12	80%	3	20%	0	0%
Asistencia	29	25	86,2%	4	13,8%	0	0%
Incorporación social	12	11	91,7%	1	8,3%	0	0%
Formación	7	5	71,4%	0	0%	2	28,6%
Investigación/Aval.	5	5	100%	0	0%	0	0%
Coordinación	5	5	100%	0	0%	0	0%
TOTAIS	73	63	86,3%	8	11,0%	2	2,7%

Este balance é coherente coa propia evolución que seguiu o Plan de Galicia sobre Drogas desde a súa creación e coas prioridades que se estableceron para o período 2001/04 na área de incorporación social. O importantísimo nivel de desenvolvemento e consolidación con que conta a Rede Asistencial do PGD desde hai anos permítelle facer fronte de maneira eficaz ás novas demandas e necesidades que se van presentando neste ámbito (aparición de novos patróns de abuso de drogas, intensificación de certas patoloxías orgánicas ou psíquicas asociadas ao uso de drogas, etc.). A solidez alcanzada no ámbito asistencial permitiu o reforzamento, primeiro das actuacións de carácter preventivo, e máis tarde das destinadas a favorecer os procesos de incorporación social.

De cara ao futuro, resta avanzar na busca da excelencia e na mellora da calidade dos servizos e programas impulsados no marco do PGD. Unha vez que estes alcanzaron un aceptable nivel de desenvolvemento, chegou o momento de implantar un Sistema de Calidade co fin, non só de mellorar a satisfacción das necesidades e expectativas dos usuarios dos distintos servizos e programas, senón tamén de mellorar a satisfacción dos propios profesionais implicados na prestación dos servizos, mellorando con isto o impacto deles no conxunto da sociedade.

Para logralo, ademais de manter os estándares de calidade actuais, deberá implantarse unha metodoloxía que permita planificar, avaliar e revisar o realizado. Unha vez conseguido, o seguinte obxectivo será a acreditación externa, mediante un selo de recoñecemento internacional que certifique que os servizos que se ofrecen dentro do Plan de Galicia sobre Drogas pasaron unha avaliación externa e se garante unha xestión de excelencia.

Entre as distintas opcións existentes optouse pola aplicación do Modelo de calidade europeo, tamén denominado Modelo de xestión de excelencia europea, **EFQM** (European Foundation Quality Management). A implantación e acreditación deste modelo por parte dos servizos do PGD permitiralles chegar á obtención do "Selo de excelencia", o sistema de recoñecemento da excelencia máis prestixioso de Europa.

O programa de xestión EFQM susténtase nunha metodoloxía de autoavaliación continua, baseada en nove criterios, que permite avaliar o progreso das organizacións asistenciais cara á excelencia. Estes nove criterios agrúpanse en dúas categorías:

Axentes facilitadores (liderado, xestión do persoal, política e estratexia, recursos humanos da organización e procesos), que permiten analizar como realizan os responsables do PGD diferentes actividades claves.

Resultados (satisfacción do persoal, satisfacción usuarios dos servizos/programas, impacto na sociedade e resultados organizacionais), que permiten coñecer a eficacia do planificado, constituíndo auténticos indicadores de calidade.

Con esta iniciativa trátase de establecer un compromiso claro para mellorar a xestión e a organización do Plan de Galicia sobre Drogas, a través da xeración de habilidades internas que favorezan a mellora continua e se centren na obtención de resultados. Sendo a súa misión a de asegurar a preparación, motivación e implicación de todos os traballadores implicados nos servizos que se prestan no contexto do PGD para lograr, entre todos, iniciar as accións concretas de mellora que revertan directamente, non só nos resultados sobre os usuarios, familiares e resto da sociedade, senón tamén nos propios traballadores.

A visión para este Plan de Xestión de Calidade do Plan de Galicia sobre Drogas é a de constituírse nunha auténtica ferramenta de avaliación de carácter global, sistemática e reguladora de todas as actividades e resultados que se deriven da actividade asistencial prestada aos drogodependentes, nos aspectos de xestión, tratamento e incorporación social, que, ao mesmo tempo, poidan ser comparados cun modelo externo de recoñecido prestixio internacional como é o Modelo EFQM.

2. AVALIACIÓN DE NECESIDADES

2. Avaliación de necesidades

2.1. Problemática existente nos ámbitos da prevención, a asistencia e a incorporación social

A avaliación de necesidades é un proceso que se utiliza para comprender a natureza e extensión dos problemas sociais e sanitarios nunha comunidade, coa intención de responder de maneira adecuada a eles. Os achados da avaliación de necesidades son utilizados para implantar programas, establecer políticas ou tomar decisións de tipo orzamentario. É por tanto unha parte consubstancial e indispensable dun ciclo global e sistemático de programación/implementación/avaliación dos programas de intervención en drogodependencias, que facilita o proceso de toma de decisións respecto aos recursos a mobilizar para superar os problemas e necesidades existentes neste campo.

O conxunto de datos achegados pola serie de estudos “O consumo de drogas en Galicia”, o Sistema para a Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI), o Sistema de Avaliación Asistencial (SAA) e o resto de fontes de información integradas no Observatorio de Galicia sobre Drogas indican que, a pesar dos avances e esforzos realizados ata o momento no campo dos consumos de drogas, as drogodependencias e a problemática asociada a elas en Galicia, persisten unha serie de necesidades que deben ser tidas en conta á hora de establecer futuras planificacións.

Estas necesidades, que se ofrecen a continuación agrupadas segundo as diferentes áreas de intervención, serven de base para a formulación dun diagnóstico de situación a partir do cal se definen os obxectivos, as actuacións e os recursos que deben ser mobilizados no marco do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009.

a) Problemática existente no ámbito da prevención

- Importantes niveis de experimentación dos adolescentes con substancias como o alcohol, tabaco e cannabis.
- Altos niveis de continuidade no uso de tabaco, alcohol e cannabis entre os adolescentes que proban estas drogas.
- A crecente presenza de mulleres consumidoras de tabaco, alcohol e outras drogas entre os grupos de idade máis novos.
- Presenza dun elevado número de fumadores diarios, bebedores abusivos (en especial durante as fins de semana), e de consumidores habituais de cannabis, tanto entre adolescentes e mozos, como entre a poboación adulta.
- Contacto coas drogas en idades temperás, en especial no caso do tabaco, alcohol e cannabis.
- Actitudes sociais tolerantes fronte ao consumo de alcohol, tabaco e cannabis, perceptibles tamén entre os pais con fillos adolescentes.
- Presenza de consumos paternos/maternos de tabaco, alcohol e tranquilizantes en familias con fillos menores de idade.
- Alta dispoñibilidade percibida e importante oferta das diferentes drogas no contorno social dos adolescentes e mozos.
- Baixos niveis de risco asociado aos consumos ocasionais de todo tipo de drogas e aos consumos habituais de alcohol, tabaco e cannabis entre os adolescentes.

- Utilización por parte dos adolescentes de vías inadecuadas para obter información sobre as drogas (preeminencia dos medios de comunicación e os amigos como fontes de información e papel secundario dos pais e docentes).
- Asociación do uso de drogas coa diversión, feito que reforza a presenza delas nos espazos de ocio da fin de semana.
- Presenza de condutas de risco asociadas ás drogas: conducción de vehículos de motor baixo os seus efectos, pelexas e agresións, relacións sexuais sen protección, etc.
- Inadecuada xestión do ocio por unha gran parte de adolescentes e mozos, en particular nas fins de semana.
- Existencia de sectores económicos interesados na promoción do consumo de bebidas alcohólicas e tabaco.

b) Problemática existente no ámbito asistencial

- Baixo nivel de intervención fronte á dependencia nicotínica da poboación a tratamento.
- Limitada intervención fronte ao abuso do alcohol na poboación a tratamento.
- Presenza de consumidores problemáticos de alcohol, tabaco, cannabis e cocaína que non formulan demandas de tratamento.
- Emerxencia de problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas entre a poboación adolescente.
- Importantes prevalencias das enfermidades infecciosas (tuberculose, hepatite A, B e C e VIH/SIDA) entre a poboación drogodependente.
- Elevada prevalencia das prácticas sexuais de risco (contactos sexuais con parellas ocasionais sen protección) entre a poboación drogodependente.
- Persistencia da utilización da vía parenteral entre un sector significativo, aínda que cada vez máis minoritario, de consumidores de drogas.
- Elevadas prevalencias dos trastornos mentais entre a poboación con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas.
- Existencia dunha elevada porcentaxe de drogodependentes con fillos menores en situación de risco social e/ou desamparo, especialmente vulnerables á reprodución de condutas de uso e/ou abuso de drogas.

c) Problemática existente no ámbito da incorporación social

- Existencia dun segmento significativo, aínda que minoritario, de persoas con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas con estilos de vida marxinais.
- Persistencia de elevadas taxas de desemprego entre os pacientes drogodependentes.
- Presenza dunha elevada porcentaxe de pacientes con problemas de illamento social.
- Ausencia dun espazo convivencial estable en aproximadamente o 4% dos pacientes que acceden a tratamento.
- Baixo nivel académico e ausencia de formación laboral nunha porcentaxe relevante de pacientes drogodependentes.
- Elevada porcentaxe de pacientes con antecedentes xudiciais e de estadía en prisión.
- Presenza dun importante número de reclusos drogodependentes en tratamento con dificultades de incorporación social tras abandonar a prisión.

d) Problemática existente no ámbito da formación

- Carencias formativas do persoal docente, social e sanitario no campo das drogodependencias e das estratexias e procedementos para a súa prevención, asistencia e incorporación social.

e) Problemática existente no ámbito da investigación/avaliación

- Necesidade de afondar no coñecemento do funcionamento dos factores de risco e protección asociados ao consumo de drogas e na efectividade e eficiencia das diferentes estratexias preventivas.
- Necesidade de perfeccionar os procedementos para avaliar a efectividade e eficiencia das diferentes intervencións asistenciais.
- Existencia de diferentes sistemas de información no ámbito das drogodependencias, a saúde mental e o sistema sanitario xeral.
- Necesidade de potenciar a investigación en rede no ámbito das drogodependencias en Galicia.

f) Problemática existente no ámbito da coordinación

- Necesidade de mellorar os instrumentos de coordinación e seguimento das actuacións dos concellos en materia de prevención e incorporación social.
- Necesidade de mellorar os procedementos de coordinación e seguimento das actuacións das ONG en materia de prevención e incorporación social.
- Necesidade de adecuar a Lei 2/96, de Galicia sobre drogas, ás modificacións a introducir na organización e funcionamento dos servizos asistenciais, así como na regulación da publicidade, promoción e venda de tabaco e bebidas alcohólicas.

2.2. Diagnóstico de situación: fortalezas e debilidades das políticas desenvolvidas no marco do Plan de Galicia sobre Drogas

2.2.1. Respecto das políticas ensaiadas en materia de prevención

A redución da demanda configúrase, xunto co control e/ou a redución da oferta, como un dos dous grandes eixes estratéxicos desde os cales afrontar a prevención do uso e abuso de drogas. Este tipo de programas céntranse fundamentalmente no fortalecemento e desenvolvemento dunha serie de competencias (recursos e habilidades persoais e sociais) que actúan como factores de protección, permitindo ás persoas afrontar distintas situacións e problemas da vida cotiá sen recorrer ao consumo de drogas. Os programas de prevención centrados na redución da demanda inciden habitualmente, de forma máis ou menos simultánea, nunha serie de contidos comúns, como son: a información sobre as drogas e os seus efectos, as habilidades de resistencia/rexeitamento á oferta destas substancias, as habilidades sociais, de comunicación e asertividade, as habilidades de afrontamento, os procesos de toma de decisións e solución de problemas, o control emocional e o manexo do estrés, a mellora da autoestima, a educación en valores, a promoción de actividades de ocio saudable, a mellora da comunicación familiar e o funcionamento familiar, as habilidades de negociación e resolución de conflitos, etc.

A situación actual das políticas en materia de prevención das drogodependencias en Galicia podería sintetizarse do seguinte modo (táboa 2.1):

Táboa 2.1. Fortalezas e debilidades das políticas ensaiadas en materia de prevención.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elevados niveis de implantación e cobertura dos programas de prevención escolares. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dificultades para incrementar a cobertura dos programas de prevención escolar, fundamentalmente na ESO.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Existencia dunha oferta plural de programas de prevención dirixidos á comunidade escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Limitada capacidade de atracción de nais e pais nos programas de prevención familiar de carácter universal.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Relevante presenza dos programas de prevención informativos/formativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escasa implantación de programas de prevención familiar de carácter selectivo e indicado.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Relevante presenza dos programas de prevención dirixidos a mozos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baixo nivel de implantación dos programas de prevención laboral.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Implantación do Sistema de Avaliación de Programas de Prevención (SAPI). 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Existencia dun Catálogo de programas de prevención amplo, cunha oferta de programas universais, selectivos e indicados para a súa implantación nos ámbitos da información/formación, comunitario, educativo, familiar, xuvenil e laboral. 	

1. Os programas de prevención escolar contan cun elevado grao de implantación, cunha cobertura do 44% sobre os centros educativos existentes en Galicia, moi superior ao rexistrado no resto do Estado (OED, 2003).
2. Dado que a escola posibilita o desenvolvemento dunha tarefa educativa continuada con poboacións que aínda non tiveron contacto coas drogas, deben reforzarse os esforzos para universalizar a práctica de actuacións relacionadas coa prevención das drogodependencias no maior número posible de centros docentes de primaria, secundaria e universitarios de Galicia. As estratexias a impulsar neste ámbito, tendentes a incrementar a cobertura dos programas escolares, deben ter presente a existencia de diferentes niveis de necesidades nos centros, así como o distinto grao de compromiso e colaboración na implementación dos programas por parte das direccións, os docentes e as asociacións de pais/nais dos centros.
3. Ofertáronse programas de prevención escolar con distintos niveis de exixencia e implicación á comunidade educativa, xunto con materiais de apoio e equipos de asesoramento aos docentes.
4. Os esforzos realizados nos últimos anos permitiron un incremento substancial do número de pais e nais beneficiarios dos programas de prevención familiar. A pesar disto, e tendo en conta o papel relevante da familia na socialización dos fillos e, consecuentemente, nos procesos de prevención das drogodependencias, os programas de prevención dirixidos á familia deben mellorar substancialmente os seus actuais niveis de implementación.
5. Xunto coa inclusión de actuacións dirixidas a nais e pais no marco dos programas familiares, débense impulsar medidas que permitan facilitar ao conxunto das familias galegas información básica sobre as drogas e as pautas para previr o seu uso por parte dos seus fillos.
6. Existe un relevante número de familias con problemas de funcionamento familiar, derivados da presenza de condutas de abuso ou dependencia ás drogas dos proxenitores, trastornos mentais, desemprego, pobreza, prostitución, inmigración, etc., que teñen no seu seo a fillos menores. Estas familias "multiproblemáticas", e en especial os seus fillos menores, deben ser obxecto de medidas específicas de apoio no contexto de programas de prevención selectivos ou indicados.

7. Mantense a actividade dos programas comunitarios de prevención, a pesar das dificultades que encontran as iniciativas baseadas na mobilización e participación social. Estes programas, máis alá do papel que desempeñan na elaboración de diagnósticos e programas de actuación compartidos para abordar as necesidades locais en relación coas drogas, confiren un importante grao de credibilidade e congruencia ás accións preventivas promovidas por diferentes institucións, razón pola cal debe favorecerse a súa actividade.
8. Debe aproximarse a información sobre as drogas e as consecuencias e riscos que comporta o seu consumo aos espazos públicos onde se desenvolven habitualmente os mozos consumidores destas substancias.
9. Os programas de prevención no medio laboral teñen unha escasa implantación, a pesar de que os traballadores rexistran uns importantes niveis de consumo de tabaco, alcohol e outras drogas, ao estar sometidos á exposición, tanto de factores de risco laborais, como extralaborais. Esta situación reclama unha clara e definitiva involucración das organizacións empresariais e sindicais nas accións tendentes a previr o consumo de drogas no medio laboral, en consonancia co establecido na Lei de prevención de riscos laborais.
10. Dispónse dun Catálogo de programas de prevención susceptibles de ser implementados en diferentes ámbitos de actuación. Este catálogo debe servir de referencia ao conxunto das institucións públicas e privadas e demais entidades sociais e cidadás interesadas en promover este tipo de iniciativas, permitindo a xeneralización de boas prácticas no campo da prevención. Os programas de referencia a incluír neste catálogo deben contar cunha solvencia científica e metodolóxica acreditada, incluíndo un marco teórico coherente, e unhas estratexias e contidos que demostrasen a súa capacidade para incidir positivamente nos hábitos de consumo de drogas e nas percepcións sociais cara a estas substancias.
11. Implantouse un Sistema para a Avaliación de Programas de Prevención (SAPI) que permite a recollida organizada e estruturada das actuacións preventivas. A implantación deste sistema é de obrigado cumprimento para os programas acreditados polo PGD e daqueles que reciban financiamento da Xunta de Galicia.

2.2.2. Respecto das políticas ensaiadas en materia asistencial

A análise dos indicadores achegados polo Sistema de Avaliación Asistencial permite constatar a presenza dunha serie de procesos relevantes relacionados coa actividade asistencial que se vén desenvolvendo no marco do PGD (táboa 2.2):

Táboa 2.2. Fortalezas e debilidades das políticas ensaiadas en materia asistencial.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Incremento do volume de pacientes atendidos nos servizos asistenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baixos niveis de cobertura dos problemas de alcoholismo e tabaquismo.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mellora dos niveis de cobertura da demanda potencial de problemas de abuso ou dependencia a opiáceos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presenza de poboación con consumos abusivos de alcohol, cannabis e cocaína que non accede aos centros de tratamento.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mellora da calidade da asistencia prestada aos pacientes da rede asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dificultades na coordinación cos servizos de saúde mental, o que dificulta o adecuado tratamento dos trastornos psiquiátricos que presenta a poboación drogodependente.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cobertura das demandas de tratamento formuladas pola poboación reclusa drogodependente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dificultades de coordinación cos servizos de atención primaria de saúde.

1. As políticas aplicadas ata a data en materia de atención ás drogodependencias permitiron un incremento continuado no número de pacientes que reciben tratamento, mesmo nun contexto caracterizado pola estabilización das demandas de tratamento (admisións). Este crecemento dos volumes asistenciais foi posible grazas á mellora dos niveis de adherencia ou fidelización no tratamento dos pacientes atendidos, en especial dos consumidores de opiáceos, proceso que se viu favorecido polo reforzamento da oferta de prazas dos PTDO.
2. O aumento rexistrado no número de pacientes atendidos, nun escenario xeral caracterizado pola estabilización-redución das prevalencias de uso das distintas drogas e de descenso no volume das admisións a tratamento, estaría traducindo no reforzamento da cobertura asistencial da poboación con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas existente en Galicia. De feito, nos últimos anos o “índice de cobertura”, ou ratio existente entre a demanda potencial (poboación con consumos abusivos de diferentes drogas) e a demanda atendida (persoas incorporadas a tratamento), incrementouse de maneira notable.
3. A pesar de que nos últimos anos se incrementaron sensiblemente as admisións a tratamento por abuso/dependencia a cocaína e cannabis, a heroína continua monopolizando a maioría das admisións a tratamento, isto a pesar da baixa prevalencia de uso desta substancia e a que o fluxo de casos novos incorporados ao seu consumo foi moi reducido. Non obstante, a partir de 2003, e por primeira vez na historia da Rede Asistencial do PGD, as admisións por abuso/dependencia á cocaína superaron ás de heroína entre os pacientes que iniciaron tratamento por primeira vez na súa vida.
4. Constátase unha mellora substancial da calidade da atención ofertada aos pacientes que acceden á rede asistencial, como o acredita a evolución do conxunto de indicadores que describen a actividade interna dos servizos asistenciais, caracterizada pola tendencia favorable no comportamento dos motivos de saída e os indicadores de permanencia, actividade e asistencia. A progresiva consolidación da rede asistencial, a depuración dos procesos de diagnóstico e a diversificación e enriquecemento da oferta terapéutica, entre outros aspectos, estarían na base da mellora da calidade dos servizos prestados aos pacientes e da súa efectividade.
5. A estabilización do número das admisións a tratamento e a mellora dos niveis de cobertura asistencial non significa, nin moito menos, que se cubrise a demanda potencial de problemas de abuso/dependencia ás drogas existente en Galicia. Aínda que a epidemioloxía dos consumos de drogas en Galicia mostra unha evolución globalmente positiva nos últimos anos, é evidente que o número de persoas con problemas de abuso a substancias como o tabaco, alcohol, cannabis ou a cocaína, por citar só algunhas das máis relevantes, supera os actuais niveis asistenciais. Existe aínda un relevante segmento de poboación con problemas de abuso ou dependencia ás drogas que permanece oculta e afastada dos circuitos terapéuticos.
6. A tolerancia social fronte a certas drogas e os seus efectos asociados provoca que gran parte dos cidadáns que abusan delas non perciban como problemática esta conduta e que, en consecuencia, non demanden axuda nos servizos especializados de tratamento. Substancias como o alcohol e a cocaína ilustran este dobre proceso de banalización dos problemas de abuso ás drogas e de ausencia de demandas de axuda ou tratamento para eles. Estudos promovidos en Europa pola OMS estiman que tan só entre un 5% e un 20%, segundo os países, da poboación con problemas de alcoholismo solicitou axuda nos dispositivos asistenciais. Pola súa parte, os consumidores de substancias como a cocaína permanecen anos consumindo ata que deciden demandar tratamento e non porque non presenten problemas (principalmente psicolóxicos, legais, familiares), senón porque compatibilizan o consumo co desenvolvemento de estilos de vida máis ou menos normalizados (vida familiar, traballo, etc.), que impiden o autorrecoñecemento da existencia de problemas derivados do abuso desta droga.

As demandas asistenciais están condicionadas, non só polos hábitos de consumo de drogas, senón polas opinións dos cidadáns fronte ás substancias (funcións atribuídas, risco asociado, etc.), o que configura a súa conduta ante a adicción e as propias percepcións das condutas de abuso ou dependencia ás drogas. Por isto, débense facer notables esforzos de información e sensibilización para o recoñecemento dos problemas de abuso ás drogas, principalmente daquelas de maior consumo, como o alcohol ou o cannabis, á vez que se normaliza a imaxe dos drogodependentes e dos servizos de atención ás drogodependencias.

7. A normalización da asistencia á poboación con problemas de abuso ou dependencia ás drogas debe apoiarse, entre outras accións, na adopción de estratexias de información dirixidas, tanto á poboación xeral, como aos grupos onde se concentran os maiores consumos.

Estas accións deben incorporar información respecto a: 1) Os síntomas ou criterios que poderían ser indicativos da existencia dun problema de abuso ou dependencia ás drogas, 2) A descrición dos principais contidos das diferentes modalidades terapéuticas coas que se abordan este tipo de problemas, 3) Salientar que os problemas de abuso ou dependencia ás drogas se producen en todos os grupos sociais, 4) Que estes problemas teñen solución e que o pronóstico mellora substancialmente cando máis temperá é a intervención, 5) Destacar que os centros de tratamento atenden todo tipo de dependencia das drogas, non só os problemas derivados do consumo de heroína, 6) Que existe unha ampla rede asistencial á que se pode acceder de maneira fácil e gratuíta para abordar estes problemas, 7) Que os centros asistenciais, de utilización públicas, contan con equipos profesionais altamente especializados e cunha notable experiencia no tratamento das adiccións e as súas consecuencias sanitarias e sociais.

8. Débense adoptar medidas organizativas, orzamentarias e técnicas co fin de integrar progresivamente os recursos específicos para a atención ás drogodependencias na rede xeral de saúde. A integración funcional e administrativa destes servizos facilitará a normalización da atención aos drogodependentes, a mellora da cobertura dalgunhas formas de abuso e/ou dependencia ás drogas (en especial do alcohol e o tabaco), o aumento da calidade dos servizos prestados aos pacientes (ao permitir mobilizar recursos humanos e técnicos complementarios aos xa dispoñibles) e a maior eficiencia dos programas asistenciais, reducindo os custos dos servizos de tratamento.
9. Débense reforzar as estratexias específicas dirixidas a facilitar o tratamento dos problemas de abuso e/ou dependencia a substancias como o alcohol ou os derivados do cannabis entre os grupos de idades máis novos. Estas estratexias deben contribuír á detección temperá e ao recoñecemento da existencia deste tipo de problemas.
10. De igual modo, débense manter os esforzos de captación despregados con aqueles drogodependentes cun perfil marxinal, a través dos dispositivos de atención social e sanitaria básica e estratexias de aproximación.
11. Débese realizar un constante esforzo de adaptación da oferta terapéutica aos novos patróns de uso de drogas e ás novas necesidades e demandas que formulan os pacientes, diversificándoa ao máximo. Para isto, periodicamente deberá procederse á actualización do Catálogo de programas asistenciais ofertados polo PGD.
12. A diversificación da oferta asistencial deberá ir acompañada dunha estratexia informativa que permita unha correcta descrición dos servizos que brindan os centros especializados no tratamento das condutas adictivas da rede asistencial de saúde mental e drogodependencias, que permita aos cidadáns visualizar que estes centros prestan apoio e atención a calquera tipo de problema relacionado co uso e/ou abuso de drogas. Neste sentido, considérase especialmente necesario explicar o alcance e o contido dos servizos que prestan os centros da mencionada rede aos problemas de tabaquismo e alcoholismo.

13. Os esforzos de diversificación da oferta deben incluír o deseño de accións terapéuticas específicas para determinados grupos de consumidores de drogas que presentan perfís e necesidades especiais, sobre todo no que se refire aos menores de idade e ás mulleres.
14. Débense flexibilizar os criterios de admisión e permanencia dos pacientes nos diferentes programas asistenciais, consagrando o principio de autonomía como eixe arredor do cal se articulen as relacións dos pacientes cos profesionais da rede asistencial de saúde mental e drogodependencias. Unha autonomía que se debe plasmar no recoñecemento do dereito dos pacientes a tomar libremente as decisións sobre todo aquilo que lles compete e a realizar accións segundo os seus valores e crenzas, ademais dunha serie de dereitos obxectivos, como son os de recibir tratamento en centros e servizos acreditados, a liberdade para elixir entre as diferentes alternativas terapéuticas indicadas polo equipo profesional responsable do tratamento, a voluntariedade para iniciar ou concluír os procesos terapéuticos, etc. O recoñecemento dos pacientes como suxeitos de dereitos e obrigas recóllese no título VIII, capítulos I e II da Lei 7/2003, do 9 de decembro, de ordenación sanitaria de Galicia.
15. A presenza dunha elevada porcentaxe de pacientes con problemas psiquiátricos asociados ao abuso de drogas aconsella o establecemento e utilización de protocolos que garantan o control e o tratamento deles. Os pacientes dos centros especializados no tratamento de condutas adictivas da rede de saúde mental e drogodependencias deben ser obxecto dunha avaliación destinada a identificar a presenza de trastornos mentais, debéndose establecer mecanismos áxiles de coordinación e derivación aos servizos de saúde mental para garantir o seu adecuado tratamento cando sexa preciso. A integración dos servizos asistenciais especializados no tratamento de condutas adictivas na rede sanitaria xeral contribuirá a mellorar a atención dos problemas psiquiátricos concomitantes co abuso e/ou dependencia ás drogas.
16. A existencia de importantes prevalencias das infeccións por VIH/SIDA, hepatite B e C e tuberculose entre os pacientes que acceden aos servizos asistenciais fai preciso reforzar os procedementos para a detección e o tratamento delas.
17. Os acordos establecidos ata a data entre o PGD e os responsables da Administración penitenciaria permitiron asegurar a incorporación a programas de tratamento dos reclusos drogodependentes, así como a súa continuidade cando abandonan, temporal ou definitivamente, o sistema penitenciario. Estes acordos débense manter e ampliar cando sexa necesario, a fin de facer efectivos os dereitos e obrigas sinalados no punto 14, considerando que o recluso perde o dereito á liberdade, pero non á saúde.

2.2.3. Respecto das políticas ensaiadas en materia de redución de danos

A redución dos danos asociados ao consumo de drogas configurouse como un aspecto clave nas políticas impulsadas en Galicia no marco do PGD, podendo sintetizarse o balance dos resultados obtidos do seguinte modo (táboa 2.3):

Táboa 2.3. Fortalezas e debilidades das políticas ensaiadas na redución de danos.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Redución da infección por VIH/SIDA entre os pacientes atendidos nos servizos asistenciais. ■ Progresivo abandono das vías de administración de drogas máis lesivas: redución do consumo de drogas por vía intravenosa e accesibilidade a prácticas de consumo de menos risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Importantes prevalencias da infección por hepatite B e C e tuberculose entre usuarios de drogas. ■ Elevadas prevalencias de sobredose. ■ Elevada morbi-mortalidade asociada ao consumo abusivo de alcohol.

1. Os esforzos realizados nos últimos anos no ámbito da redución de danos permitiron un maior control da infección por VIH/SIDA entre os pacientes da rede asistencial de saúde mental e drogodependencias como consecuencia, fundamentalmente, da drástica redución conseguida no uso da vía intravenosa e outras prácticas de risco entre a poboación consumidora de opiáceos. A pesar dos avances logrados no control das enfermidades infectocontaxiosas (xeneralización dos sistemas de diagnóstico e tratamento), débense reforzar os programas de redución do dano dirixidos á prevención, control e tratamento do VIH/SIDA, hepatite A, B e C, tuberculose e as enfermidades de transmisión sexual, que teñen aínda unhas elevadas prevalencias entre os consumidores de drogas. A totalidade dos pacientes dos centros especializados no tratamento de condutas adictivas da rede de saúde mental e drogodependencias deben ser sometidos periodicamente a probas diagnósticas para detectar a presenza destas enfermidades e incorporados, se é o caso, aos programas de vacinación e tratamento pertinentes. En paralelo, débense ensaiar estratexias de aproximación cara a certos colectivos de drogodependentes que se encontran afastados dos circuitos asistenciais para permitir, polo menos, o control e o tratamento deste tipo de enfermidades.
2. Ademais de continuar desenvolvendo accións destinadas a conseguir o abandono de certas prácticas de risco entre a poboación consumidora de opiáceos, os programas de redución do dano deben recoller accións específicas dirixidas aos consumidores en contornos recreativos (cocaína, alcohol, éxtase, etc.), entre os que se observa unha elevada prevalencia dalgunhas prácticas de risco como as relacións sexuais con parellas ocasionais sen protección, as intoxicacións etílicas e episodios de sobredose por drogas, etc.
3. Os acordos de colaboración existentes entre a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias e a Administración penitenciaria deberían ser ampliados para conseguir minimizar os riscos e danos asociados ao consumo de drogas entre a poboación reclusa. Esta poboación debe continuar tendo unha posición prioritaria como destinataria das actuacións dirixidas á prevención e ao tratamento das enfermidades infecciosas relacionadas co uso de drogas, atendendo ás elevadas prevalencias que estas rexistran neste medio e ao alto risco existente para a súa transmisión nos centros penitenciarios.
4. Débense deseñar e impulsar estratexias para a redución de danos asociados ao consumo de psicoestimulantes, unhas substancias que están provocando a maioría das urxencias hospitalarias por abuso de substancias psicoactivas e un número crecente das mortes por reacción aguda tras o consumo de drogas.
5. Débense impulsar programas de redución do dano asociados ao consumo de alcohol e tabaco, en especial entre os policonsumidores de drogas.
6. Os programas de redución do dano deberán establecer accións específicas dirixidas a mitigar o impacto negativo dos consumos de alcohol e outras substancias, en especial no referido aos accidentes de tráfico e laborais.

2.2.4. Respecto das políticas ensaiadas en materia de incorporación social

Os cambios introducidos na oferta dos servizos asistenciais, así como nos perfís da poboación drogodependente que accede a eles, tiveron un impacto moi importante nas políticas desenvolvidas nos últimos anos en materia de incorporación social, destacando, entre outros os seguintes procesos (táboa 2.4):

Táboa 2.4. Fortalezas e debilidades das políticas ensaiadas en materia de incorporación social.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Clarificación da metodoloxía de intervención nos procesos de incorporación. ■ Definición dos contidos dos programas personalizados de incorporación (titor, itinerarios, actividades, recursos). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reforzamento das actividades de formación e incorporación laboral. ■ Persistencia dunha reducida porcentaxe de drogodependentes en situación de exclusión e/ou marxinación social. ■ Limitada capacidade dos recursos de apoio aos procesos de incorporación social dos reclusos drogodependentes que abandonan a prisión.

1. Coa aprobación do Programa de incorporación personalizado conseguíuse a ordeación dos procesos e intervencións que deberán desenvolver os distintos profesionais e dos recursos que colaboran nos procesos de incorporación social da poboación drogodependente.
2. O volume dos programas de incorporación social mantense relativamente estable, en gran medida como consecuencia dos maiores niveis de integración familiar, laboral e social con que contan os pacientes que inician tratamentos por problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas. A pesar disto, o número de drogodependentes que participan en actividades formativas e favorecedoras da inserción laboral creceu de forma notable nos últimos anos.
3. Aínda que as situacións de exclusión ou marxinación non están xeneralizadas entre os pacientes que acceden aos centros asistenciais, existe un segmento importante de pacientes con problemas de convivencia, laborais, económicos, nas súas relacións sociais, etc. Para estes drogodependentes débense manter en funcionamento servizos dirixidos a proporcionarlles unha atención social e sanitaria básica, garantindo, ademais, o seu acceso a programas de incorporación social. Estes programas deben favorecer o acceso a recursos convivenciais alternativos para aqueles drogodependentes que viven na rúa.
4. Os centros especializados no tratamento de condutas adictivas da rede de saúde mental e drogodependencias do SERGAS deben asumir unha serie de compromisos básicos en relación cos procesos de incorporación social, como son: 1) a elaboración dun diagnóstico específico que estableza as necesidades que cada paciente presenta neste ámbito, 2) a formulación dun programa personalizado de incorporación social, integrado dentro do programa terapéutico xeral, 3) a responsabilidade de apoiar e acompañar os pacientes con problemas neste ámbito nos diferentes itinerarios en que se poida concretar o programa individualizado de incorporación social (realizar o seu seguimento e a avaliación, designar un profesional encargado de asumir a titoría do proceso, etc.) e 4) a coordinación externa con diferentes recursos, profesionais e institucións que participen dalgún modo no proceso de incorporación social, co fin de propiciar, sempre que sexa posible, o acceso e utilización de recursos xerais ou normalizados para lograr os obxectivos propostos con cada paciente.

5. Os progresos realizados na atención aos reclusos drogodependentes, que permitiron un incremento notable dos pacientes que acceden aos servizos de tratamento intrapenitenciarios e extrapenitenciarios, deben estar acompañados da mellora dos recursos e programas de incorporación social destinados a este colectivo. Os programas de incorporación social para poboación ex-reclusa deben incidir, fundamentalmente, na xeración de espazos de convivencia transitorios (nos casos onde non exista familia ou unha estrutura social de apoio alternativa) e no fortalecemento das redes sociais.
6. As accións a despreparar para apoiar os procesos de incorporación social da poboación drogodependente débense canalizar, sempre que sexa posible, a través de recursos normalizados. Para isto, débese procurar integrar estas actuacións no marco dos programas de incorporación social que impulsan os sistemas xerais de servizos sociais, emprego, educación, etc.

2.2.5. respecto das políticas ensaiadas en materia de formación

1. Nos últimos anos realizáronse avances no ámbito da especialización dos profesionais do PGD que traballan nos ámbitos da prevención, asistencia e incorporación social, xeneralizándose o seu acceso a programas de formación continua. Nestes programas deben ocupar unha posición destacada as actuacións destinadas á difusión de novos procedementos e estratexias de intervención nos campos da prevención, a asistencia e a incorporación social, que permitan mellorar a calidade dos programas e xeneralizar o uso de métodos e prácticas rigorosas e eficaces desde o punto de vista técnico.
2. Aínda que nos últimos anos se mantiveron as actividades de formación continuada e reciclaxe dos profesionais que traballan no campo da atención ás drogodependencias, é necesario dispoñer dun coñecemento detallado das necesidades que, nesta área, teñen actualmente os profesionais da rede de saúde mental e drogodependencias. Neste sentido, é preciso elaborar un plan director de formación que, entre outros aspectos, teña en conta as necesidades derivadas do novo escenario de integración asistencial.
3. Aínda que se desenvolveron diversas iniciativas dirixidas á formación de profesións de atención primaria, é preciso intensificar este tipo de accións. Esta formación débese orientar a mellorar: a) a capacidade destes profesionais na detección e/ou diagnóstico dos problemas de abuso ás drogas, b) a colaboración no tratamento de certas formas de abuso ás drogas que non requiran da intervención de servizos especializados, c) o tratamento dos problemas de saúde asociados ao consumo de drogas, d) a colaboración na redución de danos asociados ao abuso de drogas como o alcohol, o tabaco ou os psicofármacos, e) a colaboración nos tratamentos supervisados de pacientes drogodependentes e f) a colaboración no desenvolvemento de programas de prevención.
4. A formación de mediadores sociais revelouose como unha estratexia que permite apoiar a implementación dos programas de prevención e a súa eficacia, razón pola cal se debe continuar ofertando formación en drogodependencias a diferentes colectivos sociais e profesionais. Atendendo ao relevante papel que a escola desempeña nos procesos de socialización, deberíaselle ofertar á totalidade dos docentes de educación primaria e secundaria que o soliciten unha formación básica en materia de prevención das drogodependencias e/ou educación para a saúde.

2.2.6. Respecto das políticas ensaiadas en materia de investigación

1. Aínda que se impulsaron diferentes investigacións, fundamentalmente de tipo epidemiolóxico, é preciso reforzar as liñas de investigación aplicada, en especial daquelas dirixidas a avaliar a efectividade e eficiencia dos diferentes programas terapéuticos impulsados polo PGD. Os resultados destes traballos deben servir para mellorar os criterios de indicación terapéutica dos diferentes programas e para identificar as actividades e accións que teñen unha maior influencia no éxito dos tratamentos.
2. A pesar da existencia de experiencias puntuais de investigación multicéntricas, é necesario potenciar e xeneralizar esta liña de traballo.
3. Aínda que nos últimos anos mellorou a solvencia técnica e científica dos programas que se veñen desenvolvendo no campo da prevención das drogodependencias, existen aínda déficits que deben ser cubertos. Algunhas das carencias que se observan en relación con estes programas, que poden ser superadas con traballos de investigación, son as relacionadas coa fundamentación ou soporte teórico dalgunhas estratexias de intervención (en especial as que se desenvolven no contexto dos programas dirixidos a mozos baseados na xeración de alternativas de ocio), o funcionamento en condicións reais dos factores de risco e protección en distintos colectivos ou grupos sociais e a eficacia, eficiencia e efectividade de distintas estratexias e programas.
4. No marco da investigación, os estudos destinados a avaliar os resultados e o impacto dos programas de prevención e incorporación social impulsados polo PGD deben ocupar un lugar prioritario.
5. Considérase necesario favorecer a creación de redes e equipos estables de investigación na área de drogodependencias.

3. PLANIFICACIÓN XERAL

3. Planificación xeral

3.1. Conceptualización das drogodependencias e modelo de intervención

A forma de entender as drogodependencias, as razóns que explican a súa xénese e a natureza dos seus efectos, condiciona os modelos e estratexias que se deben implementar para a súa abordaxe. Os modelos teóricos explicativos das drogodependencias, a súa conceptualización, evolucionaron desde modelos que salientaban unha soa dimensión do fenómeno ata a consideración das drogodependencias como un trastorno multicausal e multidimensional.

O recoñecemento das drogodependencias como un fenómeno multideterminado, resultado da interacción que ten lugar entre os suxeitos, o contexto social e cultural onde se desenvolven estes e as propiedades farmacolóxicas das substancias consumidas, cunha ampla variedade de efectos en diversas dimensións das persoas que as padecen e no seu contorno social próximo, permitiu o establecemento dun amplo consenso arredor do denominado “Modelo integrador das drogodependencias”. Un modelo que é suficientemente flexible como para incorporar as múltiples dimensións do fenómeno e os cambios que progresivamente se producen en relación coas drogodependencias.

Entre os elementos arredor dos cales se articula este modelo integrador das drogodependencias destacan os seguintes:

- As drogas son substancias que historicamente estiveron presentes en todas as sociedades e culturas. Determinadas características persoais, as actitudes e comportamentos individuais e sociais en relación coas drogas, as funcións sociais asignadas a estas substancias, xunto a diferentes variables biolóxicas, poden propiciar a aparición de condutas de uso, abuso ou dependencia ás drogas.
- Aínda que a dispoñibilidade das drogas é un factor necesario para a existencia de patoloxías relacionadas co seu abuso e dependencia, a relación que o individuo e o grupo establezan coas drogas van determinar, tanto a súa utilización, como os estilos de consumo.
- A drogodependencia é un fenómeno complexo, de múltiples e variadas causas, que se manifesta como un trastorno biopsicosocial. Para a súa abordaxe terapéutica haberá que partir da multicausalidade da súa xénese para, integrando enfoques diferentes sen facer compartimentos estancos, propiciar intervencións tanto interdisciplinarias como intersectoriais.
- O trastorno biopsicosocial das drogodependencias conceptualízase como unha patoloxía de carácter crónico de curso variable, con períodos de remisión e recaídas, que afecta a saúde física e psicolóxica, as relacións interpersoais e sociais da persoa drogodependente, o seu medio familiar e o benestar social xeral. En consecuencia, o tratamento debe ser prolongado, incidindo en evitar recidivas, e en buscar a mellora da saúde, así como, se é o caso, a súa re/incorporación social, a través dun plan terapéutico individualizado que abranxa medidas interdisciplinares e intersectoriais que se asenten na continuidade asistencial.

Esta concepción das drogodependencias afecta de forma directa aos enfoques e modelos da poboación drogodependente, así como as directrices que debe incorporar a planificación. En consecuencia, o PGD incorpora os seguintes postulados do “Modelo integrador das drogodependencias”:

- A consideración dos suxeitos como unidades biopsicosociais, de maneira que os problemas derivados do uso de drogas se deben abordar conxuntamente con outros trastornos e variables que favorecen o mantemento das condutas adictivas.
- A intervención en drogodependencias exige actuacións nunha serie de áreas ou dimensións básicas (orgánica, psicolóxica, social, educativa, etc.), o que converte o traballo interdisciplinar nun requisito imprescindible para asegurar o éxito das actuacións a promover neste ámbito.
- As intervencións en drogodependencias, tanto desde unha perspectiva preventiva, como asistencial, deben incidir, non só sobre os individuos, senón tamén sobre os contextos micro e macrosociais en que se desenvolven estes (familia, grupo de iguais, comunidade, etc.).
- Posto que se debe incidir sobre moitos factores que inflúen nas drogodependencias, tanto desde a perspectiva da súa xénese como das consecuencias que provocan, as estratexias de intervención débense basear na colaboración e coordinación con outros servizos (sanitarios, sociais, comunitarios).
- A incorporación e normalización da atención das drogodependencias nos servizos sociais e sanitarios xerais.
- A necesidade dunha organización, xestión e avaliación integral das accións que se desenvolven, con niveis de atención diferenciados pero coordinados, así como criterios xerais de planificación.

3.2. Principios e directrices da planificación

Os criterios orientadores do Plan pretenden facilitar a consolidación do proceso de integración progresiva dos actuais recursos asistenciais na rede asistencial de saúde mental e drogodependencias e, a través dela, no Servizo Galego de Saúde.

Pero os principios e directrices orientadores da planificación non son só o resultado da mera translación do establecido nas normas legais, senón que se apoian tanto nos progresos adquiridos no terreo teórico e práctico, como noutros plans sectoriais e/ou de ámbito supraautonómico, procurando favorecer sinerxías con eles. Neste sentido, existen unha serie de plans como son o Plan Estratégico de Saúde Mental de Galicia 2006-2011, o Plan de Acción 2005-2008 (impulsado pola Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas) e o Plan Europeo de Loita contra a Droga 2005-2008, que serven de referente ao Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009.

Tomando como referencia os citados instrumentos de planificación, que serán desenvolvidos con maior profundidade ao describir as propostas de acción das distintas áreas, o PGD formula os seguintes criterios de planificación, que incorporan unha serie de principios básicos e directrices xerais que se describen a continuación.

3.2.1. Principios básicos da planificación

- Integración sanitaria, zonificación e territorialidade: integración da atención aos drogodependentes nos plans e accións de saúde e de asistencia sanitaria xerais, dentro do marco da área de saúde definido no Mapa sanitario de Galicia, acercando a asistencia aos usuarios ao seu marco comunitario e evitando que a atención aos drogodependentes sufra discriminacións con respecto a outros ámbitos de saúde.
- Integralidade: abordaxe integral da atención ao drogodependente, incluíndo tanto a prevención, o tratamento precoz, a asistencia especializada, a redución e

prevención de danos e a incorporación social, a través da colaboración e coordinación dos recursos existentes na comunidade.

- **Interdisciplinabilidade:** a natureza biopsicosocial das drogodependencias e a heteroxeneidade das adicións require dun enfoque interdisciplinar na composición e o funcionamento dos equipos de intervención en drogodependencias.
- **Accesibilidade:** garantir a dispoñibilidade e o acceso aos servizos e programas de tratamento.
- **Transversalidade:** o desenvolvemento de programas nos ámbitos da prevención, a asistencia ou a incorporación social requirirá dos esforzos e a cooperación de profesionais de diferentes departamentos, administracións e institucións públicas ou privadas e ONG que traballan no ámbito das drogodependencias.
- **Continuidade terapéutica:** os programas preventivos, terapéuticos e rehabilitadores que incidan sobre cada usuario ou familia nas distintas fases das súas demandas ou necesidades, formarán un todo homoxéneo aínda que sexan aplicados por equipos diferentes. Mantemento dun “contínuum” na atención ao paciente, aínda cando pase por diferentes dispositivos no seu proceso de recuperación.
- **Diversificación da oferta terapéutica:** a heteroxeneidade da patoloxía adictiva require dunha oferta terapéutica plural, diversificada, que permita axustar o proceso asistencial ás características de cada paciente e ás súas diferentes fases evolutivas.
- **Comunitario/céntrico e participación comunitaria:** o tratamento dos drogodependentes realizarase preferentemente no medio habitual do suxeito, facilitándose así a súa incorporación social.

3.2.2. Directrices xerais

- **Descentralización das accións e centralización da planificación e a dirección operativa no desenvolvemento e funcionamento do plan.**
- **Distribución equitativa de recursos, segundo as necesidades da área correspondente, de acordo con criterios de homoxeneización e homologación destes. Os recursos existentes, tanto materiais como humanos, terán que ser optimizados, adecuando aqueles que sexan deficitarios ao novo proxecto.**
- **Especialización, a fin de asegurar unha atención preferente a determinadas áreas especiais (enfermidades infecciosas, trastornos mentais, etc.) ou colectivos de alto risco (menores, minorías, etc.) identificados polos estudos epidemiolóxicos ou cando a demanda social o aconselle.**
- **Sensibilización social, destinada a que os cidadáns, en especial os máis novos, dispoñan de información rigorosa acerca das consecuencias do uso e/ou abuso de drogas e dos seus riscos. As tarefas de sensibilización débense facer extensivas á natureza das drogodependencias, a fin de evitar a discriminación e o rexeitamento das persoas afectadas por elas.**
- **Docencia, formación e investigación, considerando o desenvolvemento das tarefas de formación, docencia e investigación como inseparables das tarefas asistenciais, preventivas e de incorporación social e promoción da saúde, que incorporan os programas de traballo da totalidade dos dispositivos do PGD.**
- **Mellora do coñecemento sobre as drogas e as drogodependencias, mediante o impulso da investigación, a formación dos profesionais, a mellora dos sistemas de información e a avaliación dos programas e intervencións.**
- **Avaliación das actuacións realizadas, proceso que estará presente en todas as fases de deseño e execución dos diferentes programas, coa finalidade de valorar a súa adecuación ás necesidades da comunidade.**

- Mellora da calidade da xestión dos programas e servizos.
- Innovación, incorporando novos modelos teóricos, procedementos, técnicas e instrumentos baseados en evidencias científicas, capaces de dar resposta ás novas necesidades e demandas sociais relacionadas coas drogas e as drogodependencias.
- Intervencións sensibles á perspectiva de xénero, de maneira que os programas e accións que se impulsen para previr o uso e/ou abuso de drogas ou a asistencia ás adicións teñan en consideración as necesidades específicas que nestes ámbitos poidan presentar homes e mulleres.
- Versatilidade, co fin de adecuar as respostas institucionais e sociais ás novas necesidades e demandas que xurdan en materia de drogodependencias.

3.2.3. Intervencións baseadas en evidencias científicas e conclusións da investigación de resultados en saúde

A evidencia científica debe constituír o paradigma do conxunto de intervencións que se levarán a cabo no marco do PGD. Quíxose singularizar esta directriz xeral porque na breve historia da atención ás drogodependencias moitas das decisións adoptadas estiveron, en ocasións, soportadas en formulacións filosóficas ou ideolóxicas, en intuicións, a translación de modelos aplicados no tratamento doutras patoloxías sociais ou mentais, etc., que se demostraron inútiles para afrontar con eficacia o problema das drogodependencias.

A medida que se foron acumulando experiencias no campo da prevención e o tratamento das drogodependencias e se realizaron numerosas avaliacións e traballos de investigación, dispónse dun conxunto relativamente amplo de probas ou evidencias científicas que permiten discernir que tipo de políticas, programas ou accións son ou non eficaces na prevención e na atención ás drogodependencias.

As intervencións en drogodependencias baseadas en evidencias científicas terían a súa orixe na chamada "Medicina baseada na evidencia" (LÓPEZ, M.D. 2004) e na "Psicoloxía baseada na evidencia" (CHAMBLESS, D.L. et al, 1998), que responden á busca dun dobre obxectivo: a calidade nos programas e os servizos e a eficiencia deles.

Trátase de dar unha resposta eficaz aos problemas que os cidadáns teñen nas súas relacións coas drogas, algo que só é posible conseguir utilizando determinados procedementos e técnicas. Neste intento de busca da calidade e a eficacia das accións, adquiren unha importancia crecente as "guías de boas prácticas", que pretenden sistematizar aqueles procedementos e actuacións que se mostran útiles para alcanzar os obxectivos perseguidos cunha intervención de carácter preventivo ou asistencial.

Pero as intervencións en drogodependencias baseadas en evidencias están tamén estreitamente relacionadas coa xestión dos servizos e a busca da eficiencia, como vías para a mellora da calidade (RUBIO, S. 2000). Neste sentido, hai que destacar que existen diferentes modelos para definir a calidade, e o Plan de Galicia sobre Drogas optou polo estándar EFQM.

Nun contexto como o da planificación social e sanitaria, onde as necesidades son ilimitadas, a adecuada asignación dos recursos humanos e orzamentarios dispoñibles (sempre limitados) convértese nun proceso crítico da planificación. Coas intervencións baseadas en evidencias científicas non só se persegue mellorar a efectividade dos programas preventivos ou asistenciais, facilitando o logro dos seus obxectivos, senón racionalizar o gasto e o proceso de asignación de recursos, liberando recursos empregados en accións ineficaces para o seu uso alternativo.

3.3. Prioridades de intervención

3.3.1. Territoriais

O establecemento de prioridades na intervención en drogodependencias debe ter en conta non só as necesidades existentes nos diferentes ámbitos (prevención, asistencia, incorporación social, etc.), senón tamén criterios de carácter territorial, que permitan a organización e a distribución dos recursos existentes (a súa sectorización) de acordo coas necesidades e prioridades presentes en cada sector.

A incorporación de criterios de prioridade xeográfica fai posible unha distribución máis racional e eficaz dos medios dispoñibles, permitindo priorizar a asignación de recursos humanos, técnicos e financeiros naquelas áreas onde as necesidades son maiores e perentorias. No proceso de "priorización por áreas sanitarias" o PGD veu utilizando uns parámetros diferentes, complementarios entre si, que permiten identificar as zonas xeográficas onde existen maiores necesidades, tanto desde a perspectiva da prevención das drogodependencias, como da asistencia e incorporación social da poboación drogodependente, permitindo priorizar as intervencións que se van levar a cabo nelas:

A poboación total existente en cada unha das áreas sanitarias e a pertencente ao grupo de idade de entre 10 e 39 anos, que se corresponde coas idades onde se concentran a maioría das accións preventivas, asistenciais e de incorporación social, información que achega o Padrón Municipal de Habitantes.

- Os indicadores asistenciais (admisións a tratamento e volume asistencial) (demandas asistenciais) existentes en cada unha das áreas sanitarias, que facilita o SAA.
- Os mapas de risco epidemiolóxico que periodicamente facilita o programa de enquisas "O consumo de drogas en Galicia", que permiten establecer as porcentaxes de poboación que, dentro de cada unha das áreas sanitarias, se encontran en situación de risco de consumir drogas.

A aplicación destes criterios permite realizar a priorización das intervencións que se levarán a cabo en relación coas drogodependencias coa progresiva adecuación dos recursos Á súa área sanitaria, segundo se apliquen criterios poboacionais (táboa 3.3), asistenciais (táboas 3.4 e 3.5) ou referidos aos niveis de risco de consumir drogas (táboa 3.6).

Os datos do Padrón Municipal de Habitantes a 1 de xaneiro de 2003 mostran a seguinte distribución por áreas sanitarias da poboación de Galicia (táboa 3.1):

Táboa 3.1. Distribución da poboación de Galicia por áreas sanitarias.

ÁREAS SANITARIAS	TOTAL POBOACIÓN	%
Vigo	550.416	20,0
A Coruña	526.212	19,1
Santiago	466.919	17,0
Ourense	303.670	11,0
Lugo	231.051	8,4
Pontevedra	222.737	8,1
Ferrol	211.133	7,7
O Salnés	70.952	2,6
Cervo	72.022	2,6
Monforte	57.439	2,1
O Barco	38.535	1,4
Total Galicia	2.751.086	100

FONTE: Padrón Municipal de habitantes. Actualización a 1 de xaneiro de 2003.

Os desequilibrios poboacionais entre as áreas sanitarias acentúanse se se analiza a distribución da poboación de entre 10 e 39 anos (táboa 3.2), cun menor peso nas zonas menos urbanizadas.

Táboa 3.2. Distribución da poboación de 10 a 39 anos por áreas sanitarias sobre o total de Galicia.

			TOTAL POBOACIÓN 10 A 39 ANOS	
			Número	%
Vigo	122.220	120.302	242.522	8,8
A Coruña	108.192	107.683	215.875	7,8
Santiago	96.651	95.268	191.919	7,0
Ourense	53.857	53.199	107.056	3,9
Pontevedra	49.222	47.888	97.110	3,5
Lugo	42.082	41.738	83.820	3,1
Ferrol	41.844	40.490	82.334	3,0
O Salnés	16.060	15.694	31.754	1,2
Cervo	13.884	13.565	27.449	1,0
Monforte	8.891	8.783	17.674	0,6
O Barco	6.974	6.715	13.689	0,5
Total Galicia	559.877	551.325	1.111.202	40,4

FONTE: Padrón Municipal de habitantes. Actualización a 1 de xaneiro de 2003.

O peso demográfico da poboación de 10 a 39 anos permite realizar a primeira priorización das intervencións nas diferentes áreas sanitarias segundo un criterio estritamente poboacional (táboa 3.3).

Táboa 3.3. Priorización das áreas sanitarias segundo a súa poboación de entre 10 e 39 anos.

ORDE DE PRIORIDADE	ÁREAS SANITARIAS	% POBOACIÓN 10-39 ANOS
1ª	Vigo	8,8
2ª	A Coruña	7,8
3ª	Santiago	7,0
4ª	Ourense	3,9
5ª	Pontevedra	3,5
6ª	Lugo	3,1
7ª	Ferrol	3,0
8ª	O Salnés	1,2
9ª	Cervo	1,0
10ª	Monforte	0,6
11ª	O Barco	0,5

FONTE: Padrón Municipal de habitantes. Actualización a 1 de xaneiro de 2003.

A evolución das admisións a tratamento de pacientes con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas (táboa 3.4) e do volume asistencial (táboa 3.5), durante o período 2001-2003, permite xerarquizar as áreas sanitarias do seguinte modo:

Táboa 3.4. Priorización das áreas sanitarias segundo o número de admisións a tratamento. Galicia, 2001-2003.

Orde de prioridade	ÁREAS SANITARIAS	ADMISIÓNS 2001	ADMISIÓNS 2002	ADMISIÓNS 2003
1º	Vigo	819	722	767
2º	A Coruña	656	607	635
3º	Santiago	545	439	521
4º	Pontevedra	362	285	359
5º	Ourense	353	342	309
6º	Cervo	189	208	201
7º	Ferrol	207	162	177
8º	Lugo	193	140	146
9º	O Salnés	127	111	90
10º	Monforte	64	40	51
11º	O Barco	29	23	40
	Sen área	119	172	133
	Total admisións	3.663	3.251	3.429

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Táboa 3.5. Priorización das áreas sanitarias segundo o volume asistencial. Galicia, 2001-2003.

Orde de prioridade	ÁREAS SANITARIAS	PACIENTES ATENDIDOS 2001	PACIENTES ATENDIDOS 2002	PACIENTES ATENDIDOS 2003
1º	Vigo	3.068	3.040	2.987
2º	A Coruña	1.791	1.851	1.894
3º	Santiago	1.363	1.360	1.425
4º	Pontevedra	985	970	979
5º	Ferrol	769	754	734
6º	Ourense	580	647	671
7º	Cervo	363	432	446
8º	Lugo	413	398	417
9º	O Salnés	346	359	353
10º	Monforte	114	104	113
11º	O Barco	54	51	68
Sen área	953	932	836	
Totais	10.799	10.898	10.923	

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Pola súa parte, os resultados do estudo O consumo de drogas en Galicia VIII, permiten xerarquizar os riscos de consumo de drogas que ten a poboación residente en cada unha das áreas sanitarias (táboa 3.6).

Vigo, A Coruña e Santiago son, por esta orde, as áreas sanitarias con maiores niveis de risco relativo e a maior porcentaxe de poboación de Galicia (o 56,1%). Este dato resulta congruente co feito de que estas mesmas áreas sexan as que rexistran un maior volume de demandas asistenciais. A prioridade de intervención nestas tres áreas viría determinada polo alto risco de consumo de drogas existente nelas, así como pola amplitude da poboación potencialmente exposta a el.

As áreas de Ferrol, Ourense, Pontevedra e Lugo terían un nivel intermedio de risco relativo de consumo de drogas. Pola súa parte, as áreas do Salnés, Cervo-Burela, O Barco e Monforte ocupan as posicións de menos risco de consumo relativo de drogas e contan cos menores volumes de poboación exposta aos ditos riscos.

Táboa 3.6. Priorización das áreas sanitarias segundo o risco de consumo de drogas. Galicia 2004.

Orde de prioridade	Áreas sanitarias	% Poboación sobre total Galicia	Índice de risco absoluto prioridade	Índice de risco relativo de	Peso porcentual da área sobre o total do índice relativo
1º	Vigo	20,0	12	2,394	25.12
2º	A Coruña	18,0	11	2,078	21.81
3º	Santiago	17,2	11	1,894	19.88
4º	Ferrol	7,7	11	0,845	8,87
5º	Ourense	11,3	7	0,791	8.26
6º	Pontevedra	7,8	9	0,700	7.34
7º	Lugo	8,6	6	0,516	5.42
8º	O Salnés	2,5	5	0,127	1.33
9º	Cervo-Burela	2,7	4	0,106	1,11
10º	O Barco	1,4	3	0,043	0.45
11º	Monforte	2,1	2	0,041	0.43

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

3.3.2. Áreas ou ámbitos de intervención

As áreas prioritarias de intervención do PGD para o período 2007-2009 son as que se describen a continuación, sendo as áreas de incorporación social e de prevención, por esta orde, as que deberán seguir sendo potenciadas de maneira preferente, sen prexuízo dos esforzos que se deben manter na consolidación e mellora da efectividade dos servizos asistenciais.

- Prevención.
- Asistencia.
- Incorporación social.
- Formación.
- Investigación e avaliación.
- Coordinación.

3.3.3. Prioridades de tipo estratéxico

De forma complementaria ás prioridades de carácter territorial e relativas a certos ámbitos de actuación que foron definidas ata o momento, o Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 considera como unha prioridade estratéxica a implantación de sistemas de calidade e modelos de xestión que permitan alcanzar a excelencia e mellorar a calidade dos servizos e programas impulsados no marco do PGD.

Trátase dunha prioridade de carácter transversal, que debe servir de elemento vertebrador, orientador de todas e cada unha das accións que, no contexto do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009, se leven a cabo nos ámbitos de intervención anteriormente sinalados.

3.4. Obxectivos do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009

A planificación está estreitamente vinculada aos procesos de transformación social, posto que unha das funcións básicas que cumpre é a de establecer o tipo de cambios que se desexa acometer e a intensidade ou profundidade deles. A fase da formulación dos obxectivos é sen dúbida unha das máis delicadas do proceso de planificación, posto que exige dun equilibrio entre os desexos de superación dos problemas sociais ou sanitarios que se pretenden resolver e as posibilidades reais de introducir cambios sociais coa aplicación de políticas sectoriais.

No campo das drogodependencias este equilibrio entre as necesidades existentes e as metas ou progresos que se desexan alcanzar é, se cabe, moito máis necesario que noutros ámbitos. A razón disto é que existen unha serie de dimensións de tipo social ou cultural (valores dominantes, procesos demográficos, etc.) relacionadas co uso das drogas sobre as que é moi difícil incidir con accións promovidas desde as políticas en materia de drogas. Os obxectivos que a continuación se formulan para seren cubertos no trienio 2007-2009 evitan caer en posicións maximalistas, afastadas da dimensión actual que os consumos de drogas e as drogodependencias teñen en Galicia, sen deixar por isto de ser ambiciosos.

A consecución dalgúns dos obxectivos que se formulan requirirá da sinerxía das vontades e esforzos de diferentes departamentos da Xunta de Galicia, así como das restantes administracións públicas e do conxunto de organizacións sociais afectadas polas distintas medidas. Pero, ademais, exixirá superar as enormes dificultades que comporta a execución dalgunhas das accións propostas, derivadas da presenza de certas actitudes tolerantes que aínda hoxe persisten fronte ás drogas.

Asumindo as dificultades que suporá avanzar nalgunhas áreas, optouse por non renunciar a despregar un conxunto de medidas necesarias para protexer a saúde dos cidadáns. Os obxectivos que a continuación se formulan, de forma operativa para facilitar a súa posterior avaliación, pretenden incidir naqueles aspectos que as evidencias científicas sinalan como determinantes na evolución dos consumos de drogas e as drogodependencias. Todos eles están referenciados para seren cubertos coincidindo coa conclusión do Plan en 2009, salvo no caso en que expresamente se estableza outro prazo.

3.4.1. Obxectivos xerais e específicos na área de prevención

Tomando en consideración os resultados da avaliación de necesidades no ámbito da prevención e as evidencias científicas existentes en relación cos factores de risco e protección e a eficacia dos programas de prevención, fórmulanse os seguintes obxectivos xerais, en consonancia co establecido polo Plan de Acción 2005-2008 aprobado pola Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas e polo Plan de acción da Unión Europea en materia de loita contra a droga 2005-2008.

■ Obxectivo Nº 1. Reducir o consumo experimental das distintas drogas entre os adolescentes de 12 a 18 anos.

- 1.1. Reducir a prevalencia do consumo de bebidas alcohólicas nos últimos 30 días ata situala no 42%, desde o 45,8% actual.
- 1.2. Reducir a prevalencia do consumo experimental de tabaco ata situala no 30%, desde o 33,9% actual.
- 1.3. Reducir a prevalencia do consumo experimental de cannabis ata o 19%, desde o 20,9% actual.
- 1.4. Reducir por debaixo do 3% as prevalencias dos consumos experimentais de cocaína e éxtase, desde o 3,4% actual.

■ Obxectivo Nº 2. Atrasar a idade media de inicio ao consumo das distintas drogas dos adolescentes e mozos de 12 a 24 anos.

- 2.1. Atrasar a idade media de inicio ao consumo de tabaco ata situala por riba dos 15 anos (actualmente de 14,8 anos).
- 2.2. Atrasar a idade media de inicio ao consumo de bebidas alcohólicas ata situala por riba dos 15,5 anos (actualmente de 15,0 anos)
- 2.3. Atrasar a idade media de inicio ao consumo de cannabis ata situala por riba dos 16 anos (actualmente de 15,7 anos)
- 2.4. Atrasar a idade media de inicio ao consumo de psicoestimulantes ata situala arredor dos 17 anos no caso da cocaína (actualmente de 16,4 anos) e aos 16 anos no das drogas de síntese (actualmente 15,8 anos).

■ Obxectivo Nº 3. Reducir o número de consumidores habituais de drogas entre a poboación xeral.

- 3.1. Reducir a arredor do 27% a prevalencia de fumadores diarios, desde o 30,8% actual.
- 3.2. Reducir a arredor do 40% a prevalencia do consumo semanal de bebidas alcohólicas (unha ou máis veces á semana), desde o 47,6% actual.
- 3.3. Reducir por debaixo do 5% a prevalencia de consumo de cannabis nos últimos seis meses, desde o 5,3% actual.
- 3.4. Reducir a arredor do 1% a prevalencia de consumo de cocaína nos últimos seis meses, desde o 1,4% actual.

- **Obxectivo N° 4. Reducir o número de bebedores abusivos entre a poboación xeral e os adolescentes e mozos**
 - 4.1. Reducir a arredor do 5% a prevalencia de bebedores abusivos, desde o 7,6% actual.
 - 4.2. Reducir a arredor do 2% e o 8%, respectivamente, as prevalencias de bebedores abusivos entre os adolescentes de 12 a 18 anos (actualmente do 3,4%) e os mozos de 19 a 24 (actualmente do 10,1%).

- **Obxectivo N° 5. Reducir os comportamentos de risco relacionados co consumo de alcohol e outras drogas.**
 - 5.1. Reducir do actual 40,6% a arredor do 30% a porcentaxe de condutores falecidos en accidentes de tráfico nos cales se detecta a presenza de alcohol ou outras drogas.
 - 5.2. Reducir nun 10% o número de condutores menores de 30 anos falecidos en accidentes de circulación estando baixo a influencia do alcohol, que actualmente se sitúa no 33,5%.

- **Obxectivo N° 6. Mellorar a calidade da información dos adolescentes e mozos sobre as drogas e os seus efectos.**
 - 6.1. Asegurar que o 100% dos recursos da Rede de Información Xuvenil dispoñan de información permanente sobre os riscos asociados ao consumo de tabaco, alcohol e outras drogas.
 - 6.2. Lograr que o 85% dos adolescentes e mozos galegos de entre 12 e 18 anos recibisen información sobre as drogas e os seus efectos.
 - 6.3. Lograr que o 40% dos adolescentes e mozos galegos de entre 12-18 anos participasen en actividades de prevención sobre o tabaco, o alcohol e as demais drogas.
 - 6.4. Facilitar información xeral sobre as drogas e os problemas e riscos asociados ao 100% dos docentes de ensino primario e secundario de Galicia.
 - 6.5. Ofertarlles ao 100% dos docentes dos centros públicos e privados de educación primaria e secundaria, que o demanden, formación especializada en prevención das drogodependencias.
 - 6.6. Facilitar información sobre as drogas e os efectos e riscos asociados ao 100% dos centros universitarios de Galicia, para a súa difusión entre os alumnos matriculados neles.

- **Obxectivo N° 7. Modificar as actitudes dos adolescentes e mozos fronte ás drogas.**
 - 7.1. Incrementar nun 10% os niveis de risco percibido asociados ao consumo ocasional de cannabis (actualmente do 45,1% no grupo de 12 a 18 anos e do 27,9% no de 19-24), drogas de síntese (actualmente do 74,5% no grupo de 12 a 18 anos e do 71,1% no de 19 a 24) e cocaína (actualmente do 91,5% no grupo de 12 a 18 anos e do 86,7% no de 19 a 24).
 - 7.2. Incrementar nun 20% o nivel de risco percibido asociado ao consumo habitual de todas as drogas, en especial respecto do consumo diario de tabaco (actualmente do 83,7% e o 83,0%, respectivamente, nos grupos de 12 a 18 e de 19 a 24 anos), do consumo diario de alcohol (actualmente do 76,1% e o 68,8%, respectivamente), o consumo de alcohol en fins de semana (actualmente do 37,2% e o 17,4%, respectivamente) e semanal de cannabis (actualmente do 75,6% e o 69,2%, respectivamente).

- **Obxectivo N° 8. Reducir a tolerancia social fronte ás drogas.**
 - 8.1. Incrementar nun 25% os adolescentes que perciben nos seus pais a existencia dunha actitude de rexeitamento fronte ao consumo de alcohol ou tabaco (actualmente do 15,5% e o 25,4%, respectivamente).
 - 8.2. Incrementar nun 20% os adolescentes que perciben nos seus pais unha actitude de rexeitamento fronte ao consumo de cannabis e outras drogas ilícitas (actualmente do 70,7% e o 87,8%, respectivamente).
 - 8.3. Incrementar nun 20% a percepción do risco dos cidadáns galegos asociada ao consumo das diferentes drogas.

- **Obxectivo N° 9. Reducir a dispoñibilidade do tabaco, así como o consumo indebido e abusivo de bebidas alcohólicas no contorno social.**
 - 9.1. Facilitarlle ao 100% dos establecementos onde se vendan bebidas alcohólicas e/ou tabaco os carteis de advertencia das limitacións a esta actividade.
 - 9.2. Reforzar as actividades de inspección para velar polo cumprimento da normativa que impide a venda de alcohol e tabaco a menores.

- **Obxectivo N° 10. Mellorar os niveis de implantación e cobertura dos programas de prevención escolar.**
 - 10.1. Ofertarlle ao 100% dos centros docentes de primaria e secundaria de Galicia a posibilidade de implementar o programa de prevención escolar universal PPCDE (Programa de prevención do consumo de drogas na escola).
 - 10.2. Conseguir que o 50% dos centros escolares que imparten educación primaria desenvolvan, de forma sistemática, programas de prevención das drogodependencias de carácter universal.
 - 10.3. Lograr que polo menos o 15% dos alumnos de 4º de ESO participen en programas de prevención selectivos, dirixidos a menores sobre os que converxen especiais circunstancias de risco, persoais, familiares ou sociais, para o consumo de drogas.

- **Obxectivo N° 11. Incrementar o número de programas de prevención dirixidos ao ámbito familiar.**
 - 11.1. No ano 2009 o 100% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter universal.
 - 11.2. No ano 2009 o 50% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter selectivo.
 - 11.3. No ano 2009 o 25% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha polo menos un programa de prevención familiar de carácter indicado.

- **Obxectivo N° 12. Incrementar o número de programas de prevención no ámbito laboral.**
 - 12.1. No ano 2009 polo menos o 50% dos equipos de prevención do PGD terán deseñadas accións de información e sensibilización dirixidas especificamente á poboación traballadora.
 - 12.2. No ano 2009 o 15% dos equipos de prevención con que conta o PGD terán posto en marcha un programa de prevención no ámbito laboral (actualmente o 8%).

- **Obxectivo N° 13. Reforzar os actuais niveis de implantación dos programas de prevención comunitaria.**
 - 13.1. No ano 2009 o 100% dos equipos de prevención do PGD terán deseñadas actividades de información e sensibilización dirixidas á comunidade sobre a que interveñen.
 - 13.2. No ano 2009 polo menos o 25% dos equipos de prevención do PGD terán posto en marcha un programa de prevención comunitaria.
- **Obxectivo N° 14. Intensificar a coordinación e colaboración cos municipios para instaurar e consolidar programas municipais de prevención.**
 - 14.1. Ampliar nun 10% o número de municipios galegos con programas municipais de prevención das drogodependencias, que dispoñan polo menos de programas de prevención escolar e xuvenil.
- **Obxectivo 15: Incentivar o desenvolvemento de programas de prevención que promovan estratexias e actuacións baseadas en evidencias científicas.**
 - 15.1. No ano 2008 o 100% das entidades que traballen no campo da prevención, e que reciban apoio financeiro do PGD, aplicarán os criterios da "Guía de orientación para a implantación de programas preventivos en Galicia", que inclúe a necesidade de promover accións soportadas en modelos teóricos coherentes e evidencias científicas dispoñibles, así como nas conclusións da investigación de resultados no campo da saúde.
 - 15.2. No 2008 o 100% dos equipos de prevención terán implementado o Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI).
 - 15.3 No ano 2008 o 100% dos servizos de prevención do PGD deberán axustarse ás normas de acreditación e homologación de programas de prevención.
- **Obxectivo N° 16. Intensificar a aplicación do Catálogo de programas de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas.**
 - 16.1. No 2008 o 100% dos servizos de prevención do PGD aplicarán, polo menos, un programa por cada un dos ámbitos recollidos dentro da tipoloxía de programas establecida no Catálogo de programas de prevención do PGD.
- **Obxectivo N° 17. Poñer en marcha un programa de prevención universal e outro selectivo dirixidos á comunidade xitana. Tamén se porá en marcha un programa de prevención universal e outro selectivo dirixidos á poboación inmigrante.**
 - 17.1. No 2009, estará en funcionamento en cada unha das provincias, polo menos un programa de prevención e outro selectivo dirixido á comunidade xitana.
 - 17.2. No 2009, estará en funcionamento en cada unha das provincias, polo menos un programa de prevención e outro selectivo dirixido á poboación inmigrante.

3.4.2. Obxectivos xerais e específicos na área de asistencia

En liña cos criterios e directrices establecidos pola Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas, no Plan de Acción 2005-2008 aprobado pola Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas, no Plan de acción da Unión Europea en materia de loita contra a droga 2005-2008 e no Plan Estratéxico de Saúde Mental de Galicia 2006-2011, en particular no referente á necesidade de integración da asistencia á poboación drogodependente no sistema sanitario xeral, así como de acordo cos datos achegados pola avaliación de necesidades existentes en Galicia en materia de asistencia á poboación drogodependente, fórmulanse os seguintes obxectivos para o período 2007-2009:

- **Obxectivo Nº 1. Conseguir a integración funcional e administrativa no SERGAS dos servizos especializados no tratamento das drogodependencias dependentes de administracións públicas, así como creación de dispositivos propios a que poderá acceder o persoal que desempeñe as súas funcións en dispositivos análogos.**
 - 1.1. No ano 2007 terase producido a plena integración funcional dos dispositivos asistenciais especializados na atención ás drogodependencias na Rede de Saúde Mental e Drogodependencias.
No ano 2009 terase iniciado o proceso de integración administrativa dos dispositivos asistenciais adscritos ao PGD dependentes de Administracións Públicas
No ano 2009 terase iniciado o proceso de creación de dispositivos propios aos que poderá acceder o persoal que desempeñe as súas funcións en dispositivos análogos
 - 1.4. No ano 2009 teranse integrado os sistemas de información de todos os centros da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias cos sistemas de información sanitaria e na rede informática do SERGAS.
- **Obxectivo Nº 2. Garantir que as persoas que realicen demandas de tratamento por abuso ou dependencia de substancias teñan un rápido acceso aos servizos especializados para o seu tratamento.**
 - 2.1. A Rede de Saúde Mental e Drogodependencias garantirá ao 100% da poboación con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas o acceso a un tratamento de tipo ambulatorio dentro da súa mesma área sanitaria de residencia, no período de vixencia deste plan.
- **Obxectivo Nº 3. Mellorar a accesibilidade das persoas con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas aos servizos asistenciais.**
 - 3.1. Desde 2007 reforzase a coordinación e continuidade asistencial entre os dispositivos que configuran a Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, así como cos servizos de atención primaria de saúde, os servizos sanitarios especializados e os servizos sociais xerais e especializados.
 - 3.2. Incrementar o nivel de coñecemento da poboación xeral sobre as prestacións da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias e o contido da oferta de servizos que prestan os seus centros.
- **Obxectivo Nº 4. Mellorar os niveis de cobertura asistencial dos problemas de abuso e/ou dependencia do alcohol.**
 - 4.1. A partir do ano 2007, e no 100% dos servizos da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, garantirase a aplicación de programas específicos para o tratamento do alcoholismo en cada unha das sete grandes áreas de saúde.
 - 4.2. A partir do ano 2007 potenciaranse, en colaboración con Atención Primaria de Saúde, os programas de cribado e intervención breve para os problemas relacionados co consumo de alcohol.
- **Obxectivo Nº 5. Desenvolver estratexias terapéuticas específicas para o tratamento dos menores drogodependentes.**
 - 5.1. A partir de 2007 e no 100% dos servizos asistenciais da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias, aplicaranse guías e protocolos que permitan a detección precoz e a atención aos problemas de consumo de drogas por parte de menores.
 - 5.2. No ano 2007 e sucesivos, a Rede de Saúde Mental e Drogodependencias proporcionará apoio terapéutico ao 100% das familias dos menores drogodependentes en tratamento, de forma coordinada cos servizos de atención á familia.

- **Obxectivo N° 6. Desenvolver estratexias terapéuticas específicas para o tratamento dos drogodependentes pertencentes a minorías étnicas e inmigrantes/estranxeiros.**
 - 6.1. A partir de 2007, no 100% dos servizos da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias, aplicaranse guías e protocolos de intervención que permitan a atención aos problemas derivados do consumo de drogas en minorías étnicas.
 - 6.2. A partir de 2007, no 100% dos servizos da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias, aplicaranse guías e protocolos de intervención que permitan a atención aos problemas derivados do consumo de drogas en inmigrantes.

- **Obxectivo N° 7. Desenvolver programas integrados que faciliten o adecuado tratamento dos pacientes con patoloxía dual.**
 - 7.1. A partir de 2007, e no 100% dos servizos da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias, aplicarase o protocolo de intervención para pacientes con patoloxía dual.

- **Obxectivo N° 8. Ampliar a carteira de servizos e prestacións da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, co fin de reducir a morbi-mortalidade relacionada co consumo de drogas.**
 - 8.1. Desde 2007, garantirase a asistencia sanitaria, psicolóxica e social ao 100% dos pacientes que acceden aos centros da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias.
 - 8.2. Desde 2007, ofertarase, ao 100% dos familiares dos drogodependentes, o apoio, a orientación e a atención individual ou grupal necesaria, aínda no suposto de que a persoa directamente afectada polo problema de abuso ou dependencia ás drogas non estea participando no proceso de tratamento.
 - 8.3. Desde 2007, ofertarase, ao 100% dos pacientes da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias nos cales estea indicado, a realización de probas para o diagnóstico do VIH/SIDA, virus da hepatite, tuberculose e as enfermidades de transmisión sexual.
 - 8.4. Desde 2007, potenciarase a realización de tratamentos coordinados e/ou supervisados da infección latente e a enfermidade tuberculosa activa, ao 100% dos pacientes da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias afectados por elas.
 - 8.5. Desde 2007, ofertarase ao 100% dos pacientes e aos seus familiares, a vacinación fronte á hepatite.
 - 8.6. Desde 2007, ofreceráselle consello médico e información sobre o manexo das enfermidades infecciosas e as prácticas para evitar a súa propagación, ao 100% dos pacientes e familiares dos afectados por elas.

- **Obxectivo N° 9. Mellorar a calidade dos programas asistenciais e dos resultados obtidos por eles.**
 - 9.1. Elaboraranse protocolos internos de actividade financiamento (PIAF) anuais, nos cales se establezan os obxectivos asistenciais necesarios a fin de lograr en 2009:
 - Reducir os “abandonos de programa” por debaixo do 7% no Programa de información, orientación e acollida (POA), do 20% no Programa de tratamento libre de drogas (PTLD), ao 12% no Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO) e ao 20% no Programa de tratamento con antagonistas opiáceos (PTANO).
 - Situar as “altas terapéuticas” nos PTLD arredor do 25%.

■ **Obxectivo Nº 10. Mellorar a accesibilidade ao tratamento da poboación reclusa drogodependente.**

- 10.1. No período 2007-2009 a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias do SERGAS continuará potenciando o funcionamento, no 100% dos centros penitenciarios de Galicia, de módulos terapéuticos para os reclusos drogodependentes e polo menos un módulo de comunidade terapéutica nesta rede asistencial intrapenitenciaria.
- 10.2. No ano 2007, a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias do SERGAS desenvolverá protocolos conxuntos coa Dirección Xeral de Institucións Penitenciarias, para facilitar o acceso dos reclusos drogodependentes a aqueles programas máis efectivos para superar a súa dependencia ás drogas.

■ **Obxectivo Nº 11. Garantir o tratamento extrapenitenciario na Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias da poboación reclusa susceptible de acollerse ás medidas alternativas ao cumprimento da pena privativa de liberdade.**

- 11.1. Garantiráselle a continuidade da asistencia ao 100% dos reclusos excarcerados.
- 11.2. Garantiráselle o acceso aos centros da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias ao 100% de reclusos drogodependentes que accedan ao terceiro grao penitenciario e a aqueles outros que se poidan acoller a algunha das medidas alternativas ao cumprimento da pena privativa de liberdade.
- 11.3. Aseguraráselle a continuidade dos tratamentos en PTDO ao 100% dos reclusos drogodependentes excarcerados, temporal ou definitivamente.

■ **Obxectivo Nº 12. Asegurar o acceso da poboación drogodependente en tratamento aos programas de redución de riscos e diminución de danos.**

- 12.1. Os servizos asistenciais da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias ofertarán, ao 100% dos pacientes atendidos, a posibilidade de incorporarse a programas de prevención de enfermidades infecciosas de transmisión parenteral e/ou sexual.
- 12.2. O 100% das unidades asistenciais de drogodependencias da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias distribuirán kits preventivos a usuarios e pacientes que o necesiten.
- 12.3. En 2007, a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias porá en marcha, polo menos en Vigo e A Coruña, un programa para drogodependentes en situación de emerxencia social, en coordinación coas respectivas unidades asistenciais de drogodependencias.
- 12.4. O 100% dos servizos asistenciais da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias levarán a cabo programas de educación sanitaria dirixidos a diminuír o dano derivado do consumo de todo tipo de substancias (obradoiros de consumo de menos risco e talleres de sexo máis seguro).
- 12.5. No ano 2007, a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias realizará un estudo sobre a necesidade e a viabilidade da posta en marcha de dispositivos para o consumo hixiénico de drogas e programas de prescrición e dispensación controlada de substancias.
- 12.6. Durante 2007 e nos anos sucesivos ampliarase a dotación de recursos materiais e humanos dos centros integrados no PGD en función das dispoñibilidades orzamentarias existentes.

3.4.3. Obxectivos xerais e específicos na área de incorporación social

Atendendo aos resultados achegados pola avaliación das necesidades existentes en Galicia na área de incorporación social dos drogodependentes, e tendo en conta os criterios establecidos neste campo pola Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas e pola Estratexia Nacional sobre Drogas 2000-2008, formúlanse os seguintes obxectivos:

- **Obxectivo N° 1. Garantirles aos drogodependentes en tratamento que o precisen a posibilidade de acceder a programas de incorporación social personalizados.**
 - 1.1. No ano 2007 todos os servizos asistenciais da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias terán en funcionamento o Programa de incorporación personalizado (PIP).
 - 1.2. No ano 2009 o 100% dos pacientes que o precisen terán garantido o seu acceso ao PIP.
- **Obxectivo N° 2. Mellorar as competencias persoais e as habilidades sociais da poboación drogodependente en tratamento.**
 - 2.1. No ano 2009 en cada unha das sete grandes áreas de saúde estará en funcionamento polo menos un taller de competencias persoais e habilidades sociais, que inclúa formación sobre técnicas de busca de emprego.
- **Obxectivo N° 3. Incrementar a accesibilidade aos programas de formación e emprego, tanto normalizados, como específicos, para drogodependentes en tratamento.**
 - 3.1. Incrementar nun 10% o número de drogodependentes en tratamento que participan en programas de formación e emprego, normalizados ou específicos.
- **Obxectivo N° 4. Mellorar os niveis de cobertura das necesidades sociais básicas dos drogodependentes que se encontran en tratamento.**
 - 4.1. Garantir que o 100% dos pacientes en tratamento na Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias reciban información sobre as prestacións sociais básicas dispoñibles e os mecanismos de acceso a elas.
 - 4.2. A partir do ano 2007 promoverase o acceso a todas as prestacións sociais e económicas de todos os pacientes que o precisen.
- **Obxectivo N° 5. Implantar programas de apoio á integración familiar dos pacientes en tratamento nos servizos asistenciais.**
 - 5.1. Manter no 100% dos centros asistenciais da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias accións de apoio ao medio familiar dos pacientes en tratamento.
 - 5.2. No ano 2007 polo menos o 50% dos dispositivos asistenciais disporán de intervencións centradas en habilidades sociais e educativas dirixidas aos pacientes con fillos menores de idade.
- **Obxectivo N° 6. Mellorar o nivel de coñecemento por parte dos drogodependentes dos recursos públicos e privados existentes no ámbito da incorporación social.**
 - 6.1. A partir de 2007 a totalidade dos servizos asistenciais ofrecerán información ao 100% dos seus pacientes sobre os recursos existentes para favorecer os procesos de incorporación social.
- **Obxectivo 7. Desenvolver programas específicos de apoio á incorporación social dos drogodependentes que se encontran en situación de marxinação e/ou exclusión social.**

- 7.1. Reducir nun 20% a práctica de actividades marxinais (mendicidade, prostitución, etc.) entre a poboación drogodependente que accede aos servizos asistenciais.
- 7.2. Incrementar nun 20% o número de drogodependentes a tratamento que se benefician dos programas e accións de inclusión social desenvolvidas pola Administración autonómica.

■ **Obxectivo Nº 8. Reforzar a colaboración coa Administración de xustiza para mellorar a adherencia ao tratamento dos drogodependentes con problemas xurídico penais.**

- 8.1. Manter a cobertura prestada aos beneficiarios dos programas de atención xurídico-social (PAXS).
- 8.2. Promover que os pacientes que o precisen poidan acceder a medidas alternativas ao cumprimento da pena privativa de liberdade.

■ **Obxectivo Nº 9. Promover cambios na percepción social das drogodependencias que favorezan a incorporación social das persoas afectadas por elas.**

- 9.1. Durante o período de vixencia do plan, a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias promoverá a realización de polo menos dúas campañas de sensibilización, dirixidas a mellorar a percepción que os cidadáns teñen do colectivo de drogodependentes.

■ **Obxectivo Nº 10. Mellorar os procedementos de avaliación dos programas de incorporación social.**

- 10.1 No 2009 o 100% dos servizos asistenciais da Rede da Saúde Mental e Drogodependencias notificarán as súas actividades de incorporación social no programa informático XEPIP (Xestión do Programa de incorporación personalizado).

■ **Obxectivo Nº 11. Poñer en marcha, ou dar continuidade, se é o caso, á implantación de pisos de apoio á incorporación social nas sete cidades con máis poboación de Galicia**

- 11.1 No 2009 disporase alomenos dun piso de apoio á incorporación social nas cidades de menos de 150.000 habitantes. No caso de cidades de máis de 150.000 habitantes, disporase a lo menos de dous pisos de apoio á incorporación social.

3.4.4. Obxectivos xerais e específicos na área de formación

■ **Obxectivo Nº 1. Favorecer a formación básica en drogodependencias dos alumnos que cursan estudos universitarios de pregrao relacionados coas ciencias da saúde, sociais e educación.**

- 1.1. Ofertar a partir do curso académico 2007/2008 a todas as universidades galegas a inclusión de módulos sobre drogodependencias na formación de pregrao das titulacións pertencentes ás ciencias da saúde, sociais e da educación.
- 1.2. Facilitar formación práctica e titorías nos centros da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias e nos equipos de prevención e incorporación social do PGD aos alumnos dos cursos de pregrao das distintas disciplinas das ciencias da saúde, sociais e da educación.

■ **Obxectivo Nº 2. Promover a formación de posgrao nos distintos campos de intervención en drogodependencias.**

- 2.1. Ofertarlles ás universidades de Galicia a realización dun curso de posgrao en drogodependencias para titulados universitarios das áreas de saúde, sociais e da educación.

- 2.2. Ofertarlles aos alumnos que sigan cursos de formación universitaria de posgrao en drogodependencias a posibilidade de realizar prácticas e titorías nos centros asistenciais e os programas de prevención e incorporación social da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias.
- **Obxectivo N° 3. Promover o deseño e execución dun Plan Director de Formación en Drogodependencias, dirixido ao conxunto dos profesionais que traballan nos campos da prevención, asistencia e incorporación social.**
 - 3.1. Desenvolver un programa de reciclaxe dirixido ao conxunto dos profesionais que traballan nos centros especializados no tratamento de condutas adictivas, a fin de cubrir as necesidades formativas derivadas da súa integración na Rede de Saúde Mental e Drogodependencias.
 - 3.2. Realizar un programa de formación conxunta para os profesionais dos centros especializados no tratamento de condutas adictivas e dos centros de saúde mental (Rede de Saúde Mental e Drogodependencias), sobre diagnóstico e tratamento de trastornos mentais e por abuso e/ou dependencia a drogas.
 - 3.3. Realizar un programa de formación sobre estratexias terapéuticas para a abordaxe dos problemas de alcoholismo para os profesionais das unidades asistenciais de drogodependencias da rede de saúde Mental e Drogodependencias.
 - 3.4. Realizar un programa de formación sobre estratexias terapéuticas para a abordaxe dos problemas relacionados con outras condutas adictivas para os profesionais das unidades de tratamento do alcoholismo da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias.
 - 3.5. Ofertar anualmente un programa de formación continuada e reciclaxe dirixido a técnicos municipais e de organizacións non gobernamentais responsables do deseño, execución e avaliación dos programas de prevención e incorporación social para propiciar a incorporación á súa práctica diaria dos cambios e avances que se vaian producindo nas distintas áreas de intervención.
 - 3.6. Ofertar anualmente un programa de formación continuada e reciclaxe dirixido aos profesionais dos servizos especializados no tratamento de condutas adictivas para propiciar a incorporación á súa práctica diaria dos cambios e avances que se vaian producindo nas distintas áreas de intervención.
 - 3.7. Desenvolver un programa de formación sobre técnicas de investigación, co fin de facilitarlles aos profesionais dos centros especializados no tratamento das condutas adictivas da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias as ferramentas teóricas e metodolóxicas necesarias para a realización de estudos e investigacións sobre diferentes aspectos relacionados coas drogodependencias.
 - 3.8. Ofertarlle á totalidade do persoal sanitario da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias a incorporación a programas de formación sobre técnicas para o diagnóstico e o tratamento de enfermidades infectocontaxiosas e de redución de danos e prevención de riscos asociados ao consumo de drogas.
 - **Obxectivo N° 4. Impulsar programas de actualización en drogodependencias para profesionais das ciencias da saúde, sociais e da educación.**
 - 4.1. Desenvolver un programa en liña de actualización en drogodependencias, en colaboración con diferentes universidades e/ou sociedades científicas, para profesionais das ciencias da saúde, sociais e da educación.
 - **Obxectivo N° 5. Promover accións formativas concertadas cos departamentos da Xunta de Galicia con responsabilidades nas áreas de atención primaria de saúde, educación, servizos sociais e protección de menores, para a inclusión de módulos sobre drogodependencias nos seus respectivos plans de formación.**

- 5.1. Desenvolver un programa de formación sobre drogodependencias e patoloxías asociadas dirixido aos profesionais de atención primaria de saúde.
- 5.2. Desenvolver un programa de formación sobre educación para a saúde e prevención das drogodependencias no medio escolar, dirixido ao persoal docente de educación primaria e secundaria.
- 5.3. Desenvolver un programa de formación sobre metodoloxía dos programas de prevención das drogodependencias, dirixido aos profesionais da Rede de Servizos Sociais.
- 5.4. Desenvolver un programa de formación sobre incorporación social en drogodependencias, dirixido aos profesionais da Rede de Servizos Sociais.
- 5.5. Desenvolver un programa de formación sobre prevención, asistencia e incorporación social en drogodependencias dirixido aos profesionais das redes de Protección e de Reforma de Menores.

■ **Obxectivo Nº 6. Promover a formación de mediadores sociais e persoal voluntario en materia de drogodependencias.**

- 6.1. Elaborar un Programa de formación de mediadores sociais e do voluntariado social nos ámbitos da prevención e incorporación social.
- 6.2. Desenvolver un programa con base na aplicación das novas tecnoloxías da información e a comunicación, de formación básica en drogodependencias para mediadores sociais.
- 6.3. Ofertarlles aos pais e nais integrados nas asociacións de nais e pais de alumnos formación sobre educación para a saúde e/ou prevención das drogodependencias.
- 6.4. Ofertar, en colaboración coa Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, a realización de programas de formación en drogodependencias aos profesionais dos sistemas xudicial e penitenciario e das forzas de seguridade e policía local.
- 6.5. Ofertar, en colaboración coa Consellería de Traballo e as organizacións empresariais e sindicais, a realización dun programa de formación dirixido a membros dos servizos de prevención, delegados sindicais e outros mediadores sociais presentes no medio laboral sobre prevención e atención das drogodependencias.

3.4.5. Obxectivos xerais e específicos na área de investigación e avaliación

■ **Obxectivo Nº 1. Impulsar a realización periódica de enquisas e estudos socioepidemiolóxicos sobre o consumo de drogas en Galicia, que permitan coñecer a evolución da incidencia e prevalencia, así como dos factores asociados ao consumo.**

- 1.1. Realizar con carácter bianual un estudo epidemiolóxico entre a poboación xeral de Galicia de 12 e máis anos para coñecer os hábitos e patróns de consumo das diferentes drogas, os factores de risco e protección relacionados con eles, os efectos derivados do consumo, as percepcións sociais das drogas e os drogodependentes e as demandas e propostas cidadás para superar o problema.
- 1.2. Colaborar nas enquisas epidemiolóxicas promovidas por outras institucións dirixidas a coñecer os hábitos e patróns de consumo de drogas, as opinións e actitudes fronte a elas e os problemas sociais e sanitarios asociados.

■ **Obxectivo Nº 2. Realizar estudos de avaliación dos resultados obtidos polos diferentes programas impulsados polo PGD no ámbito da prevención, a asistencia e a incorporación social ás drogodependencias.**

- 2.1. Levar a cabo, con carácter cuadrienal, un estudo de avaliación da efectividade dos programas de prevención, fundamentalmente no ámbito escolar, promovidos polo PGD.
 - 2.2. Levar a cabo, con carácter cuadrienal, un estudo de avaliación da efectividade de diferentes alternativas de tratamento promovidas polo PGD.
 - 2.3. Levar a cabo, con carácter cuadrienal, un estudo de avaliación da efectividade dos programas de incorporación social promovidos polo PGD.
- **Obxectivo N° 3. Fomentar a creación de redes de investigación en materia de drogodependencias.**
 - 3.1. Brindar apoio técnico e financeiro a proxectos de investigación aplicada promovidos por universidades, centros de investigación ou equipos de investigación.
 - 3.2. Favorecer o desenvolvemento de proxectos de investigación multidisciplinares e multicéntricos impulsados polos profesionais vinculados ao Plan de Galicia sobre Drogas relacionados coa prevención, a asistencia e a incorporación social en drogodependencias.
 - **Obxectivo N° 4. Colaborar na difusión dos traballos científicos desenvolvidos por entidades e profesionais no campo das drogodependencias.**
 - 4.1. Manter e potenciar a difusión dos traballos científicos impulsados pola Consellería de Sanidade e outros departamentos da Xunta de Galicia relacionados coas drogas e as drogodependencias.
 - 4.2. Colaborar na divulgación dos fondos documentais e bibliográficos e servizos de documentación existentes no campo das drogodependencias e/ou da saúde.
 - 4.3. Apoiar a difusión en diversos foros científicos e técnicos dos resultados obtidos por traballos de investigación nos cales participan profesionais vinculados ao PGD.
 - **Obxectivo N° 5. Consolidar o funcionamento do Observatorio de Galicia sobre Drogas mediante a ampliación e mellora da calidade dos actuais indicadores que integran o seu sistema de información.**
 - 5.1. Ampliar e actualizar os actuais indicadores do Sistema de Avaliación Asistencial (SAA).
 - 5.2. Implementar a totalidade dos indicadores previstos no Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación social (SAPI) a todos os programas de prevención e incorporación social integrados no PGD.
 - 5.3. Avaliar a idoneidade do CMBD do OGD, modificando aqueles indicadores que sexan susceptibles de mellora.
 - 5.4. Manter a difusión periódica dos informes xerais do OGD.
 - 5.5. Comparar o funcionamento do OGD co do Observatorio Galego de Saúde Mental.

3.4.6. Obxectivos xerais e específicos na área de coordinación

- **Obxectivo N° 1. Potenciar a coordinación e cooperación das distintas administracións públicas que interveñen no desenvolvemento do Plan de Galicia sobre Drogas.**
 - 1.1. Modificar a actual composición e funcionamento dos órganos colexiados na área de drogodependencias previsto no Decreto 223/2002, do 13 de xuño (polo que se modifica o Decreto 341/1998, do 12 de novembro, polo que se regula a composición e funcionamento dos órganos colexiados na área das drogodependencias).

- 1.2. Crear un Consello Asesor da Xunta de Galicia en Materia de Drogodependencias, no cal estean representados, ademais dos diferentes departamentos da Administración autonómica, as administracións locais, ONG, colexios profesionais, universidades e outras institucións públicas ou privadas relacionadas coas drogodependencias.
 - 1.3. Crear estruturas estables de coordinación da Administración autonómica coas administracións locais en materia de drogodependencias (Comisión Mixta Xunta de Galicia e administracións locais en materia de drogodependencias), nas cales estean representadas todos os municipios con plans locais sobre drogas.
 - 1.4. Dar continuidade ao funcionamento dos seguintes órganos de coordinación xa existentes: a) Comisión de coordinación interconsellerías para o desenvolvemento do Plan de Galicia sobre Drogas, b) Comisión galega de acreditación, avaliación e control do Programa de tratamento con opiáceos e c) Comisión tripartita para o desenvolvemento do Programa de intervención en drogodependencias no ámbito laboral.
 - 1.5. Impulsar estruturas técnicas de apoio e seguimento ao conxunto de actuacións previstas no marco do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 (reforzar o funcionamento das actuais comisións técnicas de Prevención, Asistencia e Incorporación Social).
 - 1.6. Establecer un acordo marco coa Federación Galega de Municipios e Provincias para a coordinación das actuacións que serán impulsadas pola Administración local no marco do Plan de Galicia sobre Drogas.
 - 1.7. Manter a participación da Xunta de Galicia nos órganos de coordinación existentes coa Administración central do Estado, en particular, na Conferencia Sectorial, a Comisión Interautonómica e os diferentes comités técnicos que funcionan no marco do Plan Nacional sobre Drogas.
- **Obxectivo Nº 2. Potenciar a coordinación e cooperación coa iniciativa social que participa no desenvolvemento de programas preventivos, asistenciais ou de apoio á incorporación social no campo das drogodependencias.**
- 2.1. Promover a creación de estruturas estables de coordinación co conxunto de organizacións non gobernamentais e entidades cidadás que colaboran no desenvolvemento do PGD (creación dunha comisión de participación social).
 - 2.2. Asegurar unha adecuada representación das ONG no Consello Asesor da Xunta de Galicia en Materia de Drogodependencias.
- **Obxectivo Nº 3. Definir adecuadamente as competencias e funcións asignadas ás diferentes administracións e ONG no marco do PGD.**
- 3.1. Modificar a Lei de Galicia sobre drogas, determinando as competencias e funcións que deben ser asumidas pola Administración autonómica, a Administración local, as ONG e demais entidades sociais en materia de drogodependencias.
 - 3.2. Elaborar unha guía ou carta de servizos e actuacións que desenvolverá a Administración local no campo das drogodependencias, tendo como referencia o Catálogo de programas asistenciais, o Catálogo de programas de prevención e o Programa de incorporación personalizado do PGD.
 - 3.3. Elaborar unha guía ou carta de servizos e actuacións que desenvolverán as ONG no campo das drogodependencias, tendo como referencia o Catálogo de programas asistenciais, o Catálogo de programas de prevención e o Programa de incorporación personalizado do PGD.
- **Obxectivo Nº 4. Velar polo cumprimento das competencias e funcións que a Administración local ten asignadas por lei en materia de drogodependencias.**

- 4.1. Velar polo efectivo cumprimento das competencias municipais en materia inspectora e sancionadora da normativa relativa ás limitacións sobre venda de bebidas alcohólicas e tabaco a menores, publicidade e promoción de bebidas alcohólicas e tabaco e ao seu consumo na vía pública e determinadas dependencias de uso colectivo.
 - 4.2. Velar polo desenvolvemento por parte dos municipios con máis de 20.000 habitantes de políticas específicas en materia de prevención e incorporación social no seu respectivo ámbito territorial.
- **Obxectivo N° 5. Divulgar entre as institucións, as organizacións sociais, a poboación xeral e sectores específicos dela, as actuacións desenvolvidas pola Xunta de Galicia e outras administracións e axentes sociais en materia de drogodependencias.**
- 5.1. Editar e difundir o contido do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009.
 - 5.2. Divulgar entre a poboación xeral e certos grupos sociais os programas, actividades e recursos impulsados polo PGD en determinados ámbitos.
- **Obxectivo N° 6. Promover acordos de colaboración, proxectos de partenariado ou convenios de cooperación con administracións públicas, ONG e outras entidades públicas ou privadas, con prioridade nos ámbitos europeo e latinoamericano.**
- 6.1. No ano 2009 teranse establecidos polo menos dous acordos de colaboración, proxectos de partenariado ou convenios de cooperación con rexións europeas.
 - 6.2. No ano 2009 teranse establecidos polo menos dous acordos de colaboración, proxectos de partenariado ou convenios de cooperación con rexións/ provincias latinoamericanas ou con ONG que operan nese territorio.

4. ÁREAS DE INTERVENCIÓN

4. Áreas de intervención

4.1. Prevención

4.1.1. Principios de actuación

Os progresos alcanzados nos últimos anos no desenvolvemento de modelos teóricos explicativos das drogodependencias posibilitaron o establecemento dun amplo consenso a nivel técnico acerca dos principios ou criterios xerais que deben orientar os programas de prevención.

Algúns dos avances rexistrados no plano teórico, como o recoñecemento do carácter multicausal das drogodependencias ou a constatación da existencia de diferentes niveis de exposición ou risco fronte ao consumo de drogas, determinan que non existan estratexias únicas para previr as condutas de uso e abuso de drogas. En consecuencia, as políticas e estratexias dirixidas á prevención deben compaxinar a globalidade das intervencións, co desenvolvemento de accións selectivas sobre certos colectivos e grupos sociais, que permitan incidir de forma concreta sobre determinados factores ou circunstancias que actúan estimulando ou facilitando o uso de drogas (factores de risco), ou ben sobre aqueles outros que, como a información, a educación, as competencias e as habilidades persoais ou sociais ou determinados valores, impiden ou modulan os consumos (factores de protección).

De acordo con estas premisas de carácter técnico, e tendo en consideración o establecido na Estratexia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 e no Plan de Acción 2005-2008, establécense os seguintes principios nos cales se debe apoiar a actuación que se levará a cabo no campo da prevención:

- A necesidade de impulsar políticas de prevención integrais que incorporen actuacións dirixidas, tanto ao control da oferta, como á redución da demanda de drogas, e que incidan de forma coordinada sobre diferentes sectores da poboación.
- A educación configúrase como a ferramenta central da acción preventiva. O uso de drogas constitúe un fenómeno cun marcado carácter social, que non se pode desvincular doutros procesos sociais e que está intimamente ligado aos valores sociais dominantes e ás formas de organización social.
- A promoción activa de hábitos de vida saudables e dunha cultura de saúde que inclúa o rexeitamento ao consumo de drogas, así como a modificación de actitudes e comportamentos da sociedade respecto ás drogodependencias. A educación para a saúde débese configurar como un elemento central das estratexias dirixidas a reducir a demanda de drogas, polo que se debe pór á disposición do conxunto da poboación, e especialmente dos nenos e adolescentes, aqueles contidos informativos, habilidades e capacidades que favorezan a instauración de estilos de vida saudables.
- A educación para a saúde e a prevención do consumo de drogas deben formar parte dos contidos que se abordarán dentro da educación obrigatoria e non obrigatoria.
- A conveniencia de simultanear o desenvolvemento de programas de prevención universais con outros de carácter selectivo e indicados, que incorporen estratexias

dirixidas á redución de danos e á prevención de riscos asociados ao consumo de drogas entre aquelas poboacións ou colectivos que xa se iniciaron a el.

- O rigor técnico e científico das actuacións preventivas. Todo programa preventivo se debe axustar a unha serie de requisitos metodolóxicos e técnicos, en consonancia cos “Criterios básicos de intervención nos programas de prevención das drogodependencias”, aprobados polo conxunto dos plans autonómicos sobre drogas (DGPNSD, 1997).
- A normalización das accións, traballando e actuando sempre que se poida desde os recursos normalizados da comunidade.
- A intersectorialidade ou exigencia da actuación e participación activa de todos aqueles sectores que conforman a estrutura social, tanto das institucións competentes nos distintos ámbitos onde inciden os programas de prevención, como da sociedade civil. Sempre que sexa posible deberanse formular programas de prevención delimitados territorialmente, co fin de facilitar a participación coordinada das administracións públicas, os técnicos e expertos en prevención e a propia poboación á que van dirixidos estes programas.
- Os programas preventivos multicompoñentes, que inciden simultaneamente sobre diversos aspectos relacionados co uso de drogas (información, habilidades sociais e persoais, control emocional, educación en valores, etc.), configúranse como o instrumento máis adecuado para incidir nun problema cunha etioloxía multicausal.
- Os programas preventivos deben facilitar a sinerxía e complementariedade de actuacións entre distintos ámbitos de intervención (educativo, laboral, comunicación social, sanitario, etc.).
- A corresponsabilidade social e a participación dos cidadáns.

O conxunto das investigacións realizadas en Galicia e España, así como por parte de prestixiosas institucións dos Estados Unidos (SLOBODA, Z. e DAVID, S.L. 1997, CSAP, 1997, GARDNER, S.E. et al. 2001), como o National Institute on Drug Abuse (NIDA) e o Center for Substance Abuse Prevention (CSAP), permiten establecer unha serie de evidencias científicas ou principios baseados na ciencia, que deben ser tidos en consideración á hora de deseñar o contido das políticas e os programas de prevención.

Estas serían algunhas das principais evidencias postas de relevo polas investigacións científicas realizadas no campo dos factores de risco e protección relacionados co uso de drogas e a avaliación da efectividade dos programas de prevención (BECOÑA, E. 2002):

AS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS INDICAN QUE:

A) RESPECTO DOS FACTORES DE RISCO E PROTECCIÓN:

1. Os factores de risco exercen maior influencia que os factores de protección na modulación dos consumos de drogas.
2. Entre os factores de risco con maior capacidade preditora dos consumos inclúense algúns relacionados co ámbito familiar (malas relacións familiares e abuso de drogas na familia) e de carácter social (presenza de consumidores no medio social e facilidade de acceso ás drogas), xunto cos persoais e laborais.
3. As percepcións dos adolescentes sobre os riscos e beneficios do alcohol e outras drogas correlaciónanse coa probabilidade do inicio do seu consumo.
4. As actitudes sociais favorables ou tolerantes cara a certas drogas e a publicidade do alcohol ou o tabaco correlaciónanse co uso de drogas entre os adolescentes.

5. O consumo de tabaco, alcohol ou outras drogas por parte dos pais e as súas actitudes cara aos consumos correlaciónanse cos niveis de uso e as actitudes cara ás drogas dos adolescentes.
6. As deficientes habilidades educativas e prácticas dos pais no manexo familiar correlaciónanse co uso de drogas por parte dos fillos adolescentes.
7. Os niveis de cohesión e apego familiar correlaciónanse co uso de drogas por parte dos fillos. As débiles relacións pais-fillos, a falta de comunicación e apoio emocional dos pais aos fillos incrementan o risco de que aparezan condutas de abuso ás drogas.
8. O baixo rendemento escolar, o absentismo e o fracaso escolar tenden a correlacionarse coa presenza de condutas de uso e/ou abuso temperán de drogas por parte dos adolescentes.
9. A ausencia de valores ético-morais ou o predominio de valores sociais de carácter hedonista ou presentista correlaciónanse cos niveis de consumo de drogas.
10. O consumo de drogas no grupo de iguais ou a existencia de actitudes favorables cara a elas correlaciónanse co inicio temperán ao uso de drogas e a aparición de condutas de abuso.
11. Os factores de risco asociados ao inicio do consumo de drogas difiren en función do sexo e entre os distintos grupos étnicos e culturais.
12. As políticas que inciden simultaneamente no control da oferta e a redución da demanda son máis efectivas que as que inciden só nun destes ámbitos.
13. O incremento da fiscalidade sobre o tabaco e o alcohol e as restricións cara ao seu uso correlaciónanse co atraso nas idades de inicio ao seu consumo e a redución das súas prevalencias de uso.

B) RESPECTO DA EFECTIVIDADE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN:

14. O adestramento de habilidades persoais, sociais e de resistencias á influencia negativa exercida polo grupo de iguais ou a publicidade son eficaces na redución das condutas de abuso de droga en adolescentes e mozos.
15. Os programas preventivos centrados na familia teñen maior impacto que as estratexias que inciden só nos pais ou nos fillos.
16. A escola ofrece a oportunidade de alcanzar a todos os adolescentes e é un lugar clave para traballar con subpoboacións específicas con maior risco de consumir drogas.
17. Os programas comunitarios que inclúen campañas en medios de comunicación e cambios de políticas son máis eficaces se van acompañados de intervencións nas familias e a escola.

EN CONSECUENCIA, O DESEÑO DAS POLÍTICAS E OS PROGRAMAS DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE PREVENCIÓN DEBEN TER EN CONTA QUE:

- Os programas de prevención deben incidir simultaneamente no control e/ou a redución dos factores de risco e na potenciación dos factores de protección.
- O control da oferta de drogas, en especial das legais, debe constituír un pilar central das políticas preventivas posto que, ademais de reducir a dispoñibilidade das drogas, axuda a combater as actitudes sociais tolerantes fronte a certas substancias.
- Os programas preventivos deben ser deseñados a longo prazo, con intervencións repetidas periodicamente para reforzar as metas orixinais.

- Deben incluír todas as formas de consumo de drogas, en particular o tabaco, alcohol e cannabis, que actúan como substancias de inicio.
- Deben incorporar entre os seus obxectivos mellorar a percepción dos riscos asociados ao uso de drogas.
- Deben fortalecer as habilidades sociais e persoais dos adolescentes e mozos e incluír estratexias de habilidades para resistir o ofrecemento de drogas, reforzar o compromiso persoal e as actitudes contrarias contra ao seu consumo.
- Canto maior sexa o risco da poboación obxectivo, máis intensivos deben ser os esforzos preventivos e máis pronto deberían comezar.
- Os programas preventivos deberían ser específicos para a idade dos destinatarios, apropiados para o seu desenvolvemento e sensibles coas diferentes culturas.
- Deben priorizar as actuacións dirixidas a reducir a presenza de factores de risco de carácter familiar, en especial os consumos de drogas por parte dos pais.
- Os programas familiares deben incluír a toda a familia, desenvolver habilidades de crianza, salientar o apego familiar e promover habilidades de comunicación na familia.
- Deben proporcionar alternativas para axudar os adolescentes que están en ambientes de alto risco a desenvolver habilidades persoais e sociais dun modo natural.
- Débense estruturar actividades alternativas ao consumo de drogas que faciliten a interacción entre os iguais.
- Os programas comunitarios necesitan fortalecer as normas contra o consumo de drogas en todos os ámbitos, incluíndo a familia, a escola e a comunidade.
- Os programas escolares deben evitar confiar unicamente nas actuacións dirixidas a proporcionar información sobre os efectos negativos do consumo de drogas.
- Os programas preventivos débense adaptar a cada comunidade para tratar a natureza específica do problema do abuso de drogas nela.
- Os programas comunitarios deben desenvolver a conciencia da comunidade e os medios de comunicación fronte ás drogas e difundir os perigos de certas substancias.
- Deben promover restricións ao consumo de tabaco en lugares públicos e centros de traballo (CASP).
- Deben reforzar a responsabilidade legal dos vendedores de bebidas alcohólicas.
- Deben procurar incrementar o prezo do alcohol e o tabaco a través dos impostos.
- Deben promover políticas de disuasión para condutores negligentes.

4.1.2. Ámbitos de actuación preferente

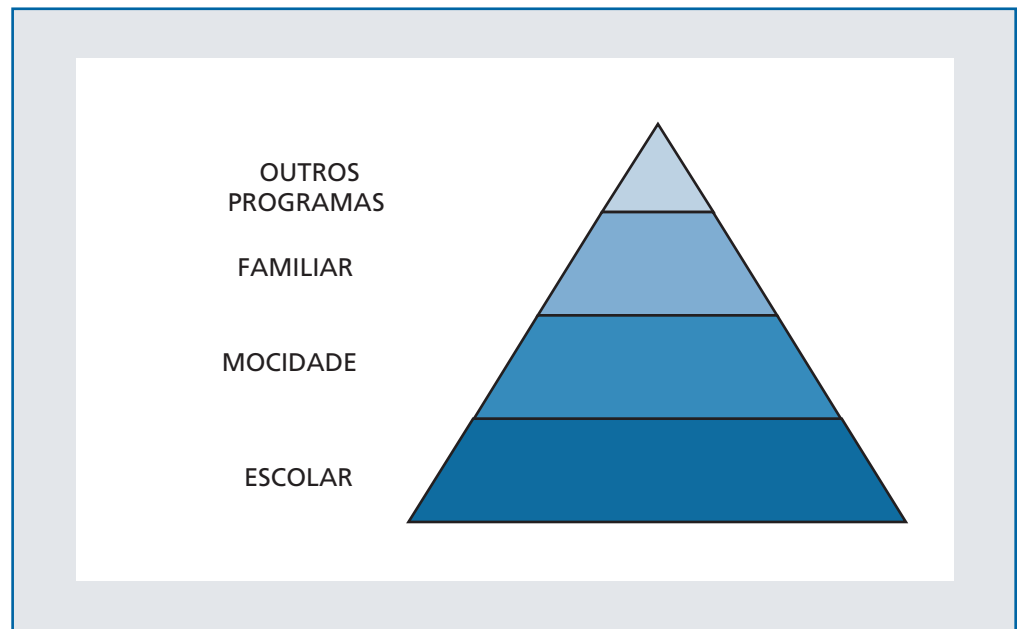
a) En relación coa redución da demanda

- ◇ Ámbito de información e formación.
- ◇ Ámbito comunitario.
- ◇ Ámbito educativo.
- ◇ Ámbito familiar
- ◇ Prevención do consumo de drogas en poboación xuvenil.

- ◇ Ámbito laboral

Aínda que todos os ámbitos sinalados teñen un carácter de preferente, establécese dentro deles a seguinte gradación ou xerarquía de prioridades nos programas de prevención (figura 4.1):

Figura 4.1.
Gradación dos programas de prevención do PGD.



b) En relación coa redución da oferta

- Control da aplicación da normativa sobre venda de alcohol e tabaco (reforzamento das actividades de inspección, en especial no relativo á prohibición da venda de alcohol e tabaco a menores).
- Control das restricións da publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco e doutras formas de promoción do consumo destas substancias.
- Mellora na xestión e aplicación das sancións previstas na Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas en materia de promoción e venda de bebidas alcohólicas e tabaco.

4.1.3. Accións e programas para o cumprimento dos obxectivos relacionados coa prevención

ACCIÓN E PROGRAMAS	INSTITUCIÓN OU DEPARTAMENTO RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> Ampliación da cobertura e implementación do Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo ata alcanzar os 800 centros, 7.000 profesores e 135.000 alumnos participantes anuais. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> Ampliación do número de participantes no Programa de educación en valores "Cinensino" ata alcanzar os 40.000 alumnos anuais. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> Posta en marcha do programa de prevención escolar "Non pasa nada. ¿Pasa algo.", destinado a escolares en situación de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> Oferta de cursos de especialización para docentes de primaria e secundaria en prevención das drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> Difusión en todos os centros de primaria e secundaria do Catálogo cos programas de prevención das drogodependencias no medio escolar con que conta o PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> Difusión de materiais didácticos sobre as drogas e as estratexias para a súa prevención na totalidade dos centros de educación primaria e secundaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvemento de accións informativas e sensibilizadoras sobre os riscos asociados ao uso/abuso de drogas entre a poboación universitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Consellería de Sanidade. Universidades galegas
<ul style="list-style-type: none"> Homologación de cursos de formación de profesores sobre prevención das drogodependencias, informados e avalados polo PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> Distribución dunha guía informativa sobre as drogas, os seus efectos e as pautas para a súa prevención entre o conxunto dos fogares galegos con fillos de entre 6 e 18 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade Secretaría Xeral da Igualdade.
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvemento do programa "Reflexionando sobre a prevención de drogas: Encontros de pais/nais", destinado a mellorar as habilidades educativas de pais e nais. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade Secretaría Xeral da Igualdade.
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvemento do programa "Todos xuntos axudamos", dirixido ás familias con menores que presentan condutas de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade Secretaría Xeral do Benestar.
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvemento do programa de prevención "Enfrontando os problemas", dirixido a familias con menores de alto risco que usan ou abusan das drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade Secretaría Xeral do Benestar.
<ul style="list-style-type: none"> Programa xuvenil de prevención do consumo de alcohol e outras drogas e os danos asociados 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade Secretaría Xeral do Benestar. Consello da Xuventude de Galicia
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvemento dun "Programa de prevención do consumo de alcohol nas autoescolas", para condutores noveis. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade. Secretaría Xeral do Benestar. Asociacións de autoescolas de Galicia. Dirección Xeral de Tráfico (Ministerio do Interior)

<ul style="list-style-type: none"> ■ Desenvolvemento dun Programa de prevención do consumo de alcohol e outras substancias en espazos urbanos públicos ("Creative"). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade. ■ Secretaría Xeral da Igualdade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Desenvolvemento de accións informativas e de sensibilización sobre as drogas e os seus efectos sobre os traballadores e a actividade laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Traballo. ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Desenvolvemento do Programa de prevención de drogodependencias no ámbito laboral, de forma prioritaria nos sectores de Administración pública, pesca, transporte e construción. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Presidencia, Admón. Públicas, Xustiza ■ Consellería de Traballo. ■ Consellería de Sanidade. ■ Organizacións sindicais e empresariais participantes na Comisión tripartita para o desenvolvemento do Programa de intervención en drogodependencias no ámbito laboral.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Formalización de convenios con municipios galegos para a implementación de programas comunitarios de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade. ■ Municipios de Galicia.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Celebración de seminarios sobre prevención das drogodependencias para profesionais de medios de comunicación, orientados a mellorar o tratamento informativo dos contidos relacionados coas drogas e a prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade. ■ Secretaría Xeral de Comunicación
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aprobación dunha norma de acreditación e homologación de programas de prevención das drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Implantación, entre o conxunto de institucións e entidades que reciban financiamento do PGD, dunha "Guía de orientación para a implementación de programas preventivos en Galicia", baseada en evidencias científicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Creación de grupos técnicos de traballo para a actualización do Catálogo de programas de prevención do PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Incorporación aos convenios de colaboración que se subscribirán entre a Consellería de Sanidade e os concellos para o desenvolvemento de programas de prevención, de cláusulas que reforcen as tarefas de inspección e control da normativa que prohibe o consumo e venda de bebidas alcohólicas e tabaco a menores de idade e o consumo destas substancias en diferentes dependencias e espazos de uso público, polos servizos de consumo e policía municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. ■ Consellería de Industria e Innovación Tecnolóxica. ■ Federación Galega de Municipios e Provincias. <p>(*) As medidas que se adoptarán nesta acción estarán en consonancia con disposicións do Ministerio de Sanidade e Consumo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Creación dun "Grupo de seguimento da publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco" encargado de velar polo respecto das regulacións e restricións existentes en materia de promoción e publicidade destes produtos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade. ■ Consellería de Industria e Innovación Tecnolóxica.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Regulación do consumo de bebidas alcohólicas en lugares públicos, no marco da modificación da Lei 2/96, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade. <p>(*) As medidas que se adoptarán nesta acción estarán en consonancia con disposicións do</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ministerio de Sanidade e Consumo.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Deseño e implantación dun programa de prevención específico para minorías étnicas e inmigrantes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.

Nas diferentes accións e programas que se desenvolverán no ámbito da prevención siñálanse, unicamente, aqueles departamentos da Xunta de Galicia e entidades singulares responsables directas da súa programación, coordinación ou execución. Como criterio xeral, todas as actuacións se desenvolverán en colaboración coas organizacións non gobernamentais e os municipios que traballan neste ámbito, de acordo cos principios de corresponsabilidade social e participación cidadá.

4.1.4. Indicadores de avaliación

Para avaliar o grao de cumprimento dos obxectivos propostos polo Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 na área de prevención utilizaranse os seguintes indicadores:

OBXECTIVOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 1. Reducir o consumo experimental das distintas drogas entre os adolescentes de 12 a 18 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ % de adolescentes e mozos que consumiron algunha vez tabaco, alcohol ou outras drogas (estudos sobre consumo de drogas en Galicia 2006/2008).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 2. Atrasar a idade media de inicio ao consumo das distintas drogas dos adolescentes e mozos de 12 a 24 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Idade media de inicio ao consumo das distintas drogas nos grupos de idades de 12 a 24 anos (estudos sobre consumo de drogas en Galicia 2006/2008).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 3. Reducir o número de consumidores habituais de drogas entre a poboación xeral. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prevalencias dos consumos das distintas drogas nos últimos 6 meses, diarios de tabaco e semanais de alcohol (estudo O consumo de drogas en Galicia 2006/2008).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 4. Reducir o número de bebedores abusivos entre a poboación xeral e os adolescentes e mozos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prevalencias de bebedores abusivos en días laborables e fins de semana (estudos sobre consumo de drogas en Galicia 2006/2008).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 5. Reducir os comportamentos de risco relacionados co consumo de alcohol e outras drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de denuncias por conducción de vehículos con taxas de alcohol superiores ao límite legal (Ministerio do Interior). ■ Número alcoholemias con resultados positivos (Ministerio do Interior). ■ Número de condutores falecidos nos cales se detecta a presenza de alcohol (Instituto Nacional de Toxicoloxía).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 6. Mellorar a calidade da información dos adolescentes e mozos sobre as drogas e os seus efectos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de recursos da Rede de Información Xuvenil que dispoñen de información sobre as drogas e os riscos asociados. ■ % de adolescentes e mozos que recibiron información sobre as drogas ou participaron en actividades preventivas ("Informe sobre a xuventude galega").
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 7. Modificar as actitudes dos adolescentes e mozos fronte ás drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ % de escolares que consideran que o consumo das distintas drogas pode ser prexudicial para a saúde (Enquisas escolares sobre drogas 2006/2008 e estudos sobre consumo de drogas en Galicia 2006/2008). ■ % de escolares que teñen intención de consumir drogas no futuro (Enquisas escolares sobre drogas 2006/2008).

<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 8. Reducir a tolerancia social fronte ás drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Actitudes paternas de rexeitamento ao consumo de tabaco, alcohol ou outras drogas por parte dos seus fillos (Enquisas escolares sobre drogas 2006/2008). ■ % de cidadáns que perciben que o consumo das distintas drogas pode provocar moitos problemas (estudos sobre consumo de drogas en Galicia 2006/2008).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 9. Reducir a dispoñibilidade do tabaco, así como o consumo indebido e abusivo de bebidas alcohólicas no contorno social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de expedientes e sancións por venda de tabaco e alcohol a menores.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 10. Mellorar os niveis de implantación e cobertura dos programas de prevención escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de centros de primaria e secundaria que desenvolven programas de prevención escolar (SAPI). ■ Número de profesores implicados en programas de prevención escolar (SAPI). ■ Ratios de cobertura dos programas de prevención escolar sobre o total de centros, profesores e alumnos (SAPI).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 11. Incrementar o número de programas de prevención dirixidos ao ámbito familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de pais/nais que recibiron información sobre prevención do uso de drogas (SAPI). ■ Número de encontros de pais/nais realizados e participantes neles (SAPI). ■ Número de programas de prevención familiar de carácter universal, selectivos e indicados (SAPI).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 12. Incrementar o número de programas de prevención no ámbito laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de programas de prevención laboral (SAPI). ■ Número de traballadores beneficiarios dos programas de prevención laboral (SAPI). ■ Número de actividades de información e sensibilización dirixidas a traballadores (SAPI).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 13. Reforzar os actuais niveis de implantación dos programas de prevención comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de programas de prevención comunitaria (SAPI). ■ Taxas de cobertura dos programas comunitarios (SAPI). ■ Orzamento destinado ao financiamento de programas comunitarios impulsados por ONG (PGD).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 14. Intensificar a coordinación e colaboración cos municipios para instaurar e consolidar programas municipais de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de municipios galegos con programas municipais de prevención (SAPI). ■ Número de convenios de colaboración subscritos con concellos para o desenvolvemento de actividades preventivas (PGD).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 15. Incentivar o desenvolvemento de programas de prevención que promovan estratexias e actuacións baseadas en evidencias científicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de entidades que incorporaron a Guía de orientación para a implantación de programas preventivos en Galicia. ■ Número de programas que se axustan ao establecido no Decreto de acreditación e homologación de programas de prevención. ■ Número de programas de prevención que implementaron os procedementos e indicadores do SAPI.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 16. Intensificar a aplicación do Catálogo de programas de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Número de programas desenvolvidos polos servizos de Prevención do PGD en cada un dos ámbitos previstos no Catálogo de programas de prevención. ■ Número de novos programas incorporados ao repertorio de actuacións sectoriais impulsadas polo PGD. |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 17. Poñer en marcha, en todos os lugares en que se precise, un programa de prevención universal e outro selectivo dirixidos á comunidade xitana. Tamén se pora en marcha un programa de prevención universal e outro selectivo dirixidos á poboación inmigrante | <ul style="list-style-type: none"> ■ Número de servizos de prevención con estes programas ■ Número de participantes e persoas atendidas. |

4.1.5. Recursos

Equipos de prevención

Os equipos de prevención son recursos humanos orientados ao deseño e execución de plans, programas e/ou accións preventivas encamiñadas a impedir ou atrasar a aparición de condutas de uso e abuso das distintas drogas, así como a minimizar os riscos derivados do seu uso. Entre as funcións que levan a cabo os 51 equipos de prevención existentes en 2004 destacan as seguintes:

- Atender e canalizar as demandas de información, asesoramento e formación en relación coas drogas no seu ámbito territorial de actuación.
- Diseñar, elaborar e executar programas de prevención en diferentes ámbitos de intervención: información-formación, comunitario, educativo, familiar, xuvenil e laboral.
- Salientar a avaliación dos programas preventivos realizados no marco do Sistema de Avaliación de Prevención e Incorporación (SAPI).
- Coordinar outras actuacións preventivas que se desenvolvan no seu territorio.
- Difundir as estratexias preventivas que se estean realizando no seu territorio, así como os resultados alcanzados con elas.
- Detectar posibles incumprimentos de normativa sobre promoción, publicidade, venda e consumo de bebidas alcohólicas e tabaco.
- Seguir as directrices do Plan de Galicia sobre Drogas en materia de prevención.

Figura 4.2.
Mapa de recursos do PGD na área de prevención 2005.



FONTE: Sistema de Avaliación de Prevención e Incorporación Social. OGD. Consellería de Sanidade.

4.1.6. Tipoloxía de programas

A ordenación dos diferentes niveis da acción preventiva debe partir da premisa de que non todas as persoas están sometidas aos mesmos riscos en relación coas drogas e os seus usos problemáticos (NIDA, 1997). Por isto, habitualmente, establécense tres opcións de intervención preventiva, que se adaptan ás diferentes necesidades dos individuos que potencialmente se poderían beneficiar dos programas de prevención:

- **Programas universais.** Dirixidos a toda a poboación ou a un grupo de persoas que non necesariamente están identificadas de acordo con ningún factor de risco de carácter individual. O obxectivo deste tipo de actuacións é evitar ou atrasar o consumo de drogas entre grupos poboacionais amplos.
- **Programas selectivos.** Dirixense a grupos de poboación concretos que, de acordo con datos obxectivos facilitados por estudos ou investigacións, están sometidos a factores de risco capaces de xerar problemas relacionados coas drogas.
- **Programas indicados.** Están dirixidos a grupos ou persoas que xa mostran indicios de consumo de drogas e outros problemas asociados, pero que non alcanzaron un nivel de consumo tal como para considerar a súa conduta como de abuso ou dependencia ás drogas.

En consecuencia, o tipo de acción preventiva que se impulsará, a natureza dos programas de prevención, debe adaptarse á poboación destinataria. Estratexias que son pertinentes cun determinado grupo poden resultar ineficientes, e incluso contraproducentes, con outro. Por esta razón, un paso previo a calquera actuación preventiva debe ser o coñecemento da poboación á cal nos imos dirixir, establecendo as súas características sociodemográficas, educativas, culturais, o tipo de relacións que mantén coas diferentes

drogas, as súas actitudes fronte a elas, a existencia ou non de comportamentos de risco, etc. O coñecemento destes elementos e condicionantes, que forman parte do proceso de avaliación de necesidades, determinará finalmente o nivel da acción preventiva e, en definitiva, as estratexias preventivas que se deben impulsar.

Os últimos avances rexistrados pola literatura científica no campo da prevención sinalan que esta debe ser fundamentalmente específica, avaliable e claramente dirixida ao colectivo que se pretende e a unha poboación diana ben definida. O PGD conta cun Catálogo de programas de prevención que establece unha serie de ámbitos prioritarios de actuación e, dentro de cada un deles, unha categorización dos programas en función do nivel de risco soportado pola poboación destinataria deles.

CATÁLOGO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DO PGD

— ÁMBITO DE INFORMACIÓN E FORMACIÓN

- Programa de información: criterios para a información en drogodependencias.
- Programa de formación: criterios para a formación en drogodependencias.

— ÁMBITO COMUNITARIO

- Programas de información-formación.
- Programa de coordinación.
- Programa de plans comunitarios.

— ÁMBITO EDUCATIVO

- Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo (PPCDE).
- Programa Cinensino.
- Programa "Non pasa nada. ¿Pasa algo? (prevención selectiva con adolescentes e menores de 4º de ESO en situación de risco).

— ÁMBITO FAMILIAR

- Programa "Reflexionando sobre a prevención de drogas: Encuentros de pais/nais" (prevención universal).
- Programa "Todos xuntos nos axudamos" (prevención selectiva).
- Programa "Enfrontando os problemas" (prevención indicada)

— PREVENCIÓN DO CONSUMO DE DROGAS NA POBOACIÓN XUVENIL

- Programa "Mozos activos" (prevención universal).
- Programa de prevención do consumo de alcohol na conducción de vehículos.
- Programa "¡Estou ben!".
- Programa "Creative: Prevención do consumo de alcohol e outras substancias en espazos urbanos públicos" (prevención selectiva e indicada).

— ÁMBITO LABORAL

- Programa de prevención de drogodependencias no ámbito laboral
 - Sector pesqueiro
 - Sector do transporte
 - Sector da construción
 - Administración pública
 - Outros sectores

Este Catálogo de programas preventivos é revisable, co obxecto de incorporar as evidencias científicas e os resultados da avaliación de resultados no campo da saúde. Para maior información as posibles actualizacións poderán ser consultadas na páxina web do SERGAS.

4.2. Asistencia

4.2.1. Principios de actuación

As actuacións que se desenvolverán na área de asistencia estarán soportadas nunha serie de principios orientadores que proceden, tanto do marco legal que regula este tipo de accións, como das evidencias achegadas pola avaliación das intervencións levadas a cabo durante décadas de traballo no tratamento da poboación drogodependente en Galicia.

Estes son os principios de actuación que orientarán as accións que se desenvolverán no ámbito asistencial no marco do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009:

1. A integración da asistencia ás drogodependencias na rede sanitaria xeral, co fin de mellorar a atención a brindar aos drogodependentes e evitar posibles discriminacións.
2. A asistencia ás persoas con problemas derivados do uso de drogas deberá realizarse preferentemente no seu ámbito comunitario, debendo potenciarse o seu tratamento en dispositivos e programas asistenciais de carácter ambulatorio.
3. A asistencia aos drogodependentes e aos seus familiares deberá realizarse de acordo cos criterios establecidos pola Lei 7/2003, do 9 de decembro, de ordenación sanitaria de Galicia (artigos 105 a 109).
4. As unidades específicas de tratamento de condutas adictivas da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias do SERGAS estarán constituídas polos actuais dispositivos asistenciais adscritos ao PGD e polas unidades de alcoholismo e outras dependencias. Todos estes servizos funcionarán con criterios de profesionalidade, interdisciplinaridade, gratuidade, accesibilidade, voluntariedade e confidencialidade.
5. A oferta terapéutica debe ser plural e diversificada, co fin de adaptarse ás características, necesidades e demandas da poboación drogodependente. En consecuencia, os servizos asistenciais integrados na Rede de Saúde Mental e Drogodependencias deberán ofertar diferentes tipos de tratamento, incluídos aqueles centrados na redución de riscos e na diminución de danos asociados ao uso de drogas.
6. Os servizos asistenciais deben ser accesibles, debendo deseñar estratexias que lles permitan establecer contacto co maior número posible de drogodependentes, incluídos aqueles que non contactan coa rede asistencial.
7. O recoñecemento do principio de autonomía dos pacientes, recollido na Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e dos dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica, o seu dereito a elixir a modalidade terapéutica que desexa realizar entre aquelas que estean indicadas, a voluntariedade para iniciar ou abandonar o tratamento, o tipo de tratamento que desexa realizar, o dereito á información sobre as características do tratamento ao que está sendo sometido e a que lle sexa requirido o consentimento informado cando sexa procedente.
8. A atención aos drogodependentes terá como obxectivos básicos a desintoxicación, a deshabitación, a prevención de riscos, a redución de danos e a mellora das condi-

cións xerais de saúde e sociais destas persoas, ademais da súa plena incorporación social.

9. A redución da morbi-mortalidade asociada aos consumos de drogas configúrase como un elemento central da política asistencial. Para isto, e no marco das medidas destinadas á protección da saúde pública, cómpre potenciar estratexias dirixidas á prevención de condutas de risco e á diminución de danos entre os consumidores de drogas.
10. A avaliación permanente da calidade dos procesos e resultados dos diferentes servizos e programas asistenciais é unha actividade esencial para mellorar a calidade da dita atención, facilitando o proceso de planificación e a xestión dos servizos.

Foron múltiples as investigacións realizadas a partir de 1970 no campo do tratamento das drogodependencias, que permitiron pór de relevo unha serie de evidencias soportadas en bases científicas acerca da propia natureza dos procesos terapéuticos e sobre a efectividade dos diferentes programas asistenciais (NIDA, 2000).

AS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS INDICAN QUE:

- Non hai un único tipo de tratamento que sexa apropiado para todas as persoas.
- O tratamento debe estar facilmente dispoñible en todo momento.
- Para ser efectivo, o tratamento debe abranguer as múltiples necesidades da persoa, non soamente o seu uso de drogas.
- O plan de tratamento debe ser continuamente avaliado e, se procede, modificado para adecualo aos cambios nas necesidades de cada paciente.
- Para que o tratamento sexa efectivo, é esencial que o paciente o continúe durante un período adecuado de tempo.
- A terapia individual e/ou de grupo e outras terapias condutuais son compoñentes claves para o tratamento efectivo da adicción.
- Para moitos pacientes, os fármacos son un elemento importante do tratamento, en especial cando se combinan cos distintos tipos de terapia.
- No caso de individuos con problemas de adicción ás drogas que ao mesmo tempo teñen trastornos mentais, débense tratar ambos de maneira integrada.
- A desintoxicación médica é soamente a primeira etapa do tratamento para a adicción e por si mesma fai pouco para cambiar o uso de drogas a longo prazo.
- O tratamento non ten que ser voluntario para ser efectivo.
- Débese realizar un seguimento constante do posible uso de drogas por parte dos pacientes durante o tratamento.
- Os programas de tratamento deben incluír probas para detectar a presenza do VIH/SIDA, a hepatite B e C, tuberculose e outras enfermidades infecciosas, xunto coa terapia necesaria para axudar os pacientes a modificar aqueles comportamentos que lles poñen a eles ou a outros en risco de ser infectados.
- A recuperación da drogodependencia pode ser un proceso a longo prazo e frecuentemente requirirá de múltiples admisións a tratamento.

EN CONSECUENCIA, OS PROGRAMAS DE ASISTENCIA ÁS DROGODEPENDENCIAS DEBEN TER EN CONTA QUE:

- Resulta fundamental mellorar a accesibilidade dos pacientes aos servizos asistenciais. Para isto os centros deberán ampliar a información sobre a súa oferta terapéutica, potenciar os mecanismos de aproximación e captación activa de potenciais usuarios, diversificar as vías de acceso e reducir ao máximo os tempos e os procedementos administrativos previos á prestación efectiva da atención.
- Débense establecer mecanismos que aseguren a recepción e atención rápida das demandas recibidas polos servizos asistenciais.
- Os programas asistenciais deben ser flexibles, debendo adaptar os seus obxectivos e estratexias terapéuticas aos intereses e demandas formuladas polos pacientes.
- Débese asegurar a continuidade dos tratamentos nos casos de cambio de domicilio, ingresos en prisión, etc.
- Débense establecer mecanismos áxiles e efectivos de derivación de pacientes aos servizos de saúde e sociais para a atención dos problemas que poidan presentar neses ámbitos.

4.2.2. Accións e programas para o cumprimento dos obxectivos relacionados coa asistencia

ACCIÓN E PROGRAMAS	INSTITUCIÓN OU DEPARTAMENTO RESPONSABLE
■ Elaboración dunha disposición legal que defina as características do proceso de integración funcional dos centros especializados para o tratamento das drogodependencias na Rede de Saúde Mental.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
■ Realización dun estudo sobre a viabilidade da integración administrativa dos centros especializados para o tratamento das drogodependencias na Rede de Saúde Mental dependentes de Administracións Públicas. Este estudo incluírá a viabilidade da creación de dispositivos propios aos que poderá acceder o persoal que desempeñe as súas funcións en dispositivos análogos.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
■ Realización dun estudo de avaliación da cobertura das necesidades asistenciais por abuso e/ou dependencia ás drogas.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
■ Deseño e implantación dun sistema de avaliación común para os centros da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
■ Posta en marcha dunha campaña informativa, dirixida á poboación xeral e aos consumidores de drogas, para a difusión da oferta terapéutica dos centros especializados no tratamento de condutas adictivas.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Secretaría Xeral de Comunicación.
■ Mantemento do sistema vixente de Protocolos internos de actividade financiamento (PIAF) anuais, que garantan o cumprimento da actividade concertada.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Municipios e organizacións non gobernamentais.

<ul style="list-style-type: none"> ■ Implantación dun protocolo de derivación na Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, en colaboración cos centros de atención primaria de saúde, os servizos de saúde especializados e os servizos sociais e especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Secretaría Xeral do Benestar.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Desenvolvemento dun protocolo para a detección e derivación aos centros especializados no tratamento de condutas adictivas da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias dos menores consumidores de drogas atendidos nos centros de Protección e Reforma. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Secretaría Xeral do Benestar.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Posta en marcha dun "Programa de detección e intervención breve en alcohol e tabaco" nos centros de atención primaria de saúde de Galicia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aplicación na totalidade dos centros especializados no tratamento de condutas adictivas da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias de protocolos específicos de intervención con menores, pacientes con patoloxía dual ou pertencentes a minorías étnicas ou inmigrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Secretaría Xeral do Benestar.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Continuidade das accións dirixidas á redución de danos asociados ao consumo de drogas: realización de talleres sobre consumo de menos risco e sexo máis seguro, distribución de kits preventivos, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Realización dun estudo de necesidade e viabilidade para a posta en marcha de dispositivos para o consumo hixiénico de drogas e programas de prescrición e dispensación controlada de substancias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Realización de probas diagnósticas aos pacientes que acceden a tratamento, en todos os centros especializados no tratamento de condutas adictivas da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, para identificar a presenza de VIH/SIDA, do virus da hepatite, a tuberculose e enfermidades de transmisión sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vacinación fronte ao virus da hepatite aos pacientes atendidos nos centros de tratamento de condutas adictivas da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias e aos seus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Realización de tratamentos de forma coordinada e/ou supervisada da infección latente e a enfermidade tuberculosa nos centros de tratamento de condutas adictivas da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoio técnico á posta en marcha de programas de emerxencia social para drogodependentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Secretaría Xeral do Benestar.

- Establecemento de acordos de colaboración coa Administración Penitenciaria para asegurar: a) o mantemento de módulos terapéuticos para a atención dos reclusos drogodependentes na totalidade das prisións galegas, b) o desenvolvemento de programas de atención e de diminución de danos e c) a aplicación do Protocolo para a abordaxe da patoloxía orgánica relacionada coas drogas.
- Consellería de Sanidade e SERGAS.
- Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.
- Dirección Xeral de Institucións Penitenciarias (Ministerio do Interior)

Dentro das accións e programas que se deben desenvolver no ámbito da asistencia, siñálanse aqueles departamentos da Xunta de Galicia e entidades singulares, responsables directas da súa programación, coordinación ou execución.

4.2.3. Indicadores de avaliación

Co obxecto de facilitar a avaliación dos obxectivos propostos na área de asistencia no Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 utilizaranse os seguintes indicadores:

OBXECTIVOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 1 <ul style="list-style-type: none"> a) Conseguir a integración funcional dos servizos especializados no tratamento do alcoholismo e das drogodependencias no Servizo Galego de Saúde (SERGAS). b) Conseguir a integración administrativa dos servizos especializados no tratamento das drogodependencias no Servizo Galego de Saúde (SERGAS) dependentes de administracións públicas. c) Conseguir a creación de dispositivos propios a que poderá acceder o persoal que desempeñe as súas funcións nos actuais dispositivos análogos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de centros especializados no tratamento de condutas adictivas adscritos funcionalmente á Rede de Saúde Mental e Drogodependencias do SERGAS. ■ Nº de centros asistenciais que notifican ao SAA. ■ Nº de centros especializados no tratamento de condutas adictivas adscritos á Rede de Saúde Mental e Drogodependencias do SERGAS. ■ Nº de dispositivos propios creados.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 2. Garantir que as persoas que realicen demandas de tratamento por abuso ou dependencia de substancias teñan un rápido acceso aos servizos especializados para o seu tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tempos máximos de espera para o acceso aos distintos programas asistenciais (SAA). ■ Nº de pacientes admitidos a tratamento (SAA). ■ Nº de pacientes atendidos (SAA).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 3. Mellorar a accesibilidade das persoas con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas aos servizos asistenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de pacientes derivados desde os servizos de saúde e sociais. ■ % de cidadáns que coñecen o PGD e as súas actividades asistenciais (O consumo de drogas en Galicia 2006/2008).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 4. Mellorar os niveis de cobertura asistencial dos problemas de abuso e/ou dependencia do alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de admisións a tratamento por alcohol como droga principal e/ou secundaria (SAA). ■ Nº de pacientes atendidos por consumo de alcohol como droga principal e/ou secundaria (SAA).

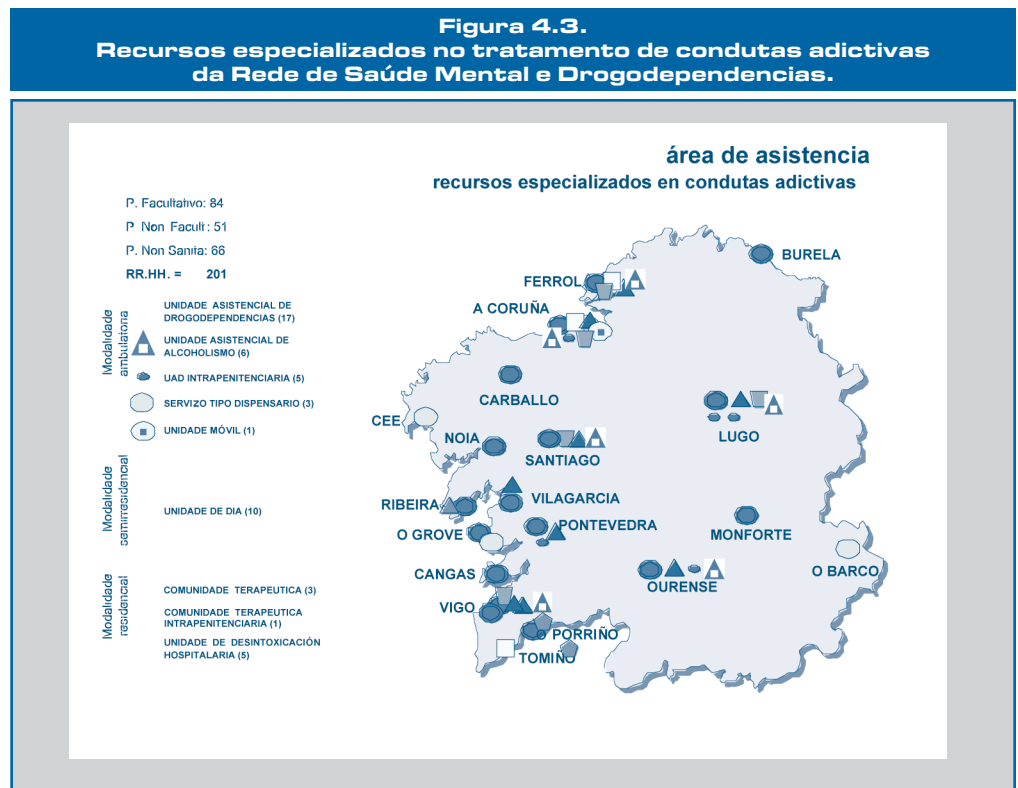
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 5. Desenvolver estratexias terapéuticas específicas para o tratamento dos menores drogodependentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N° de admisións a tratamento de menores (SAA). ■ N° de menores drogodependentes tratados (indicador do volume asistencial SAA).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 6. Desenvolver estratexias terapéuticas específicas para o tratamento dos drogodependentes pertencentes a minorías étnicas e inmigrantes/estranxeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N° de inmigrantes/estranxeiros admitidos a tratamento (SAA). ■ N° de pacientes inmigrantes/estranxeiros atendidos (indicador do volume asistencial).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 7. Desenvolver programas integrados que faciliten o adecuado tratamento dos pacientes con patoloxía dual. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N° de pacientes con patoloxía dual en tratamento (SAA).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 8. Ampliar a carteira de servizos e prestacións da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, co fin de reducir a morbi-mortalidade relacionada co consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ % de pacientes con intervencións nas áreas psicolóxica, sanitaria e social. ■ N° de pacientes sometidos a probas diagnósticas de VIH/sida, hepatite e infección tuberculosa (SAA). ■ N° pacientes vacinados fronte a hepatite (SAA). ■ N° de pacientes con tratamentos supervisados por infección latente e enfermidade tuberculosa (SAA)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 9. Mellorar a calidade dos programas asistenciais e dos resultados obtidos por eles. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ % de altas terapéuticas e abandonos (SAA). ■ % cobertura obxectivos establecidos nos PIAF.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 10. Mellorar a accesibilidade ao tratamento da poboación reclusa drogodependente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N° de reclusos drogodependentes que reciben tratamento (D.X. Institucións Penitenciarias). ■ N° de beneficiarios dos programas asistenciais para reclusos drogodependentes (D.X. Institucións Penitenciarias).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 11. Garantir o tratamento extrapenitenciario en centros especializados no tratamento de condutas adictivas da poboación reclusa susceptible de acollerse ás medidas alternativas ao cumprimento da pena privativa de liberdade. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N° de pacientes derivados desde prisións a centros asistenciais extrapenitenciarios (SAA). ■ N° de pacientes en PTDO derivados, temporal ou definitivamente, desde prisións (SAA). ■ N° de pacientes en tratamento con medidas alternativas á privación de liberdade (SAA).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo N° 12. Asegurar o acceso da poboación drogodependente en tratamento aos programas de redución de riscos e diminución de danos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N° de participantes nos obradoiros sobre sexo máis seguro e consumo de menos risco. ■ N° de beneficiarios dos programas de educación sanitaria.

4.2.4. Recursos e modalidades de tratamento

Os centros de tratamento das drogodependencias, en canto que son servizos sanitarios, e de acordo co establecido no artigo 12 da Lei 7/2003, de ordenación sanitaria de Galicia, deben cumprir as seguintes funcións:

1. Promoción e protección da saúde, prevención de enfermidades e educación sanitaria, nos termos que fixe a autoridade sanitaria no seu ámbito de actuación.
2. Asistencia sanitaria, con criterios de efectividade, eficiencia, seguridade e calidade.
3. Participación nos sistemas de información sanitaria e de vixilancia epidemiolóxica.
4. Docencia, formación continuada e investigación no campo das ciencias da saúde.
5. Aqueloutras funcións que lles sexan encomendadas.

Na actualidade a Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias conta cun total de 50 centros especializados para o tratamento de condutas adictivas, de tipo ambulatorio, semirresidencial e residenciais (figura 4.3). Non obstante, convén sinalar que, a medida que avance o proceso de integración funcional e administrativa a actual denominación dos recursos asistenciais, así como as funcións asignadas a eles irán modificándose progresivamente. De feito, as actuais unidades asistenciais de drogodependencias (UAD) e as unidades de tratamento do alcoholismo (UTA), que vertebran a Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, pasaron a ser denominadas “centros especializados no tratamento de condutas adictivas”.



A actividade terapéutica lévase a cabo en tres modalidades de tratamento básicas: ambulatoria, semirresidencial e residencial, contando cada unha delas cos seguintes recursos:

a) Modalidade ambulatoria de tratamento

O dispositivo asistencial onde se desenvolven as actividades de tratamento en réxime ambulatorio estará integrado polos seguintes recursos:

- Os centros especializados no tratamento de condutas adictivas, integrados polos centros que ata a data viñeron funcionando coa denominación de unidades asistenciais de drogodependencias (UAD) e de unidades de tratamento do alcoholismo (UTA), son centros de tratamento ambulatorio que, ademais de desenvolver diferentes tipos de programas terapéuticos en relación coas drogodependencias, apoian e colaboran en actuacións de formación/prevenção, incorporación social, coordinación con outros dispositivos de drogodependencias, de saúde mental e outros servizos sanitarios e sociais.

Estes centros configúranse como o recurso central e vertebrador da planificación asistencial no seu ámbito territorial de actuación. Debido á dispersión xeográfica e poboacional de Galicia e á elevada frecuentación dos servizos asistenciais que exigen algúns programas e subprogramas de tratamento (fundamentalmente os que inclúen a dispensación diaria de metadona e outros derivados opiáceos), faise necesario descentralizar determinadas actividades do proceso asistencial. Desta maneira, e para facilitar o acercamento da atención aos usuarios dunha determinada UAD, a Rede Asistencial de Saúde Mental dispón dos seguintes servizos que permiten descentralizar a atención ambulatoria:

- Unidades móbiles (UM). Facilitan o labor de acercamento dos recursos aos usuarios de drogas a tratamento, a modo de extensión dos propios centros especializados no tratamento de condutas adictivas. Trátase de servizos asistenciais dirixidos a usuarios do Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO), principalmente os de baixa exigencia (STDD), que xa estean en tratamento no centro de tratamento de condutas adictivas de referencia. Ademais destas actividades asistenciais dirixidas ao colectivo de pacientes de PTDO/STDD, as UM teñen un papel relevante na prevención de riscos e a redución de danos asociados ao consumo cos usuarios activos de drogas que non estean en tratamento.
- Dispensarios. Estes servizos posibilitan a atención dos pacientes en tratamento nos centros especializados de tratamento de condutas adictivas de referencia mediante o desprazamento de parte do equipo destas a un centro sanitario colaborador situado na localidade de residencia do paciente, para desenvolver alí as actividades asistenciais de carácter ambulatorio propias dos centros especializados de tratamento de condutas adictivas.
- Centros colaboradores para os PTDO. Funcionan ao amparo do “Protocolo de colaboración para os Programas de mantemento con derivados opiáceos nos centros de saúde e oficinas de farmacia de Galicia”. O seu obxectivo é prestar cobertura asistencial nos mencionados centros e establecementos sanitarios ao colectivo de drogodependentes en programas de mantemento con derivados opiáceos, mediante a descentralización de administración de metadona, acercando a toma de medicación ao domicilio dos pacientes, mellorando así a súa accesibilidade e retención no tratamento.

b) Modalidade semirresidencial

Esta modalidade desenvólvese no seguinte servizo asistencial:

- Unidade de día (UD). É un recurso especializado de tratamento das drogodependencias que, en réxime de estada de día, ofrece un programa de actividades terapéuticas, educativas e ocupacionais dirixidas á deshabitación e rehabilitación dos pacientes. Quedan á marxe das súas funcións a atención dos procesos de desintoxicación e o uso delas como residencia.

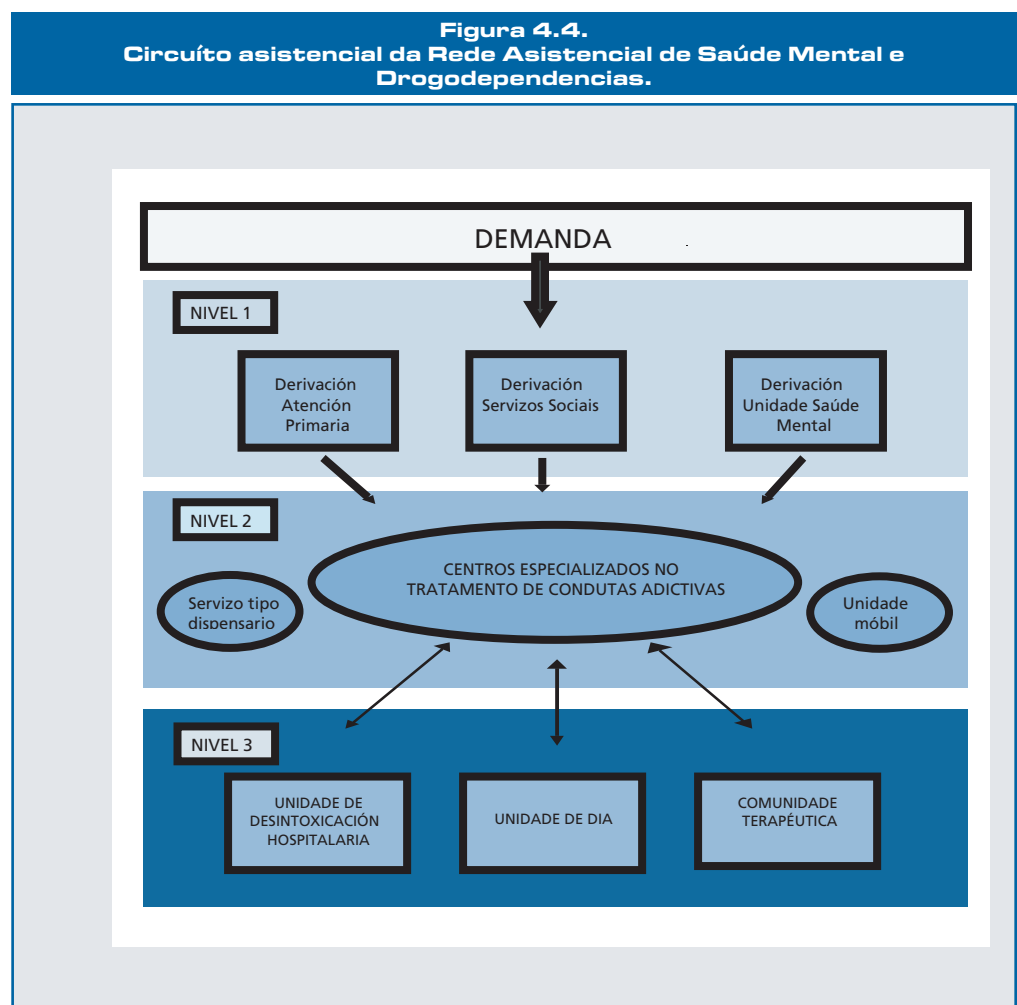
As UD recollen unha dobre vertente na súa estratexia de intervención. Por unha parte a abordaxe psicoterapéutica, en que se priorizan as intervencións grupais. Por outra, a vertente formativo-ocupacional e educativa, na cal se prioriza a inclusión dos pacientes en recursos normalizados da comunidade de referencia de forma tutelada e coordinada desde a UD. Estas unidades desenvolven un programa terapéutico en réxime intensivo e diario, pero tamén admiten usuarios para intervir sobre obxectivos terapéuticos específicos a través dalgunhas actividades das desenvolvidas dentro desta modalidade.

c) Modalidade residencial

Os servizos asistenciais onde se desenvolven os tratamentos en réxime residencial son os seguintes:

- Comunidade terapéutica (CT). Estes centros realizan tratamentos de deshabitua- ción e rehabilitación en réxime residencial, con aqueles pacientes nos cales se considera difícil a recuperación no seu medio habitual, facilitando un espazo de convivencia alternativo que permite a ruptura, temporal, co medio habitual do dro- godependente. As intervencións que se levan a cabo nestes centros caracterízanse polo seu carácter intensivo e global, incluíndo actividades de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo e médico-sanitarias.
- Unidade de desintoxicación hospitalaria (UDH). Son aqueles que, dentro dun servi- zo hospitalario, realizan en réxime de internamento hospitalario a abordaxe de tratamentos de desintoxicación, así como doutras necesidades que presente o pa- ciente drogodependente e que requiran dunha intervención nun medio intrahospitalario. A UDH concíbese como un recurso de “apoio” ante determinadas dificultades que poden xurdir no proceso terapéutico en réxime ambulatorio nos centros especializados no tratamento de condutas adictivas.

O funcionamento do circuíto asistencial da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogo- dependencias, ou se se prefire os fluxos de pacientes e as relacións existentes entre o conxunto de servizos asistenciais e a súa integración no sistema sanitario de Galicia, artícu- lase de acordo co seguinte esquema (figura 4.4):



Os servizos que configuran o circuíto asistencial de atención aos drogodependentes estrutúranse en tres niveis, en función do seu grao de especialización:

Primeiro nivel. Constituído polos recursos que facilitan o acceso ao circuíto asistencial, que se pode efectuar por diversas vías: centros de Atención Primaria de Saúde, centros de Servizos Sociais, unidades de Saúde Mental, ONG, ademais dos servizos tipo dispensario e as unidades móbiles que, aínda que situados no segundo nivel asistencial, tamén asumen funcións de captación e derivación. As funcións que desempeñan os recursos de primeiro nivel son, fundamentalmente, a información sobre os recursos dispoñibles, a detección precoz de casos, a motivación para iniciar tratamento e a derivación aos recursos asistenciais de segundo nivel.

Segundo nivel. Nel sitúanse os centros especializados no tratamento de condutas adictivas, que actúan como o eixe vertebrador do proceso asistencial. Estes servizos encárganse, ademais de prestar atención especializada de carácter ambulatorio, de deseñar e coordinar os programas de tratamento individualizados, encamiñados á incorporación do drogodependente no seu medio, coordinando as intervencións que realizan diferentes servizos de apoio á descentralización da atención ou situados no terceiro nivel asistencial.

O acceso aos centros especializados no tratamento de condutas adictivas pódese producir a través da derivación dos recursos de primeiro nivel, ou ben mediante demanda directa formulada polo drogodependente, os seus familiares ou achegados.

Terceiro nivel. Integrado por recursos ou centros cun alto grao de especialización, como son as unidades de desintoxicación hospitalaria, unidades de día e comunidades terapéuticas. O acceso de pacientes a estes dispositivos realízase exclusivamente mediante derivación desde os centros especializados no tratamento de condutas adictivas, e por un período de tempo determinado, a fin de alcanzar uns obxectivos concretos, sendo remitidos ao centro de referencia unha vez cumpridos estes.

4.2.5. Catálogo de programas asistenciais

O Catálogo de programas asistenciais é un elemento articulador da asistencia que ofrece a Rede de Saúde Mental e Drogodependencias, ademais dun referente para o resto de servizos e profesionais relacionados de forma directa ou indirecta coas drogodependencias, co que se fai efectivo o principio de diversificación da oferta terapéutica. O Catálogo de programas asistenciais estrutúrase en diferentes programas, subprogramas e protocolos:

- Os programas de tratamento son o conxunto de actividades e intervencións que se prescriben, dispensan ou administran ao paciente que posúe o perfil establecido nas indicacións do programa, co fin de conseguir os correspondentes obxectivos.
- Os subprogramas son estratexias terapéuticas que poden ser utilizadas en diferentes programas.
- Os protocolos son instrumentos que tratan de orientar e guiar a atención específica a determinados colectivos ou problemas concretos que poidan afectar o paciente a tratamento.

CATÁLOGO DE PROGRAMAS ASISTENCIAIS PARA O TRATAMENTO DAS DROGODEPENDENCIAS

— PROGRAMAS ASISTENCIAIS

- Programa de información, orientación e acollida (POA).
- Programa de tratamento libre de drogas (PTLD).
- Programa de tratamento con antagonistas opiáceos (PTANO).

- Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO).
- Programa de tratamento con interdictores de alcohol (PTIA).
- Programa de tratamento para dependencia a psicoestimulantes (PTDP).

— SUBPROGRAMAS

- Subprograma de tratamento de desintoxicación (STD).
- Subprograma de tratamento de diminución do dano (STDD).
- Subprograma de tratamento de prevención de recaídas (STPR).
- Subprograma de tratamento de asistencia domiciliaria (STAD).

— PROTOCOLOS

- Protocolo de abordaxe da patoloxía orgánica relacionada co consumo de drogas:
 1. Protocolo para a prevención e control da tuberculose.
 2. Protocolo para a prevención e control do VIH/SIDA.
 3. Protocolo para a prevención e control da hepatite.
 4. Protocolo para o control das enfermidades de declaración obrigatoria (EDO).
- Protocolo de intervención con colectivos específicos (PICE).
- Protocolo de tratamento para xestantes drogodependentes (PTXD).
- Protocolo de intervención con menores drogodependentes (PIMD).
- Protocolo de tratamento para a atención da patoloxía dual (PTPD).
- Protocolo de abordaxe e prevención de situacións de violencia no ámbito familiar (PAVF).
- Protocolo de psicodiagnóstico e avaliación psicolóxica (PPAD).

O Catálogo de programas asistenciais é un documento dinámico suxeito a modificacións e adaptacións, co fin de adecuar as estratexias diagnósticas e terapéuticas á diversidade das necesidades e demandas da poboación drogodependente e aos cambios que se producen nelas, así como para poder incorporar as evidencias científicas e as conclusións da avaliación de resultados no campo da saúde.

4.3. Incorporación social

4.3.1. Principios de actuación

- A incorporación social debe ser entendida como un proceso de vinculación efectiva e activa na realidade cultural, social ou económica que unha persoa realiza despois dun período de afastamento ou crise nela.
- A incorporación social é un elemento inherente e consubstancial dentro dunha estratexia terapéutica global, que comeza no momento en que unha persoa inicia o tratamento e se desenvolve de forma simultánea e compasada ás diferentes intervencións sanitarias, psicolóxicas, sociais, etc. que integra o programa terapéutico de cada paciente.
- É un proceso flexible, arredor do cal se formulan obxectivos e actuacións de moi distinta natureza, en función do tipo de necesidades que cada persoa poida ir presentando durante o seu tratamento, así como dos seus intereses, expectativas e potencialidades.

- É un proceso compartido, no cal deben participar o paciente, os profesionais dos centros de atención ás drogodependencias e doutras institucións e de diferentes redes sociais de apoio.
- Os procesos de incorporación social da poboación drogodependente requiren da coordinación e participación activa das institucións con responsabilidades en materia de benestar social e no campo das drogodependencias. Por este motivo, os poderes públicos deben potenciar aquelas actuacións encamiñadas a favorecer a integración social do drogodependente, mediante a utilización conxunta e coordinada dos diferentes programas das redes de servizos sociosanitarios e sociais.
- As actuacións tendentes a favorecer os procesos de incorporación social dos drogodependentes inseriranse, de maneira preferente, no marco dos recursos, actividades e prestacións normalizadas dos diferentes sistemas de protección social, debendo garantirse por parte dos poderes públicos a igualdade no acceso a eles por parte das persoas drogodependentes.
- A incorporación social do drogodependente ten unha clara dimensión comunitaria, posto que para que resulte efectiva require, non só incidir sobre os aspectos biolóxicos, psicolóxicos e sociais asociados coas drogodependencias, senón tamén dunha intervención sobre o medio social próximo dos suxeitos e sobre a comunidade, orientada a fortalecer actitudes que favorezan a inserción social.
- A avaliación das necesidades cambiantes que os drogodependentes presentan en materia de incorporación social, así como da eficacia dos diferentes recursos e programas existentes para apoiala debe formar parte das actuacións periódicas que se desenvolverán no campo da incorporación social.
- A incorporación social é un proceso personalizado, que require de itinerarios diferentes para cada suxeito e que tendo en conta as necesidades e características dos usuarios da Rede en moitos casos debe concretarse nun programa personalizado (PIP), elaborado a partir dun diagnóstico que teña en conta as necesidades que, en relación coa inserción social, ten cada drogodependente, as súas potencialidades, capacidades e limitacións, así como o seu grao de motivación e compromiso para o cambio. Un proceso que debe ser supervisado a través do "titor de incorporación social".

A asunción destes principios ou criterios orientadores supón, para os servizos de incorporación social integrados na Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, a aceptación dos seguintes compromisos:

- Dispoñer dun diagnóstico específico que estableza as necesidades que cada paciente presenta no ámbito da incorporación social e definindo as prioridades de actuación existentes neste terreo.
- A elaboración dun programa personalizado de incorporación social, integrado dentro do programa terapéutico xeral, para aqueles que presentan déficits de incorporación social de intensidade media ou alta.
- O apoio e/ou acompañamento aos pacientes nos diferentes itinerarios en que se poidan concretar os seus proxectos de inserción social.
- A realización de tarefas de coordinación interna apoiada na interdisciplinabilidade e externa de carácter transversal con diferentes institucións, recursos e profesionais que participen dalgún modo no proceso de incorporación social.

4.3.2. Accións e programas para o cumprimento dos obxectivos relacionados coa incorporación social

ACCIÓNS E PROGRAMAS	INSTITUCIÓN OU DEPARTAMENTO RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Implantación do PIP e do conxunto de indicadores recollidos nel na totalidade dos programas de incorporación social adscritos á Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias ou que reciban financiamento do PGD, mediante a utilización dunha aplicación informática específica. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración das necesidades que a totalidade dos pacientes que acceden á Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias presentan en materia de incorporación social e oferta, se é o caso, de incorporación a un PIP. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Continuidade no desenvolvemento dos programas de atención xurídico-social, así como da aplicación do programa de xestión deles (XEPAX). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade. ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Posta en funcionamento e/ou consolidación de equipos de incorporación social en todas as áreas sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Subscrición de acordos de colaboración cos municipios de máis de 20.000 habitantes para apoiar a posta en marcha de programas de formación e emprego abertos á poboación drogodependente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade. ■ Consellería de Traballo. ■ Secretaría Xeral do Benestar. ■ Municipios de máis de 20.000 habitantes.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboración de ficheiros de recursos de apoio á incorporación social na totalidade dos centros asistenciais da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias e difusión do seu contido en boletíns periódicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade. ■ Secretaría Xeral do Benestar.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Actividades de información, orientación e apoio social aos drogodependentes a través dos centros de servizos sociais de atención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Secretaría Xeral do Benestar. ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Desenvolvemento en todas as unidades para o tratamento das condutas adictivas de actividades ou obradoiros destinados á adquisición ou mellora de competencias persoais e habilidades sociais que favorezan a incorporación social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Posta en marcha de medidas de protección para previr situacións de risco social e/ou desamparo dos menores fillos de drogodependentes que accedan á Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Secretaría Xeral do Benestar. ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Facilitar o acceso dos drogodependentes en tratamento ás prestacións sociais básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Secretaría Xeral do Benestar. ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Favorecer o acceso dos drogodependentes en situación de marxinación ou exclusión social aos programas e prestacións establecidas nos programas impulsados pola Xunta de Galicia para favorecer a inclusión social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Secretaría Xeral do Benestar. ■ Consellería de Sanidade.

<ul style="list-style-type: none"> ■ Posta en marcha de accións técnicas e financeiras favorecedoras do autoemprego daqueles colectivos de drogodependentes con dificultades especiais de acceso ao mercado laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Traballo. ■ Secretaría Xeral do Benestar. ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Inclusión dos drogodependentes en tratamento como un dos colectivos beneficiarios preferentes das políticas activas de emprego. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Traballo. ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Realización/asesoramento de obradoiros e accións formativas dentro da prisión orientadas á adquisición por parte da poboación reclusa drogodependente de competencias e/ou capacidades persoais e habilidades sociais básicas para poder afrontar con expectativas de éxito os procesos de incorporación social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dirección Xeral de Institucións Penitenciarias (Ministerio do Interior). ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. ■ Consellería de Sanidade.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Posta en marcha, ou a continuidade, se e o caso, de recursos residenciais de apoio á incorporación social, fundamentalmente na modalidade de pisos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade.

Dentro das accións e programas que se desenvolverán no ámbito da incorporación social sinálanse, unicamente, aqueles departamentos da Xunta de Galicia e entidades singulares, responsables directas da súa programación, coordinación ou execución. Como criterio xeral, todas as actuacións que se implementarán en materia de incorporación social asistencial se desenvolverán en colaboración coas organizacións non gobernamentais e os municipios que traballan neste ámbito, de acordo co criterio xeral de corresponsabilidade social e participación cidadá.

4.3.3. Indicadores de avaliación

Para avaliar o cumprimento dos obxectivos propostos na área de incorporación social polo Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 utilizaranse os seguintes indicadores:

OBXECTIVOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 1. Garantirles aos drogodependentes en tratamento que o precisen a posibilidade de acceder a programas de incorporación social personalizados 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de pacientes da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias con PIP (XEPIP). ■ Nº de centros da Rede Asistencial que ofertan aos seus pacientes o acceso a PIP (XEPIP).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 2. Mellorar as competencias persoais e as habilidades sociais da poboación drogodependente en tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de intervencións/obradoiros para a adquisición de competencias persoais e habilidades sociais e beneficiarios deles (XEPIP). ■ Número de accións/obradoiros para a adquisición de competencias persoais e habilidades sociais que inclúen técnicas de busca de emprego (XEPIP).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 3. Incrementar a accesibilidade aos programas de formación e emprego, tanto normalizados, como específicos, para drogodependentes en tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de plans locais sobre drogas en municipios maiores de 20.000 habitantes con programas de formación e emprego (SAPI). ■ Número de pacientes en tratamento que participan en programas de formación e emprego (XEPIP).

<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 4. Mellorar os niveis de cobertura das necesidades sociais básicas dos drogodependentes que se encontran en tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de beneficiarios dos programas de información, orientación e apoio social a drogodependentes (XEPIP). ■ Número de pacientes da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias perceptores de prestacións básicas.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 5. Implantar programas de apoio á integración familiar dos pacientes en tratamento nos servizos asistenciais do PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de familiares de pacientes atendidos na Rede Asistencial Saúde Mental e Drogodependencias que participan en actividades individuais e grupais de apoio á incorporación social (SAA). ■ Número de intervencións/obradoiros de habilidades educativas dirixidos aos pacientes con fillos menores de idade en funcionamento (SAA).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 6. Mellorar o nivel de coñecemento por parte dos drogodependentes dos recursos públicos e privados existentes no ámbito da incorporación social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de accións informativas sobre recursos de incorporación social desenvolvidas (SAPI). ■ Número de drogodependentes participantes nas actividades informativas (SAPI). ■ Número de unidades de día que proporcionan información e orientación laboral.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo 7. Desenvolver programas específicos de apoio á incorporación social dos drogodependentes que se encontran en situación de marxinación e/ou exclusión social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de drogodependentes cunha tipoloxía marxinal que contan cun PIP (XEPIP). ■ Número de drogodependentes a tratamento beneficiarios das accións do Plan Galego de Inclusión Social.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 8. Reforzar a colaboración coa Administración de xustiza para mellorar a adherencia ao tratamento dos drogodependentes con problemas xurídico penais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de actividades desenvolvidas nos programas de atención xurídico-social (XEPAX). ■ Número de beneficiarios dos programas de atención xurídico-social (XEPAX). ■ Número de drogodependentes que se benefician de medidas alternativas ao cumprimento da pena privativa de liberdade (SAA).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 9. Promover cambios na percepción social das drogodependencias que favorezan a incorporación social das persoas afectadas por elas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de accións de información-sensibilización realizadas e poboación receptora delas.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 10. Mellorar os procedementos de avaliación dos programas de incorporación social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de programas que incorporan todas as variables do SAPI. ■ Número de estudos para avaliar o funcionamento e a cobertura dos PIP.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 11. Poñer en marcha, ou dar continuidade, se é o caso, á implantación de pisos de apoio á incorporación social nas sete cidades con máis poboación de Galicia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de pisos de apoio en funcionamento ■ Número de persoas atendidas nos pisos de apoio

4.3.4. Programa de incorporación personalizado (PIP)

Moitas das intervencións que se viñeron realizando no ámbito da incorporación social caracterizáronse pola súa limitada estruturación. Para superar esta situación, o Plan de Ga-

licia sobre Drogas promoveu o denominado **Programa de incorporación personalizado (PIP)**, que ten entre as súas principais metas:

- Facer efectivo o desenvolvemento dos principios de actuación e medidas previstos en materia de incorporación social na Lei 2/96 de Galicia sobre drogas e os plans de Galicia sobre drogas.
- Optimizar os recursos, plans, programas, proxectos e accións existentes no ámbito social, entre os que se encontran:
 1. No ámbito laboral: escolas obradoiro, obradoiros de emprego, casas de oficio, empresas de inserción, iniciativas locais de emprego (ILES), iniciativas de emprego rural (IER), unidades de promoción e desenvolvemento, iniciativas de bases tecnolóxicas, fomento de emprego do colectivo con dificultades de inserción, incentivos á contratación por conta allea, Programa de cooperación con entidades locais e administración pública, fomento de emprego en cooperación con entidades locais e laborais, incentivos á contratación para mozos e mozas menores de 30 anos e incentivos para favorecer a reconciliación laboral e familiar.
 2. No ámbito educativo: programas de garantía social, programas de educación de adultos, ensino regrado e non regrado.
 3. No ámbito formativo-ocupacional: Plan FIP, Programa Mentor, iniciativas europeas/comunitarias, formación propia dos concellos, etc.
 4. No ámbito das prestacións ou subsidios: renda de inserción (RAI), renda de integración social de Galicia (RISGA), prestacións de natureza non contributiva (PNC), Prestacións da Lei de integración social dos minusválidos (LISMI), Axudas para situacións de emerxencia, Pagamento único para mulleres vítimas da violencia doméstica, Pagamento por fillo a cargo, Salario da liberdade, Axuda de integración aos menores e as axudas para erradicación do chabolismo.
 5. No ámbito da participación social: subvencións para o asociacionismo, escolas de tempo libre, etc.
 6. No ámbito xudicial: xustiza gratuíta.
- Operativizar os novos conceptos de titor de incorporación social, proxecto de inserción individualizado, itinerario social.
- Promover a incorporación social no colectivo de persoas con problemas derivados do consumo de drogas desde os recursos da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias, involucrando os recursos normalizados e potenciando a incorporación social neles.
- Potenciar a complementariedade, coordinación e continuidade entre os recursos xerais ou normalizados e os especializados ou específicos de incorporación social.
- Sistematizar unha metodoloxía que permita a unificación dos criterios e actuacións despregadas na área de incorporación social pola Rede de Saúde Mental e Drogodependencias e a súa avaliación, así como a personalización dos obxectivos de inserción social.

Os eixes que vertebran o Programa de incorporación personalizado son os seguintes:

1. O titor: profesional establecido como axente de cambio, que axuda a encontrar os instrumentos adecuados, individuais e ambientais, para desenvolver as capacidades necesarias que permitan aumentar o benestar do suxeito a cargo, no seu propio medio.
2. O diagnóstico social: resultado da análise e interpretación dos datos que se recolleron e que teñen que ver coas capacidades, limitacións, apoios, déficits, motivacións e intereses que presenta a persoa drogodependente co fin de permitirlas unha personalización dos obxectivos.

3. O proxecto de inserción cun itinerario social: formado por un conxunto de intervencións específicas, conxuntamente co usuario, debendo incluírse nel os obxectivos, as actuacións e os recursos que imos utilizar. O proxecto de inserción aséntase estratexicamente na definición de itinerarios, flexibles e dinámicos, sendo a titorización unha modalidade de seguimento estratexicamente asociada a esta metodoloxía de incorporación social.
4. A participación activa do usuario: centrada na corresponsabilidade e participación activa do usuario na toma de decisións do seu proxecto de vida.
5. A utilización e coordinación cos recursos xerais ou normalizados: contando co establecemento de redes de soporte social que corresponsabilicen e comprometan á sociedade no seu conxunto na solución dos problemas existentes en relación coa integración, apoiada se é o caso en axudas sociais e incentivación laboral.
6. O seguimento: baseado no acompañamento próximo do beneficiario a través dos itinerarios sociais, permite canalizar o proxecto de inserción a través da consecución dos obxectivos establecidos nel.
7. A avaliación: concibida como guía para a toma de decisións.

Poboación destinataria

Os principais destinatarios dos PIP son os pacientes dos servizos especializados no tratamento de condutas adictivas da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias, ademais de calquera outra persoa con problemas no ámbito da incorporación social derivados do consumo de drogas. É posible establecer a seguinte tipoloxía entre os usuarios da Rede Asistencial, en función da súa situación e necesidades na área de incorporación social:

1. Persoas que carecen de apoio familiar e social adecuados, que precisan de medidas especiais para facultar a incorporación no seu medio social.
2. Persoas que precisan medidas de asistencia e apoio permanentes dada a importante deterioración na súa situación persoal e social.
3. Persoas que, como consecuencia de ter padecido penas privativas de liberdade, teñen máis dificultades para lograr a incorporación social, necesitando medidas especiais de apoio e acompañamento.

En función da tipoloxía de referencia, ou do tipo de carencias e necesidades que presente na área de inserción social, cada paciente será candidato a un determinado tipo de recurso ou programa de incorporación social.

Áreas de intervención preferente

- a) Área de soporte e apoio social. As intervencións nesta área oriéntanse fundamentalmente a paliar situacións de subsistencia xeralmente mediante prestacións económicas e usos de recursos. Así mesmo, neste punto englobase o traballo que se dirixe a desenvolver as capacidades e habilidades das persoas drogodependentes co fin de lograr a participación plena como cidadáns.
- b) Área laboral. Require intervencións no ámbito individual focalizadas na adquisición de hábitos e habilidades propias do campo laboral, así como na consecución e mantemento dun posto de traballo.
- c) Área formativa. O traballo nesta área céntrase, por unha parte en intervencións que van dirixidas a conseguir unha formación regrada básica e, por outra, en seguir fomentando a motivación para unha formación continua. A formación non regrada tamén ten no PIP unha importancia significativa para todos aqueles

beneficiarios que necesitan unha capacitación profesional adecuada ás necesidades actuais, poñendo especial interese na formación ocupacional.

- d) Área terapéutica. Inciden no tratamento e resolución das problemáticas do ámbito biolóxico e psicolóxico da drogodependencia como parte fundamental no proceso de incorporación social.
- e) Área xudicial. Pretende que as persoas con drogodependencias, en cumprimento de condena e/ou con causas pendentes coa xustiza, dispoñan dos recursos e apoios necesarios para evolucionar no seu proceso de incorporación.

Obxectivos

Os obxectivos do PIP terán en conta as diferentes características que presentan os beneficiarios do programa para establecer distintos niveis de exigencia. Para isto débense ter en conta determinadas problemáticas que teñen unha elevada presenza entre a poboación drogodependente, entre as que se inclúen: a deterioración física e psíquica, a alta cronicidade, as dificultades económicas, a perda dos vínculos sociofamiliares, as situacións de desarraigamento, fracaso escolar, carencias formativas, identidade antisocial arraigada, a falta de experiencia laboral e outros déficits de socialización, etc.

Os obxectivos do programa, que deben ser operativizados nun proxecto de inserción personalizado, estarán en función do tipo de necesidades existentes en materia de inserción e das potencialidades e grao de motivación de cada persoa para superalas. A valoración diagnóstica, que contará coa participación activa do beneficiario do PIP, permite personalizar os obxectivos e as conseguíntes estratexias de intervención para alcanzalos.

A continuación detállanse, a modo de orientación, unha serie de posibles obxectivos específicos que se poden incluír no marco dos PIP, debendo ser graduados ou modulados en cada caso concreto, en función do nivel de exigencia que sexa posible establecer ou que estea disposto a aceptar cada persoa:

- Fomentar o contacto co ámbito sanitario-terapéutico.
- Promover hábitos que permiten previr enfermidades.
- Promover o abandono de actividades delituosas.
- Mellorar as vinculacións e relacións familiares.
- Facer crible a propia inserción social.
- Estimular e favorecer o contacto con redes sociais e de saúde.
- Cubrir necesidades básicas (afastamento, manutención, etc.).
- Asesorar sobre unha mellor abordaxe da problemática legal.
- Evitar actitudes autoexcluíntes.
- Propoñer a mellora de habilidades persoais.
- Cuestionar ou reducir a identidade e autoimaxe arraigada de drogodependente.
- Proxectar, co apoio do titor, un itinerario de inserción.
- Promover a incorporación de hábitos positivos e saudables (alimentación, hixiene).
- Aumentar a responsabilidade e capacidade de decisión.
- Facilitar o coñecemento das propias potencialidades e condutas.
- Fomentar a utilización e accesibilidade aos recursos comunitarios.
- Facilitar a integración no medio, a través da inclusión en grupos normalizados.
- Establecer unha rede de relacións sociais e familiares adecuadas.

- Mellorar a formación académica.
- Aumentar o repertorio de actividades de ocio e tempo libre.
- Fomentar habilidades e coñecementos para a incorporación no mercado laboral.
- Lograr a capacitación profesional para desempeñar unha actividade laboral remunerada.
- Promover a consecución dun emprego e o seu mantemento.

Os PIP perseguen o logro da autonomía e independencia persoal, promovendo a súa integración activa na vida comunitaria. Existen unha serie de indicadores ou estándares de inserción social (BROWM, H e SMITH, H, 1992) cuxa cobertura informa da consecución ou culminación, en termos xerais, deste proceso:

- Poder manter un ritmo vital cotián estable (dormir, comer, vestirse, traballar/estudar, ter tempo de ocio, etc.).
- Poder realizar unha evolución positiva en cada unha das etapas da vida.
- Ter asegurada a autosuficiencia económica, para poder soportar a realización das actividades cotiás.
- Poder manter relacións sociais, persoais e/ou sexuais.
- Posuír unha clara autoconciencia do rol social que se está desempeñando, traducida en competencia social suficiente, imaxe social definida, participación social ou nunha actitude favorable á ruptura cos circuitos culturais de exclusión.

4.3.5. Recursos de apoio á incorporación social

Os procesos de incorporación social apóianse habitualmente na utilización, tanto de recursos xerais ou normalizados, como específicos para a poboación drogodependente. Precisamente, a coordinación destes recursos é unha das tarefas que deben ser acometidas no deseño e execución dos itinerarios individualizados de incorporación social, priorizándose a utilización dos recursos normalizados nos procesos de incorporación social.

Recursos xerais

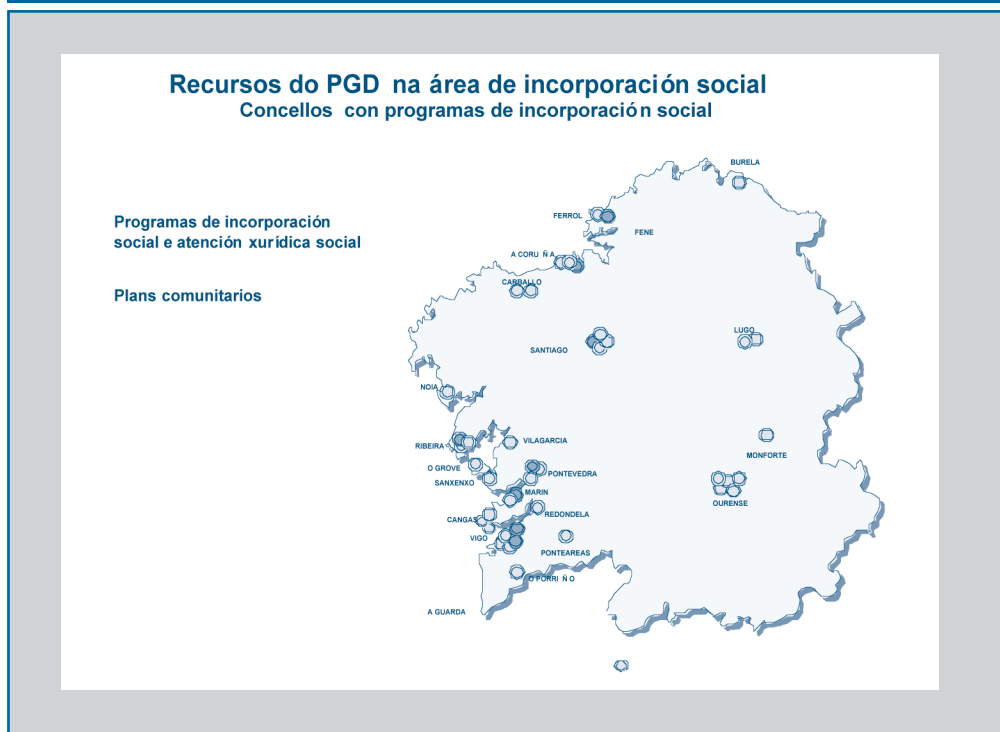
Inclúense aquí os programas e recursos promovidos por distintas administracións e entidades aos que poden acceder as persoas drogodependentes, aínda que non foron deseñados especificamente para eles, senón para atender carencias ou problemas sociais que presentan diversos grupos e sectores sociais. A importancia da utilización deste tipo de programas e recursos radica en que permite aproveitar recursos xa existentes, á vez que fai posible traballar a normalización na incorporación social desde os recursos destinados á poboación xeral.

Os recursos xerais aos que adoitan acceder os drogodependentes que participan nos PIP son os que aparecen referenciados no apartado 4.3.4.(puntos 1 a 5), páxina 190.

Recursos específicos do PGD

Son aqueles que, partindo dos recursos específicos e doutras iniciativas institucionais ou sociais, ofrecen distintas alternativas de tipo socioeducativo, formativo-laboral, legal e/ou relacional á poboación drogodependente (figura 4.5).

Figura 4.5.
Mapa de recursos do PGD na área de incorporación social 2005.



FONTE: Sistema de Avaliación de Prevención e Incorporación Social. Observatorio de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

1. Programas de formación para a incorporación sociolaboral

Están orientados á adquisición ou mellora de habilidades sociais e á formación laboral de drogodependentes en tratamento na Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias. Este tipo de formación debe ser entendido como o paso previo e necesario para realizar accións propias da integración sociolaboral, na cal se tratan aspectos relacionados coa motivación, autonomía persoal, etc.

■ Obxectivos xerais:

- Adquirir e desenvolver hábitos laborais e sociais normalizados.
- Potenciar na persoa drogodependente a súa competencia persoal para a incorporación ao mercado laboral mediante o traballo das súas habilidades, actitudes, limitacións e potencialidades.
- Elaborar o propio proxecto de incorporación sociolaboral.

■ Metodoloxía:

A metodoloxía está baseada nunha orientación comunitaria, utilizando diferentes recursos do medio social (administracións locais e outras entidades públicas e/ou privadas). Desta forma favorécese a coordinación dos distintos dispositivos involucrados no proceso de incorporación social.

Nestes programas desenvólvense habilidades e coñecementos que serán a base de aprendizaxes posteriores, nos cales se incide tanto na súa aplicación técnica como nas repercusións na vida cotiá da persoa con drogodependencia.

- Estratexias e actividades:

A través de actividades de grupo abórdanse, de forma transversal, intervencións nas diferentes áreas (soporte social, laboral, formativa, terapéutica e xudicial). A preparación para o acceso ao emprego farase en función dos recursos dispoñibles e das necesidades de emprego existentes na comunidade.

- Avaliación:

A avaliación realízase no marco do SAPI analizando:

- Os déficits e potencialidades de cada suxeito, contando coa súa participación activa, tanto no proceso de avaliación como no deseño de obxectivos que se pretenden conseguir.
- Os resultados sobre os coñecementos adquiridos e aproveitamento destes.

2. Programas de atención xurídico-social (PAXS)

Recóllense as accións de apoio e asesoramento realizadas polos equipos técnicos do PGD e dos recursos da rede con relación a aqueles usuarios que presentan problemática xudicial.

- Obxectivos xerais:

- Facilitar a atención integral aos drogodependentes con problemas legais.
- Optimizar a coordinación entre as distintas institucións e axentes implicados.
- Asesorar e orientar maxistrados, xuíces e fiscais sobre a situación persoal, familiar e social do drogodependente.

- Metodoloxía:

Recollida da demanda do usuario a través dunha entrevista inicial e resposta a esta en función da análise de necesidades realizada.

- Estratexias e actividades:

- Xestións en xulgados.
- Contactos con avogados.
- Emisión de informes sociais.
- Escritos xurídicos.
- Contactos cos centros da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias.
- Solicitud de informes terapéuticos.
- Xestións en organismos públicos.
- Xestións con centros penitenciarios.
- Asistencia a xuízos.
- Asesoramento a xuíces.
- Solicitudes de suspensión de condena.
- Intervencións en comisarías.
- Solicitud de indulto, suspensión de pena, medidas de seguridade ou liberdade condicional.

- Avaliación:

A avaliación realízase no marco do SAPI cunha aplicación específica (XEPAX), que achega información sobre:

- O perfil dos beneficiarios.
- Tipoloxía da problemática xudicial-legal dos beneficiarios dos programas.

— Tipoloxía das actividades realizadas.

3. Programas comunitarios

Os procesos de incorporación social requiren do desenvolvemento dun traballo dirixido a toda a comunidade, que permita que esta estea en mellores condicións de integrar os esforzos específicos dirixidos directamente aos afectados.

■ Obxectivo xeral:

A vertebración da comunidade como medio apropiado para o desenvolvemento de intervencións de apoio social con drogodependentes en proceso de incorporación.

■ Metodoloxía:

Desenvolveranse accións dirixidas a diferentes colectivos en desvantaxe social, entre os que se encontran as persoas drogodependentes en proceso de incorporación. Todo isto baixo os criterios de flexibilidade, compatibilidade e complementariedade de enfoques.

■ Estratexias e actividades:

Desenvolveranse actuacións nas áreas relacional, socioeducativa e formativo-laboral dirixidas á poboación xeral, nas cales poderán participar os drogodependentes.

■ Avaliación:

Mediante a cuantificación dos recursos e o cumprimento dos obxectivos fixados. A avaliación realizarase no marco do SAPI.

Ademais dos recursos xerais e específicos dispoñibles para os beneficiarios dos PIP, o Plan de Galicia sobre Drogas conta con **equipos de incorporación social**, encargados de desenvolver as seguintes funcións:

- Deseño, coordinación, participación, execución e avaliación de programas e actividades de incorporación social de drogodependentes.
- Información, orientación, asesoramento e canalización das demandas.
- Dinamización das estruturas comunitarias do territorio en labores de apoio aos equipos comunitarios.
- Establecemento dos itinerarios de inserción individualizados.
- Titorizar os procesos de incorporación social.
- Participación na formación de profesionais e mediadores da comunidade en materias relacionadas coa incorporación social.

Destacar que no ámbito da incorporación social das persoas drogodependentes ten un papel fundamental o traballo despregado polas administracións locais e as organizacións non gobernamentais, en colaboración co PGD.

4.4. Formación

4.4.1. Principios de actuación

A formación é un elemento decisivo na mellora do coñecemento, configurándose como unha ferramenta esencial no desenvolvemento de políticas eficaces no ámbito da prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias. A natureza

multidimensional dos consumos de drogas e as drogodependencias, o seu carácter dinámico e a continuidade nas intervencións que se producen entre os diferentes ámbitos de actuación, exige que os profesionais e persoas que participen no seu desenvolvemento contengan unha formación que debe reunir os seguintes criterios:

1. Ser tecnicamente rigorosa, o que exige que sexa realizada por institucións e centros debidamente acreditados e de recoñecida solvencia.
2. Capaz de dar unha visión o máis global posible das drogas e as drogodependencias, facilitando coñecementos relacionados coas súas diferentes dimensións (farmacoloxía, epidemiolóxica, sanitaria, social, psicolóxica, etc.).
3. Ampla, permitindo satisfacer as demandas de formación, tanto dos profesionais vinculados aos sistemas de atención, incorporación social e prevención das drogodependencias, como dos diversos mediadores sociais, voluntarios, etc. que colaboran neles.
4. Selectiva, priorizando a formación dos profesionais directamente responsables do deseño e/ou desenvolvemento dos programas a implementar.
5. Permitir a especialización e afondamento dos profesionais en distintas áreas de coñecemento e ámbitos de actuación.
6. Con vocación de aplicación práctica, de maneira que os coñecementos que se van transmitir redunden na mellora do traballo diario dos profesionais, axudándoos a incorporar novos métodos e técnicas de traballo e a implementar novos programas e estratexias para abordar os problemas relacionados co uso de drogas.
7. Que axude os profesionais a reflexionar acerca dos problemas aos que se enfrontan no día a día, estimulando novos desenvolvementos teóricos, mellorando os procesos de avaliación e suscitando o seu interese pola investigación e os procedementos científicos.
8. Flexible, que evite posicións dogmáticas ou cerradas, propiciando o traballo interdisciplinar, a sinerxía e complementariedade das achegas dos distintos profesionais que traballan no campo das drogodependencias.
9. Continua, capaz de achegarlles aos seus beneficiarios unha visión actualizada, tanto das novas tendencias e situacións que se producen en relación coas drogas, como nas estratexias para a súa abordaxe.
10. Soportada no uso das novas tecnoloxías e de técnicas interactivas.

O impacto das novas tecnoloxías da información nos programas formativos é múltiple, posto que permite:

- Un acceso case ilimitado a calquera tipo de información relacionada co campo de especialización profesional (amplía o volume de coñecementos e de fontes de información).
- A personalización dos procesos formativos, seleccionando aquelas áreas temáticas sobre as que cada profesional desexa afondar nun momento determinado (formación á carta).
- Flexibilizar os procesos formativos, de modo que estes se poden realizar desde o propio domicilio ou traballo e en horarios e datas elixidos libremente

A relevancia outorgada aos procesos de formación no desenvolvemento das políticas de intervención en drogodependencias non é óbice, tal como destacan diversas institucións nacionais e internacionais como o Observatorio Europeo da Drogas e as Toxicomanías, para que persistan déficits na formación dos profesionais que interveñen en diferentes ámbitos das drogas e as drogodependencias, en especial no referido á prevención. De feito, os plans académicos que regulan a formación universitaria dos distintos colectivos profesionais que habitualmente traballan no campo das drogodependencias (médicos, en-

fermeiros, farmacéuticos, psicólogos, traballadores sociais, docentes, educadores, etc.) nos países da Unión Europea non permiten unha formación específica en drogodependencias.

En consecuencia, o Plan de Acción 2005-2008 da Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas aposta polo desenvolvemento de programas de formación e actualización do coñecemento dos profesionais implicados nos distintos ámbitos da intervención en drogodependencias, ademais do persoal voluntario. Entre os profesionais potencialmente receptores dos programas de formación e actualización de coñecementos inclúe o persoal sanitario, docente, que traballa en centros penitenciarios, os profesionais da comunicación social e todos aqueles que interveñen na atención ás persoas drogodependentes.

4.4.2. Niveis formativos

Tendo en consideración o establecido pola Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas, así como os criterios básicos definidos na Estratexia Nacional sobre Drogas 2000-2008 e no seu Plan de Acción para 2005-2008, establécense tres niveis diferenciados de formación no marco do desenvolvemento do PGD:

a) Formación universitaria

Tal como se sinala na Lei orgánica 6/2001, do 21 de decembro, de universidades (LOU), o auxe da sociedade da información, o fenómeno da globalización e os procesos derivados da investigación científica e o desenvolvemento tecnolóxico están transformando os modos de organizar a aprendizaxe e de xerar e transmitir o coñecemento. Isto obriga a universidades a realizar un esforzo permanente para actualizar os plans de estudo das diferentes ensinanzas universitarias, a fin de adecualos ás novas necesidades e avances producidos no coñecemento.

Trátase de que os centros universitarios inclúan entre a súa oferta formativa de pregrao e posgrao materias relacionadas coas drogodependencias, que permitan aos alumnos das diplomaturas e licenciaturas relacionadas coa saúde, as ciencias sociais ou a educación a obtención dunha formación básica e/ou a súa especialización universitaria no campo das drogodependencias. Consecuentemente, as consellerías de Sanidade e de Educación e Ordenación Universitaria e as universidades de Galicia, continuaranse coordinando para facilitar a adecuación e/ou incorporación da formación en drogodependencias nos referidos plans de estudos universitarios, así como a creación de títulos propios para a especialización nesta materia.

A incorporación das novas tecnoloxías da información e a comunicación aumenta as posibilidades de programar actividades desta natureza, achegando as vantaxes inherentes á formación non presencial, como son a inmediatez, a constante actualización de coñecementos, a continua interacción profesor-alumnado, ademais da posibilidade da creación dun campus virtual en conexión coas fontes documentais de maior utilidade. En suma, as novas tecnoloxías da información e a comunicación permiten personalizar os procesos formativos, adecuando a formación ao ritmo persoal de cada alumno e ás súas circunstancias persoais.

b) Formación continuada

Este tipo de formación estará dirixida aos profesionais da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias, así como ao conxunto de técnicos que, situados en servizos

municipais ou dependentes de organizacións sociais, traballan no desenvolvemento de programas de prevención e/ou incorporación social.

Coa formación continuada preténdese transmitir ao conxunto de profesionais que colaboran no desenvolvemento do PGD os novos coñecementos e innovacións científicas e técnicas que vaia achegando a investigación, ademais das habilidades necesarias para a adecuada realización do seu traballo diario. Esta formación resulta fundamental para asegurar a calidade dos servizos e programas ofertados polo PGD en distintos ámbitos, así como para lograr a necesaria implicación e colaboración dos profesionais. Por isto, a formación continuada debe permitir aos profesionais estruturar coñecementos, mellorar as súas capacidades e habilidades e desenvolver novas responsabilidades.

Este tipo de formación ofrece, entre outras, a posibilidade de adquirir capacidades cognitivas amplas e flexibles, o achegamento a estratexias de solución de problemas de carácter científico, epistemolóxico e biopsicosocial e a adquisición de habilidades no desempeño de diferentes papeis profesionais. Por este motivo, as necesidades de formación deben ser sinaladas polos propios equipos profesionais, tendo en conta as súas intervencións, contando coa implicación efectiva destes para a súa planificación.

Nas actividades de formación continuada promovidas polo PGD terán un papel preferente as novas tecnoloxías da información e a comunicación, posto que permiten ofrecer propostas formativas, tanto básicas como especializadas, personalizadas aos profesionais, adaptadas ás súas necesidades e dispoñibilidades. Esta formación poderá ter carácter teórico e práctico, dadas as posibilidades de interactividade que proporciona a rede (métodos autoaplicados, atención en liña mediante correo electrónico, chats, etc.), permitindo cubrir necesidades de maior practicidade e interacción entre os profesionais.

c) Formación de mediadores sociais

Os mediadores sociais son cidadáns que, polo seu prestixio persoal ou polo seu rol profesional (mestres, traballadores sociais, médicos, etc.) ou social (voluntarios, membros de asociacións e ONG, etc.), ocupan unha posición relevante nun determinado colectivo ou comunidade.

Os mediadores cumpren unha serie de funcións xerais como creadores de opinión, modelos de actitudes e comportamentos, dinamizadores da comunidade e elementos de conexión entre as distintas institucións, que os converte en elementos claves no desenvolvemento dos programas de prevención e incorporación social. Por esta razón, a mobilización de mediadores sociais constitúe unha estratexia utilizada frecuentemente no desenvolvemento de políticas de intervención en drogodependencias. Unha estratexia que exige proporcionarlles unha formación específica neste campo, para que máis tarde poidan transmitir de forma comprensible e eficaz as informacións de carácter científico e institucional recibidas aos colectivos sociais cos que traballan ou que lideran.

A formación dun mediador social para a realización de funcións de apoio ás intervencións no ámbito da prevención e/ou incorporación social, áreas preferentes mediador (recoñecemento do rol), como pola obtención duns coñecementos e habilidades que lles permitan unha actuación correcta e coherente cos fins perseguidos.

A Lei 3/2000, do 22 de decembro, do voluntariado de Galicia, regula “a participación da sociedade civil nos asuntos de interese xeral, máxime naquelas situacións que redunden na erradicación de situacións de discriminación”, de forma que se poidan coordinar as actuacións públicas coa actuación privada, participando solidariamente na atención de necesidades que afectan a toda a sociedade. Nesta lei establécese que o voluntariado serve “ao interese xeral de forma complementaria á acción dos poderes públicos e que cumpre unha función insubstituíble de mediación, intercambio e equilibrio social”. Enténdese o voluntariado como “unha forma de participación na sociedade” na atención das súas necesidades, onde conflúen a liberdade de actuación, a solidariedade e o altruísmo, supe-

rando concepcións de puro voluntarismo de carácter informal por proxectos dirixidos “á atención de necesidades de interese xeral”.

Considerarase prioritaria a realización de actividades formativas en drogodependencias dirixidas aos seguintes mediadores e colectivos:

- Persoal sanitario.
- Profesionais do sistema de servizos sociais.
- Educadores de ensino primario e secundario.
- Membros das asociacións de nais/pais de alumnos.
- Profesionais das redes de protección e reforma de menores.
- Membros de entidades e asociacións que traballan con menores.
- Persoal ao servizo da Administración de xustiza (xuíces, fiscais, avogados).
- Persoal da Administración penitenciaria.
- Membros das policía locais.
- Mediadores xuvenís e culturais e monitores de tempo libre
- Delegados sindicais e membros dos servizos de Prevención Laboral.
- Profesionais dos medios de comunicación.
- Profesionais das oficinas de farmacia.
- Integrantes de asociacións de axuda e autoaxuda e voluntariado social.

4.4.3. Accións que se desenvolverán na área de formación

ACCIÓN E PROGRAMAS	INSTITUCIÓN OU DEPARTAMENTO RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Colaboración coas universidades galegas para a inclusión de contidos esenciais ou disciplinas sobre drogodependencias na formación de pregrao das titulacións de ciencias da saúde, sociais, xurídicas e da educación. Consellería de Sanidade e SERGAS. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. ■ Facultades e escolas universitarias.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoio técnico e financeiro ás universidades galegas para a realización de cursos de posgrao de actualización en drogodependencias para titulados en ciencias da saúde, sociais, xurídicas e da educación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. ■ Facultades e escolas universitarias.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Subscrición de convenios de colaboración entre a Consellería de Sanidade e as universidades galegas para a formación práctica e titorías en centros da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias e os equipos de prevención e incorporación social do PGD para alumnos de pregrao de ciencias da saúde, sociais, xurídicas e da educación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Educación e Ordenación Universitaria ■ Facultades e escolas universitarias.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Subscrición de convenios de colaboración entre a Consellería de Sanidade e as universidades galegas para a formación práctica en centros da Rede Asistencial de Saúde Mental e Drogodependencias e os equipos de prevención e incorporación social do PGD, de alumnos dos cursos universitarios de posgrao de actualización en drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. ■ Facultades e escolas universitarias.

<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan Director de Formación Continuada en Drogodependencias para profesionais relacionados coa prevención, asistencia e incorporación social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de reciclaxe e actualización para os profesionais dos centros especializados no tratamento de condutas adictivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación conxunta para os profesionais da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias sobre diagnóstico e tratamento dos trastornos mentais e por abuso e/ou dependencia a substancias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación sobre tratamento do alcoholismo para os profesionais dos centros especializados no tratamento das condutas adictivas procedentes das UAD. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación sobre estratexias terapéuticas para a abordaxe dos problemas de abuso e/ou dependencia a drogas para o persoal da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias procedente das UTA. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa anual de formación e reciclaxe para técnicos municipais responsables do deseño, execución e avaliación dos programas de prevención e incorporación social e a membros de organizacións non gobernamentais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Municipios galegos con programas no campo das drogodependencias.. ■ Organizacións non gobernamentais.. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación sobre metodoloxía e técnicas de investigación aplicada para profesionais do PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación sobre diagnóstico e tratamento de patoloxías infecciosas e redución de danos e prevención de riscos asociados ao consumo de drogas, para persoal sanitario da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de actualización en drogodependencias para profesionais das ciencias da saúde, sociais e da educación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Universidades e sociedades científicas. ■ Organizacións profesionais.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación sobre drogodependencias e patoloxías asociadas para os profesionais de Atención Primaria de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación sobre educación para a saúde e prevención das drogodependencias no medio escolar para persoal docente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Educación e Ordenación Universitaria
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación en prevención e de incorporación social dirixidos para os profesionais da Rede de Servizos Sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Secretaría Xeral do Benestar. ■ FEGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de formación en prevención, asistencia e incorporación social en drogodependencias para profesionais dos Sistemas de Protección e Reforma de Menores e doutras institucións que traballan con menores en situación de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Secretaría Xeral do Benestar.

<ul style="list-style-type: none"> Programa de Formación de Mediadores Sociais e do Voluntariado Social para a súa actualización nos ámbitos da prevención e incorporación social. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS. Secretaría Xeral do Benestar.
<ul style="list-style-type: none"> Cursos de formación sobre educación para a saúde e/ou prevención das drogodependencias para membros das ANPAS. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS. Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Secretaría Xeral da Igualdade.
<ul style="list-style-type: none"> Programa de formación básica e actualización en drogodependencias para profesionais dos sistemas xudicial, penitenciario e policía local. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS. Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.
<ul style="list-style-type: none"> Programa de formación para membros dos servizos de prevención, delegados sindicais e outros mediadores sociais sobre prevención e atención das drogodependencias no medio laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS. Consellería de Traballo.
<ul style="list-style-type: none"> Seminarios sobre drogodependencias dirixidos a profesionais dos medios de comunicación social. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS. Secretaría Xeral de Comunicación.
<ul style="list-style-type: none"> Celebración de congresos, xornadas, seminarios e outros foros científico-profesionais relacionados coas drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS. FEGAS.

4.4.4. Indicadores de avaliación

Para avaliar o grao de cumprimento dos obxectivos propostos polo Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 na área de formación utilizaranse os seguintes indicadores:

OBXECTIVOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> Obxectivo Nº 1. Favorecer a formación básica en drogodependencias dos alumnos que cursan estudos universitarios de pregrao relacionados coas ciencias da saúde, sociais e da educación. 	<ul style="list-style-type: none"> Centros universitarios que recibiron do PGD ofertas para incluír módulos sobre drogodependencias en cursos de pregrao. Diplomaturas e/ou licenciaturas universitarias relacionadas coas ciencias da saúde, sociais e da educación que incorporan nos seus plans de estudos módulos específicos sobre drogodependencias. Alumnos de pregrao que realizan prácticas nos centros e equipos vinculados ao PGD.
<ul style="list-style-type: none"> Obxectivo Nº 2. Promover a formación de posgrao nos distintos campos de intervención en drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Centros universitarios que recibiron ofertas do PGD para impartir formación de posgrao en drogodependencias Centros universitarios que dispoñen de cursos de posgrao en drogodependencias e alumnos matriculados neles. Alumnos de posgrao que realizan prácticas nos centros e equipos vinculados ao PGD.

-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 3. Promover o deseño e execución dun Plan Director de Formación en Drogodependencias, dirixido ao conxunto dos profesionais que traballan nos campos da prevención, asistencia e incorporación social. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Profesionais dos centros de tratamento de condutas adictivas participantes no programa de reciclaxe incluído no Plan Director. ■ Profesionais dos centros especializados no tratamento de condutas adictivas e dos equipos de saúde mental participantes no programa de diagnóstico e tratamento de trastornos mentais e por abuso e/ou dependencia a drogas. ■ Profesionais participantes no programa de abordaxe dos problemas de alcoholismo. ■ Profesionais participantes no programa de abordaxe dos problemas de abuso e/ou dependencia a drogas. ■ Técnicos municipais e de ONG participantes no programa de formación continuada e reciclaxe sobre deseño, execución e avaliación de programas de prevención e incorporación social. ■ Profesionais participantes no programa de formación sobre técnicas de investigación. ■ Persoal sanitario participante no programa de diagnóstico e tratamento de enfermidades infecciosas e de redución de danos e prevención de riscos asociados ao consumo de drogas. |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 4. Impulsar programas de actualización en drogodependencias para profesionais das ciencias da saúde, sociais e da educación. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de cursos de especialización en drogodependencias promovidos polo PGD e de alumnos participantes neles. |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 5. Promover accións formativas concertadas cos departamentos da Xunta de Galicia con responsabilidades nas áreas de atención primaria de saúde, educación, servizos sociais e protección de menores, para a inclusión de módulos sobre drogodependencias nos seus respectivos plans de formación. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Accións formativas conxuntas realizadas conxuntamente entre a Oficina do PGD e outros departamentos da Xunta de Galicia. ■ Profesionais da Rede de Atención Primaria de Saúde participantes en cursos de formación en drogodependencias promovidos polo PGD. ■ Docentes participantes nos cursos de formación en educación para a saúde e/ou prevención das drogodependencias. ■ Profesionais da Rede de Servizos Sociais participantes en actividades formativas sobre prevención e incorporación social en drogodependencias. ■ Profesionais dos sistemas de Protección e Reforma de Menores participantes en programas de formación sobre prevención, asistencia e incorporación social en drogodependencias. |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 6. Promover a formación de mediadores sociais e persoal voluntario en materia de drogodependencias. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de actividades ofertadas polo PGD para a formación de mediadores sociais. ■ Nº de actividades realizadas para a formación de mediadores sociais. ■ Nº mediadores e voluntarios que recibiron formación básica ou especializada en drogodependencias, segundo o rol profesional e/ou social. |
-

4.5. Investigación e avaliación

4.5.1. Principios de actuación

Un elemento característico das drogodependencias constitúe o seu gran dinamismo, que afecta o tipo de substancias consumidas, os seus patróns de uso e os efectos sociais, sanitarios e de diversa índole asociados ao uso destas substancias. A gran variabilidade do fenómeno, xunto coa diversidade do seu impacto social e sanitario, obriga a despregar un esforzo permanente de actualización dos coñecementos existentes respecto das diferentes dimensións das drogodependencias, para mellorar a súa comprensión, que se debe sustentar en investigacións de carácter científico.

Os principios que deben orientar o traballo que se desenvolverá no ámbito da investigación son os seguintes:

- Diversidade nos seus contidos. As investigacións que se levarán a cabo deben cubrir, entre outros aspectos, os relativos ao coñecemento dos mecanismos de acción farmacolóxica das drogas existentes en cada momento no mercado, os seus efectos sobre a saúde a medio e longo prazo, a epidemioloxía dos consumos e as tendencias destes e a eficacia dos diferentes tratamentos e estratexias promovidas para prever o seu uso e certos riscos e danos asociados a este.
- Aplicabilidade dos seus resultados. Sen prexuízo de recoñecer a necesidade e utilidade da investigación básica en drogodependencias, considérase prioritario desde o marco do PGD apoiar a investigación aplicada, posto que esta carece de vías de financiamento alternativas. Trátase, en suma, de que os resultados das investigacións que se leven a cabo contribúan, non só a superar déficits puntuais no coñecemento, senón a desenvolver novas formulacións teóricas e conceptuais e metodoloxías de traballo.
- Estabilidade nas liñas de traballo e investigación. Os esforzos que se leven a cabo neste ámbito deben axudar a consolidar e establecer liñas de investigación e equipos de traballo estables, procedentes, tanto de institucións universitarias e departamentos da Administración pública, como de institucións e empresas privadas.

Polo que se refire á avaliación, sinalar que esta é unha fase ou etapa do proceso de planificación que informa sobre os cambios introducidos polos diferentes plans e programas de actuación levados a cabo, identificando os avances conseguidos e os problemas ou necesidades que persisten e requiren de novas accións. Por isto, a avaliación é un instrumento clave na actualización da planificación e as políticas que se deben aplicar para a superación dos múltiples problemas relacionados coas drogodependencias, axudando na identificación das necesidades, o establecemento de novos obxectivos e a asignación e distribución de recursos.

En consecuencia, a avaliación débese converter nunha actividade cotiá a incorporar ao conxunto de programas e proxectos desenvolvidos no contexto do Plan de Galicia sobre Drogas.

4.5.2. Liñas estratéxicas de investigación

As liñas de investigación prioritarias que se desenvolverán no contexto do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 en materia de investigación serán as seguintes:

a) Estudos periódicos sobre o consumo de drogas e problemáticas asociadas.

- Realizaranse estudos epidemiolóxicos baseados en enquisas a diferentes colectivos poboacionais, co obxectivo de coñecer as prevalencias de uso das diferentes drogas, a territorialización dos consumos por áreas sanitarias, a percepción social das drogas e as drogodependencias, a evolución e tendencias dos consumos de drogas en Galicia e no resto do Estado, os factores de risco e de protección relacionados cos consumos de drogas, o grao de apoio cidadán ás políticas institucionais, etc.
- Realizaranse estudos centrados na análise e explotación dos resultados achegados polo Sistema de Avaliación Asistencial e o Sistema de Avaliación de Programas de Prevención e Incorporación Social, así como daqueles outros sistemas de información que integran o Conxunto Básico de Indicadores de Drogodependencias (CBID) do Observatorio de Galicia sobre Drogas.
- Levaranse a cabo estudos baseados na realización de enquisas á poboación con problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas, a fin de afondar no coñecemento da súa situación social e sanitaria, as súas pautas de consumo de drogas, a presenza de prácticas de risco, a prevalencia de certos problemas asociados ao consumo, etc.

b) Investigacións dirixidas a avaliar o impacto das políticas aplicadas en materia de drogodependencias.

- A Oficina do Comisionado do PGD promoverá e financiará estudos dirixidos a avaliar os resultados e o impacto dos programas de prevención, asistencia e incorporación social, así como outros de elevado interese científico e técnico.

c) Promoción da investigación científica xeral.

De forma complementaria ás investigacións impulsadas directamente polo PGD, promoverase e apoiarase técnica e financeiramente a realización de estudos científicos por parte de institucións e persoas relacionadas coas drogodependencias ou a investigación en xeral, nas súas múltiples vertentes, que permitan estimular e enriquecer os coñecementos existentes en materia de drogas e drogodependencias.

4.5.3. Sistemas de avaliación de programas

A recollida e a análise da información son actividades inherentes a planificación, que serven de punto de partida a esta, axudando a identificar os problemas existentes, á vez que facilitan a avaliación das actividades e os programas desenvolvidos.

Os diferentes procedementos e sistemas de avaliación teñen unha gran relevancia á hora da planificación dos programas de actuación, posto que axudan á identificación das necesidades, ao establecemento de prioridades, á selección das estratexias de intervención e á creación e distribución eficaz dos recursos. Por esta razón, o Plan de Galicia sobre Drogas optou polo deseño dun Sistema de Avaliación Asistencial (SAA), que se puxo en marcha en 1994, e que permite avaliar o funcionamento dos diferentes programas en cada un dos centros da súa rede asistencial, así como o seguimento dos pacientes atendidos e a eficacia dos diferentes tratamentos. Posteriormente, os sistemas de avaliación do PGD veríanse notablemente reforzados coa implantación en 1998 do Sistema de Avaliación dos Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI).

Os actuais sistemas de avaliación dos programas e servizos implementados polo PGD fixeron posible a sistematización dos procesos de recollida da información, mellorando a calidade e comparabilidade dos rexistros obtidos, tendo contribuído activamente á análise e a valoración da eficacia, eficiencia e efectividade dos programas.

Non obstante, e a pesar dos progresos conseguidos nos sistemas de avaliación, faise preciso ampliar a súa cobertura. O deseño destes sistemas debe ser capaz de adaptarse permanentemente ás variacións rexistradas, tanto no contido dos programas, como nas demandas e necesidades existentes en relación coa actividade dirixida a previr os consumos de drogas ou a favorecer a atención e incorporación social dos drogodependentes. O reto que teñen proposto os sistemas de avaliación radican en que deben ser capaces de ampliar o seu campo de análise cara a aqueles procesos inicialmente non previstos, posto que permanentemente xorden novos patróns de consumo de drogas e problemas asociados.

Trátase dun exercicio complexo, que debe compaxinar a estabilidade dos indicadores e variables que dan contido aos sistemas de información dispoñibles, o que favorece a súa coherencia e fortaleza, cos esforzos de adaptación e incorporación de novos indicadores, o que contribúe a manter a súa vixencia e capacidade de prospectiva. En consecuencia, o desenvolvemento futuro dos sistemas de avaliación do PGD debe orientarse nunha dobre dirección:

- A identificación das necesidades aínda non cubertas polos programas e recursos dispoñibles.
- A selección de indicadores potentes que sinalen, de forma precisa e obxectiva, os elementos e variables que teñen un maior impacto sobre a calidade dos programas implementados.

Os esforzos a realizar por mellorar a calidade dos indicadores que integran os sistemas de avaliación do PGD deben simultanearse cos dirixidos a ampliar a súa cobertura. Para isto o Sistema de Avaliación dos Programas de Prevención e Incorporación Social (SAPI) deberá estar plenamente implementado na totalidade de programas de prevención e incorporación social que reciban financiamento do PGD. Pola súa parte, antes de que conclúa o período de vixencia do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 a totalidade dos centros especializados no tratamento de condutas adictivas da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias terán implementado un sistema de información común que permita a avaliación da actividade asistencial rexistrada neles.

4.5.4. Observatorio de Galicia sobre Drogas

As institucións encargadas do desenvolvemento dos programas de acción fronte ás drogas desenvolveron diversos sistemas de recollida e análise da información relativa ás múltiples dimensións do fenómeno. Non obstante, a existencia dun gran volume de informacións parciais sobre as drogas e as drogodependencias non sempre permite dispoñer unha visión global e actualizada dun fenómeno, multidimensional e cambiante, como son as drogodependencias. Por esta razón, nos últimos anos procedeuse á creación de estruturas capaces de integrar de maneira coherente toda a información dispoñible sobre as múltiples dimensións dos consumos de drogas e as drogodependencias, que son xenericamente denominadas como "observatorios sobre drogas".

A necesidade de contar cunha información actualizada, fiable e comparable que permita un coñecemento pormenorizado da problemática das drogodependencias, levou ao Parlamento Europeo a crear en 1993 o Observatorio Europeo da Droga e as Toxicomanías e a promover a creación de observatorios nacionais sobre drogas. Nesta liña inscríbese a creación en 1995 do Observatorio de Galicia sobre Drogas. A finalidade do Observatorio de Galicia sobre Drogas é a de contribuír a proporcionar unha visión global, permanente, fiable e actualizada do fenómeno das drogodependencias nas súas diferentes vertentes, subministrando información que permita mellorar o proceso de toma de decisións acerca das políticas que se deben adoptar, así como a adecuación dos programas de intervención

ás novas situacións e necesidades. Pretende, en suma, facilitar a planificación das medidas que se deben implementar para avanzar na superación dos problemas relacionados coas drogas e as drogodependencias.

Os obxectivos que persegue o Observatorio de Galicia sobre Drogas son:

1. Propoñer a implantación dun sistema de recollida de información de calidade, fiable e comparable, que proporcione as bases para unha análise eficaz en todo o referente ao fenómeno das drogodependencias en Galicia.
2. Promover a unificación de criterios para a recollida de información nos diferentes sistemas existentes, tanto a nivel de Galicia, como estatal e europeo, coa finalidade de garantir unha mellor fiabilidade e comparabilidade dos datos relacionados coa problemática derivada do consumo de drogas.

As funcións que desde a súa creación veu desenvolvendo o OGD son as seguintes:

1. A actuación como órgano permanente de recollida e análise da información achegada por distintas fontes e sistemas de información.
2. O desenvolvemento dun sistema de información que permita avaliar a situación dos consumos de drogas e os efectos asociados nun momento determinado, así como a súa evolución e tendencias futuras.
3. A difusión da información dispoñible, a través da publicación de informes periódicos.
4. A colaboración e coordinación co Observatorio Español sobre Drogas e o Observatorio Europeo da Droga e as Toxicomanías nos procesos de recollida, intercambio e difusión da información dispoñible.
5. A formulación de propostas e recomendacións a diferentes instancias políticas e administrativas acerca das prioridades existentes en materia de drogas e as posibles medidas que se deben adoptar.

O sistema de información do Observatorio de Galicia sobre Drogas constitúeo o denominado Conxunto Básico de Indicadores de Drogodependencias (CBID), que permite reportar a través dos informes bianuais do OGD, a información dispoñible relativa aos seguintes indicadores:

1. Indicadores de prevención e incorporación social:
 - Número de programas de prevención segundo o ámbito de aplicación.
 - Número de alumnos, profesores e centros en programas preventivos escolares.
 - Número de pais/nais en programas de prevención familiar.
 - Número de participantes en actividades de prevención comunitaria.
 - Número de programas de incorporación social segundo o tipo.
 - Número de usuarios/beneficiarios dos programas de incorporación social.
 - % de cobertura total na Comunidade Autónoma.
 - % de cobertura respecto á poboación destinataria das actividades.
 - Número e tipo de actividades por ámbito de intervención.
 - Número e tipoloxía de profesionais e total de horas de dedicación.
 - Orzamento por zona xeográfica, por actividades e segundo ámbitos de intervención.
 - Número e tipo de actividades das entidades colaboradoras.
2. Indicadores da área de asistencia:
 - Número de admisións a tratamento segundo o tipo de programa.

- Número de pacientes atendidos segundo o tipo de programa (volumen asistencial).
 - Perfil dos pacientes admitidos a tratamento nos distintos programas.
 - Número de días en programa (permanencia).
 - Número de días con intervención (asistencia).
 - Número de intervencións realizadas cos pacientes (actividade).
 - Número de intervencións segundo o tipo ou área delas.
3. Indicadores sobre a epidemioloxía do consumo de drogas en Galicia:
- Prevalencias dos consumos de tabaco, alcohol e outras drogas.
 - Idades de inicio ao consumo.
 - De factores de risco para o consumo de drogas.
 - De factores de protección fronte ao consumo de drogas.
 - Índices de risco por áreas de saúde.
 - Motivacións para o consumo e o non consumo de drogas.
 - Problemas derivados do consumo de drogas.
 - Dependencia subxectiva e percepción da necesidade de axuda ou tratamento para deixar as drogas.
 - Opinións e actitudes ante as drogas na poboación xeral.
4. Indicadores sanitarios
- Enfermidades infecciosas en pacientes admitidos a tratamento.
 - Número de casos por categorías de transmisión.
 - Casos de SIDA entre usuarios de drogas inxectables.
 - Incidencia da SIDA en usuarios de drogas inxectables.
 - Número de altas hospitalarias por patoloxías asociadas ao consumo de drogas.
 - Ingresos en unidades hospitalarias de desintoxicación.
 - Urgencias sanitarias por intoxicacións etílicas e relacionadas co abuso de drogas.
5. Indicadores de prevención de enfermidades infecciosas e redución de prácticas de risco
- Número de kits preventivos /xiringas distribuídas.
 - Número de xiringas intercambiadas.
 - Número de beneficiarios das actividades e programas.
 - Número de entidades participantes no programa.
6. Indicadores de tratamento na poboación reclusa:
- Número de admisións a tratamento.
 - Número de pacientes atendidos (volumen asistencial).
 - Motivos de saída dos programas.
7. Indicadores de oferta de drogas
- Volumen das incautacións realizadas das distintas drogas.
 - Pureza das drogas comisadas (heroína e cocaína).
 - Número e tipo de substancias adulterantes.

- Venda de bebidas alcohólicas e tabaco.
- 8. Indicadores xurídico–penais:
 - Número de denuncias por tráfico de drogas.
 - Número de detidos por tráfico de drogas.
 - Número de procedementos xudiciais por tráfico de drogas.
 - Denuncias por condución con taxas de alcoholemia superiores ao límite legal.
 - Sancións administrativas por consumo de drogas na vía pública.
- 9. Indicador de mortalidade:
 - Mortes anuais por reacción aguda ao consumo de drogas.
 - Perfís dos falecidos por reacción aguda tras o consumo de drogas.
 - Mortes en accidentes de tráfico relacionadas co consumo de drogas.
 - Mortes por sida en usuarios de drogas inxectables.
- 10. Indicadores do Programa de atención xurídico–social ao drogodependente:
 - Número e volume de admisións.
 - Número de actividades realizadas.

A obtención da información relativa a estes indicadores realizarase a través das seguintes fontes:

- Sistema de Avaliación de Prevención e Incorporación Social do PGD: para os indicadores de prevención e incorporación social e os relativos ao Programa de atención xurídico–social ao drogodependente.
- Sistema de Avaliación Asistencial do PGD: para os indicadores da área asistencial.
- Enquisas epidemiolóxicas do PGD sobre o consumo de drogas en Galicia: para os indicadores da epidemioloxía do consumo.
- Conxunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias do SERGAS: para o indicador dos ingresos hospitalarios por patoloxías asociadas ao consumo de drogas.
- Rexistro Galego da SIDA da Dirección Xeral de Saúde Pública (Consellería de Sanidade): para os indicadores epidemiolóxicos da infección polo VIH/SIDA e os referidos ao Programa de intercambio de xiringas.
- Delegacións territoriais en Galicia do Ministerio de Sanidade e Consumo: para os indicadores de pureza das drogas comisadas.
- Memoria anual do Programa de intervención con drogodependentes en centros penitenciarios da Dirección Xeral de Institucións Penitenciarias do Ministerio do Interior: para os indicadores asistenciais na poboación reclusa.
- Fiscalía especial para a Prevención e Represión do Tráfico Ilegal de drogas en Galicia: para os indicadores xurídico–penais.
- Memoria anual do indicador de mortalidade por reacción aguda ao consumo de drogas do PGD: para o indicador de mortalidade por reacción aguda ao consumo de drogas.
- Memoria do Instituto Nacional de Toxicoloxía: para o indicador mortalidade en accidentes de circulación relacionados co consumo de alcohol e drogas.

4.5.5. Accións que se desenvolverán na área de investigación e avaliación

ACCIÓN E PROGRAMAS	INSTITUCIÓN OU DEPARTAMENTO RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> Continuidade nos anos 2006 e 2008 do Programa de enquisas epidemiolóxicas entre a poboación xeral de Galicia de 12 e máis anos "O consumo de drogas en Galicia" 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> Colaboración en enquisas epidemiolóxicas nacionais para facilitar a comparabilidade cos datos referidos a Galicia (Enquisas á poboación escolar, a poboación consumidora de heroína cocaína en tratamento, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade. Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (Mº de Sanidade e Consumo).
<ul style="list-style-type: none"> Colaboración en estudos promovidos por outros departamentos da Xunta de Galicia sobre aspectos relacionados co uso de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade. Secretaría Xeral do Benestar.
<ul style="list-style-type: none"> Realización dun estudo de cobertura das necesidades existentes en Galicia en materia de asistencia aos problemas de abuso e/ou dependencia ás drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> Realización dun estudo de necesidade e viabilidade para a posta en marcha de dispositivos para o consumo hixiénico de drogas e programas de prescripción e dispensación controlada de substancias. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> Realización, con carácter cuadrienal, dun estudo de avaliación de resultados dos programas de prevención escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS. Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.
<ul style="list-style-type: none"> Realización, con carácter cuadrienal, dun estudo de avaliación dos resultados obtidos polos diferentes programas de tratamento ofertados no marco do PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> Realización, con carácter cuadrienal, dun estudo de avaliación de resultados dos programas de incorporación social. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> Deseño dun sistema de información de uso compartido polo conxunto de centros da Rede de Saúde Mental e Drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> Actualización/ampliación dos indicadores que integran os Sistemas de Avaliación Asistencial e de Programas de Prevención e Incorporación Social. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvemento de accións conxuntas para o funcionamento coordinado co Observatorio Galego de Saúde Mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> Colaboración co Observatorio Español sobre Drogas na transmisión de información referida a Galicia dos indicadores: extensión e patróns de uso de drogas, consumos problemáticos, demandas de tratamento, mortalidade relacionada coas drogas e en consumidores e enfermidades infecciosas relacionadas coas drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS. Observatorio Español sobre Drogas Delegación do Goberno para o PNSD. Ministerio de Sanidade e Consumo).
<ul style="list-style-type: none"> Difusión de traballos científicos na Colección Drogodependencias do PGD e nos Boletíns de información do PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> Consellería de Sanidade e SERGAS.

■ Difusión de traballos científicos sobre as drogas e as drogodependencias na páxina web do SERGAS.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
■ Mantemento da actividade do Observatorio de Galicia sobre Drogas a fin de obter diagnósticos actualizados da situación dos consumos de drogas e as drogodependencias, para a súa publicación con carácter bianual, nos informes xerais do OGD.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
■ Avaliación periódica do “Conxunto básico de indicadores en drogodependencias” do OGD, para modificar aqueles susceptibles de mellora.	■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
■ Convocatoria bianual de axudas para o desenvolvemento de proxectos de investigación, con cargo ao Fondo de Investigación de Galicia sobre Drogodependencias (FIGAD).	■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Innovación e Industria (Dirección Xeral de Investigación, Desenvolvemento e innovación).
■ Convocatoria cuadrienal dos Premios Xunta de Galicia para traballos de investigación sobre drogodependencias.	■ Consellería de Sanidade.

4.5.6. Indicadores de avaliación

Para a avaliación dos obxectivos formulados na área de investigación/avaliación polo Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 utilizaranse os seguintes indicadores:

OBXECTIVOS	INDICADORES
■ Obxectivo Nº 1. Impulsar a realización periódica de enquisas e estudos socioepidemiolóxicos sobre o consumo de drogas en Galicia, que permitan coñecer a evolución da incidencia e prevalencia, así como dos factores asociados a eles.	■ Nº de enquisas/estudos epidemiolóxicos sobre drogas dirixidos á poboación xeral. ■ Nº de enquisas/estudos epidemiolóxicos sobre drogas dirixidos a escolares e colectivos xuvenís. ■ Nº de enquisas/estudos promovidos por outros departamentos da Xunta de Galicia ou outras institucións galegas nos cales colabora o PGD. ■ Nº de enquisas/estudos nacionais sobre drogas nos cales colabora o PGD.
■ Obxectivo Nº 2. Realizar estudos de avaliación dos resultados obtidos polos diferentes programas impulsados polo PGD no ámbito da prevención, a asistencia e a incorporación social ás drogodependencias.	■ Nº estudos de avaliación da efectividade dos programas de prevención escolar. ■ Nº estudos de avaliación da efectividade programas asistenciais. ■ Nº estudos de avaliación da efectividade dos programas de incorporación social.
■ Obxectivo Nº 3. Fomentar a creación de redes de investigación en materia de drogodependencias.	■ Nº de redes e/ou equipos estables de investigación sobre drogas existentes en Galicia. ■ Nº de proxectos de investigación de tipo multicéntrico impulsados en Galicia co apoio técnico e/ou financeiro do PGD. ■ Nº de proxectos de investigación financiados polo PGD.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 4. Colaborar na difusión de traballos científicos desenvolvidos por entidades e profesionais no campo das drogodependencias. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de traballos de investigación sobre drogas difundidos en publicacións oficiais da Xunta de Galicia. ■ Nº de traballos de investigación sobre drogas difundidos a través da páxina web do SERGAS. ■ Traballos de investigación sobre drogas realizados en Galicia presentados en foros ou eventos científicos. |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 5. Consolidar o funcionamento do Observatorio de Galicia sobre Drogas mediante a ampliación e mellora da calidade dos actuais indicadores que integran o seu sistema de información. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de informes do OGD publicados. ■ Nº de programas de prevención e incorporación social que rexistran o conxunto de indicadores previstos no SAPI. ■ Nº de fontes de información que achegan información sobre os distintos indicadores do OGD. |

4.6. Coordinación

4.6.1. Principios de actuación

O recoñecemento da dimensión biopsicosocial das drogodependencias permitiu establecer un amplo consenso respecto á natureza multicausal do fenómeno, así como acerca da necesidade de desenvolver estratexias de intervención amplas que incidan nos diversos ámbitos que se ven afectados pola súa presenza. As drogodependencias son un fenómeno dotado dunha clara dimensión social, psicolóxica, sanitaria ou cultural, pero que transcende a todas e cada unha destas dimensións singulares, para vertebrarse como un problema cunha clara dimensión transversal.

A abordaxe das drogodependencias, tanto desde a perspectiva da súa prevención, como da asistencia e incorporación social das persoas directamente afectadas por elas, exige a adopción de diversas medidas nos ámbitos da información, a educación, a saúde, a familia, o ocio, o emprego, a rehabilitación, os servizos sociais, a seguridade e as medidas xurídico-legais, por citar tan só algunhas das máis relevantes. Pero sendo necesarias todas e cada unha destas políticas sectoriais, estas perden gran parte da súa eficacia se se aplican de forma independente.

A necesidade de favorecer a converxencia dos esforzos despregados polas institucións con competencias e responsabilidades en todos e cada un dos ámbitos relacionados coa aparición do problema das drogodependencias ou cos problemas derivados delas, fai da coordinación unha ferramenta esencial na implementación de políticas globais que se levarán a cabo neste campo e no desenvolvemento dos programas de actuación.

A coordinación supón establecer un proceso de cooperación activa entre as distintas administracións públicas e as institucións e entidades integradas ou relacionadas co desenvolvemento do Plan de Galicia sobre Drogas, para elaborar criterios homoxéneos e fixar liñas de colaboración efectiva entre estas instancias, desde os seus respectivos niveis competenciais. Un proceso que non se circunscribe ao mero apoio ás diferentes actuacións recollidas dentro do PGD, senón que afecta a formulación dos seus obxectivos, a selección dos programas e as actividades que os integran e a dotación dos recursos necesarios para a súa adecuada execución.

Con independencia das responsabilidades que a Consellería de Sanidade, a través do Comisionado de Galicia sobre Drogas, ten encomendadas na dirección e coordinación do

PGD, o desenvolvemento e execución do Plan de Galicia sobre Drogas é competencia do conxunto das institucións e entidades relacionadas con el. Nesta liña, o artigo 23.3. da Lei 2/1996, do 8 de maio de 1996, de Galicia sobre drogas, sinala que “o Plan será vinculante para todas as administracións públicas e entidades privadas ou institucións que, con cargo aos orzamentos xerais da Comunidade Autónoma, reciban fondos para o desenvolvemento de actuacións en relación co consumo de drogas e a problemática asociada, debendo axustarse as súas actuacións nesta materia aos obxectivos, criterios e funcións que se establezan nel”.

En consecuencia, e de conformidade cos criterios anteriormente expresados, a Consellería de Sanidade, a través do Comisionado do PGD, continuará promovendo a coordinación de actuacións en materia de drogodependencias tendo en conta, cando menos, os seguintes aspectos:

1. O establecemento de normas e disposicións legais que regulen e actualicen a composición e funcións dos diferentes órganos de coordinación en materia de drogodependencias.
2. A elaboración de directrices homoxéneas de actuación en materia de prevención, asistencia e incorporación social, formación, investigación e coordinación, que sirvan de base para a definición dos obxectivos, xerais e sectoriais, do PGD.
3. A planificación e distribución de funcións e responsabilidades entre as diferentes estruturas e ámbitos do PGD, promovendo a complementariedade das súas actuacións e a adecuada rendibilización dos recursos existentes.
4. O seguimento dos acordos establecidos e a avaliación dos programas e actuacións, adoptando as medidas que faciliten o establecemento de conclusións sobre a eficacia e eficiencia das medidas e programas de intervención do PGD.

4.6.2. Accións que se desenvolverán na área de coordinación

ACCIÓN E PROGRAMAS	INSTITUCIÓN OU DEPARTAMENTO RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Actualización dos órganos colexiados de coordinación en materia de drogodependencias previstos no Decreto 223/2002, polo que se modifica a composición e funcionamento dos órganos colexiados na área das drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Creación dun Consello Asesor da Xunta de Galicia en materia de drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Creación dunha Comisión Mixta Xunta de Galicia e Administracións Locais en materia de drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Federación Galega de Municipios e Provincias.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dinamización das comisións de coordinación interconsellerías, de acreditación, avaliación e control do Programa de tratamento con opiáceos e tripartita para o desenvolvemento do Programa de intervención en drogodependencias no ámbito laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Organizacións sindicais e empresariais.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dinamización das comisións técnicas de Prevención, Asistencia e Incorporación Social. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.

<ul style="list-style-type: none"> ■ Subscrición dun convenio de colaboración coa Federación Galega de Municipios e Provincias para a coordinación das actuacións previstas no marco do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 que afectan a Administración local. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Federación Galega de Municipios e Provincias.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Subscrición dun convenio de colaboración coa Federación Nacional de Asociacións de Axuda ao Drogodependente (FENAD) para a coordinación das actuacións previstas no marco do Plan de Galicia sobre Drogas 2006-2009 que afectan as ONG. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Federación Nacional de Asociacións de Axuda ao Drogodependente (FENAD)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboración dunha "Carta de servizos e actuacións que desenvolverá a Administración local no campo das drogodependencias", tendo como referencia o Catálogo de programas asistenciais, o Catálogo de programas de prevención e o Programa de incorporación personalizado do PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. ■ Federación Galega de Municipios e Provincias.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboración dunha "Carta de servizos e actuacións que desenvolverán as ONG no campo das drogodependencias", tendo como referencia o Catálogo de programas asistenciais, o Catálogo de programas de prevención e o Programa de incorporación personalizado do PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Organizacións non gobernamentais
<ul style="list-style-type: none"> ■ Desenvolvemento normativo das competencias municipais en materia inspectora e sancionadora, respecto da normativa limitadora da venda e consumo de bebidas alcohólicas e tabaco e a publicidade e promoción destes produtos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordinación coa Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza para a modificación da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas e a aprobación de cantas novas medidas legais sexa preciso introducir para asegurar o cumprimento dos obxectivos previstos no PGD 2007-2009. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Creación dunha comisión de participación social na cal estean representadas as ONG do sector. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Organizacións non gobernamentais.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Establecemento de concertos e convenios coas ONG e outras entidades públicas ou privadas que traballen no ámbito das drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS. ■ Organizacións non gobernamentais.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fomento da coordinación entre institucións e entidades do contorno europeo e latinoamericano que traballen en drogodependencias 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consellería de Sanidade e SERGAS.

Unha parte importante das accións que está previsto impulsar no ámbito da coordinación da incorporación social desenvolveranse en colaboración coas organizacións non gobernamentais e os municipios que traballan no campo das drogodependencias, de acordo co criterio xeral de corresponsabilidade social e participación cidadá.

4.6.3. Indicadores de avaliación

Para a avaliación dos obxectivos formulados na área de coordinación polo Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 utilizaranse os seguintes indicadores:

OBXECTIVOS	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 1. Potenciar a coordinación e cooperación das distintas administracións públicas que interveñen no desenvolvemento do Plan de Galicia sobre Drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de novos órganos colexiados de coordinación e participación institucional e social postos en marcha. ■ Nº comisións de coordinación interinstitucional existentes. ■ Nº Comisións e estruturas de coordinación con ONG e entidades sociais en funcionamento. ■ Nº de reunións mantidas polos diferentes órganos de coordinación e participación. ■ Institucións ás que se remitiu o borrador do PGD 2007-2009 para formulación de propostas e suxestións.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 2. Potenciar a coordinación e cooperación coa iniciativa social que participa no desenvolvemento de programas preventivos, asistenciais ou de apoio á incorporación social no campo das drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de entidades representadas na Comisión de participación social. ■ Nº de reunións da Comisión de participación social. ■ Nº de ONG participantes no Consello Asesor da Xunta de Galicia.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 3. Definir adecuadamente as competencias e funcións asignadas ás diferentes administracións e ONG no marco do PGD. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medidas legislativas aprobadas para regular as competencias/funcións das administracións autonómica e local e as ONG en drogodependencias. ■ Guías ou cartas de servizos e actuacións da Administración local e as ONG en materia de drogodependencias.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 4. Velar polo cumprimento das competencias e funcións que a Administración local ten asignadas por lei en materia de drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de municipios con plans locais sobre drogas. ■ Nº de municipios maiores de 20.000 habitantes que dispoñen de políticas específicas en materia de prevención e incorporación social. ■ Nº de inspeccións realizadas polos servizos municipais a establecementos dedicados á venda de alcohol e tabaco. ■ Nº de expedientes incoados e sancións impostas a establecementos por incumprimento da normativa sobre venda de alcohol e tabaco. ■ Nº de expedientes incoados por incumprimento da normativa en materia de promoción e publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco. ■ Nº de sancións impostas por incumprimento da normativa sobre consumo de alcohol e tabaco en espazos e dependencias onde non está permitido.

<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 5. Divulgar entre as institucións, as organizacións sociais, a poboación xeral e sectores específicos dela, as actuacións desenvolvidas pola Xunta de Galicia e outras administracións e axentes sociais en materia de drogodependencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de exemplares do Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 editados. ■ Nº de institucións públicas e privadas e entidades sociais ás cales les foi distribuído o PGD 2007-09. ■ Nº de actos institucións realizados para a presentación/difusión do PGD.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obxectivo Nº 6. Promover acordos de colaboración, proxectos de partenariado ou convenios de cooperación con administracións públicas, ONG e outras entidades públicas ou privadas, con prioridade nos ámbitos europeo e latinoamericano. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Numero de acordos. ■ Numero de convenios. ■ Numero de proxectos.

4.6.4. Estruturas e órganos de coordinación

A Estratexia Nacional sobre Drogas 2000–2008, aprobada polo Real decreto 1911/1999, do 17 de decembro, atribúelles ás comunidades autónomas un papel clave no deseño, execución e avaliación das políticas e programas que se levarán a cabo en materia de drogodependencias, asignándoas as seguintes funcións:

1. O deseño e a elaboración de plans autonómicos en materia de drogodependencias co correspondente soporte legal.
2. A coordinación e, se é o caso, o deseño, a execución e a avaliación de programas nas distintas áreas de intervención (prevención, asistencia, etc.).
3. A regulación normativa de autorización e acreditación de centros, servizos e programas de formación, prevención e asistencia no campo das drogodependencias.
4. O desenvolvemento e execución da función inspectora e o exercicio da potestade sancionadora, así como a cooperación policial.
5. Coordinación das actuacións en materia de drogodependencias con outras administracións e entidades sociais, fomentando a participación social.

Para desenvolver estas funcións, a Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde (SERGAS), a través da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, dispón da seguinte estrutura:

a) Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias

O Comisionado do PGD, creado e organicamente adscrito á entón denominada Consellería de Sanidade e Servizos Sociais polo Decreto 254/1997, do 10 de setembro, constitúese como o órgano encargado de asesorar, coordinar e supervisar as directrices e accións que, respecto á materia obxecto da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, se desenvolven no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia. Correspondéndolle, así mesmo, a coordinación e supervisión dos programas e recursos que, en relación co Plan de Galicia sobre Drogas, teña asignada a Administración autonómica. No ano 2002, mediante o Decreto 44/2002, do 8 de febreiro, este órgano queda adscrito á Consellería de Sanidade, debendo cumprir, entre outras, as seguintes obrigas que teñen que ver con esta área de coordinación:

1. Coordinar e supervisar, por delegación do presidente da Comisión de Coordinación interconsellerías en materia de drogodependencias, a execución e cumprimento por parte das distintas consellerías da Xunta de Galicia das actuacións que esta tiñese encomendadas na atención ás drogodependencias.

2. Propoñerlle á Comisión de coordinación interconsellerías en materia de drogodependencias:
 - A política xeral de actuación da Administración autonómica en materia de drogodependencias.
 - As accións xenéricas e específicas sobre o establecemento, modificación ou actualización das normas e instrucións que regulan as materias de drogodependencia, emitindo informe preceptivamente sobre os proxectos ou anteprojectos que se elevan á citada comisión.
3. Promover a coordinación de esforzos con outras administracións e ONG.
4. Exercer a dirección das comisións e relatorios técnicas que se organicen.

Mediante o Decreto 46/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde, determínase que a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias do SERGAS asumirá as funcións asignadas ao Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas (art. 9.b).

Para o desenvolvemento das tarefas encomendadas, esta SXSMD conta coas áreas de Asistencia, Formación e Investigación e de Prevención, Reinserción e Coordinación (Decreto 86/1994, do 14 de abril), coas seguintes funcións, entre outras:

1. Área de Asistencia, Formación e Investigación, coas seguintes funcións:
 - Elaboración de proxectos de programas e prestación de asistencia técnica ao Comisionado nas materias propias desta área.
 - O seguimento dos recursos e programas do PGD nesta área.
 - Promover e coordinar as actividades e programas que, nestas materias, xurdan desde a iniciativa social, grupos de profesionais ou outros sectores.
 - Establecer un servizo de documentación sobre drogodependencias, accesible aos profesionais do sector ou outros interesados.
 - Elaborar e poñer en funcionamento un sistema de información sobre a evolución do consumo de drogas en Galicia, incluíndo os seus aspectos máis relevantes.
 - Poñer en funcionamento un sistema de avaliación dos programas e recursos desta área.
 - Coordinar os grupos de traballo e comisións técnicas que se establezan nas materias propias da área.
 - Aquelas funcións que nesta área se consideren convenientes para o mellor funcionamento e execución do PGD.
2. Área de Prevención, Incorporación e Coordinación, coas seguintes funcións:
 - Elaboración de programas e proxectos, facilitando asistencia técnica ao Comisionado nas materias propias da área.
 - Definir e levar a cabo o seguimento dos recursos e programas desta área.
 - Promover e coordinar as actividades e programas que, nestas materias, xurdan desde a iniciativa social, grupos de profesionais ou outros sectores interesados.
 - Elaborar e poñer en funcionamento un sistema de avaliación dos programas e recursos desta área.
 - Coordinar os grupos de traballo e comisións técnicas que, nas materias propias da área, se establezan.
 - Outras funcións que, en relación coas materias desta área, se estimen convenientes para un mellor funcionamento e execución do conxunto do PGD.

A SXSMD propiciará, co apoio destas áreas, o desenvolvemento harmónico, horizontal e interdisciplinar do PGD, tratando de evitar insuficiencias e duplicidades de actuacións e potenciando a coordinación a distintos niveis:

- Institucional. Seguirase establecendo a necesaria coordinación coa:
- Administración autonómica: outras direccións xerais da Consellería de Sanidade e outros departamentos da Xunta de Galicia con competencias en ámbitos relacionados coas drogodependencias.
- Administración central: fundamentalmente a través da Comisión Interautonómica e a Conferencia Sectorial do Plan Nacional sobre Drogas, así como nos restantes órganos establecidos na Estratexia Nacional sobre Drogas 2000–2008.
- Administración local: basicamente a través da articulación de convenios para o apoio, cooperación, cofinanciamento e execución de programas de actuación, preferentemente nas áreas de asistencia, prevención e incorporación social.
- Con ONG e outras entidades sociais: fundamentalmente con aquelas que interveñen nos ámbitos da prevención, asistencia e incorporación, así como cos seus órganos de representación.
- Técnica. A súa finalidade será facilitar o establecemento de directrices e a execución de programas e actuacións, tanto en conexión coa Administración central, como con distintos organismos e entidades de ámbito autonómico.

b) Órganos de asesoramento e coordinación

A composición e o funcionamento dos órganos colexiados na área das drogodependencias veñen regulados no Decreto 223/2002, do 13 de xuño, polo que se modifica o Decreto 341/1998, do 12 de novembro.

- Comisión de coordinación interconsellerías, que asegura a unidade de programación e a coordinación de todas as actuacións e proxectos da Xunta de Galicia en materia de drogodependencias.
- Comisión de coordinación interadministracións públicas, que debe promover a adecuada coordinación entre as administracións que interveñen en Galicia, no relativo á prevención, asistencia e incorporación social en drogodependencias.
- Comisión de coordinación con organizacións non gobernamentais que servirá para canalizar a representación, coordinación e cooperación continuada entre as ONG e a Xunta de Galicia en materia de drogodependencias.
- Comisión galega de acreditación, avaliación e control do Programa de tratamento con opiáceos, que se constitúe como órgano de coordinación e asesoramento nesta modalidade de tratamentos.
- Comisión tripartita para o desenvolvemento do Programa de intervención en drogodependencias no ámbito laboral, que se constitúe como órgano de coordinación entre a Administración, empresas e organizacións sindicais, fundamentalmente para a adopción de medidas tendentes a previr o consumo de drogas neste ámbito.

Ademais destes órganos colexiados, establécese o funcionamento das seguintes comisións técnicas, que estarán compostas por representantes dos profesionais da asistencia, prevención e incorporación social, ademais de persoal da Oficina do Comisionado:

- Comisión Técnica de Prevención.
- Comisión Técnica de Asistencia.
- Comisión Técnica de Incorporación Social.

Entre as funcións encomendadas a estas comisións inclúense o asesoramento técnico á SXSMD naqueles asuntos que así o requiran, a coordinación e posta en común de programas e actividades que se estean levando a cabo nos distintos ámbitos de intervención e a actualización das estratexias e programas en vigor, así como a elaboración e seguimento doutros novos que se poidan pór en marcha.

c) Instancias e órganos supracomunitarios

O PGD, a través do Comisionado e a súa oficina, mantén contactos regulares cos órganos e institucións que, a nivel nacional, teñen competencias no deseño e xestión das políticas que se aplicarán no campo das drogodependencias. Así, participou na elaboración da Estratexia Nacional sobre Drogas 2000–2008 e vén colaborando cos distintos órganos do Plan Nacional sobre Drogas, en particular, a Conferencia Sectorial, a Comisión Interautonómica e os diferentes comités técnicos. Esta participación terá continuidade nos próximos anos, fundamentalmente, no relativo ao seguimento da aplicación da Estratexia Nacional sobre Drogas e á coordinación con instancias nacionais.

No ámbito internacional, o PGD estableceu tamén contactos e relacións con instancias e órganos da Unión Europea e Iberoamérica, para o estudo e realización conxunta de proxectos e programas. De forma moi especial, destaca a colaboración coa Comunidade de Traballo Galicia–Norte de Portugal.

4.6.5. Ámbitos da coordinación

O principio de corresponsabilidade social debe impregnar o conxunto das actuacións que se desenvolverán no marco do PGD, debendo ter o conxunto das administracións e a propia sociedade civil un papel activo para a correcta abordaxe da problemática das drogodependencias. En consonancia, con este principio, a Estratexia Nacional sobre Drogas 2000–2008 establece un marco de responsabilidades e competencias diferencial para cada un dos seguintes órganos e instancias involucradas na súa execución:

a) Administración central

- No ámbito da redución da demanda dirixirá os seus esforzos, especialmente, aos campos da investigación, coordinación da formación e a avaliación.
- Respecto da redución da oferta desenvolverá as actuacións dirixidas á represión do tráfico ilícito de drogas e as súas vinculacións co branqueo de capitais e o crime organizado, así como a regulación normativa e o control de precursores.
- A cooperación internacional, con participación activa nas estruturas de coordinación europeas e de cooperación para o desenvolvemento en Iberoamérica.
- A coordinación de políticas de intervención e a harmonización de lexislacións das distintas administracións implicadas no ámbito das drogodependencias.

b) Administración local

- O desenvolvemento de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente no ámbito comunitario, así como as orientadas a favorecer a integración social dos usuarios de drogas mediante o desenvolvemento de plans de formación profesional e emprego.

- A elaboración e posta en marcha de medidas de limitación da oferta e dispoñibilidade de drogas, fundamentalmente daquelas de carácter legal.
- A execución da función inspectora e a potestade sancionadora, así como a cooperación da policía local.
- A coordinación das intervencións en materia de drogas realizadas a nivel local.

Actualmente un total de 125 concellos participan no PGD desenvolvendo, fundamentalmente, programas de prevención e de incorporación social. Así mesmo, as deputacións puxeron en marcha axudas e medidas de apoio a persoas afectadas por problemas derivados do consumo de drogas e as súas familias, e facilitan os medios técnicos para o desenvolvemento de actividades de formación. As funcións sinaladas anteriormente para a Administración local terán a súa articulación a través de:

- Plans municipais sobre drogodependencias. O PGD considera relevante a posta en marcha ou continuidade, se é o caso, deste tipo de plans nas sete cidades de maior entidade poboacional de Galicia. Estes concellos deberán dispoñer de partidas e aplicacións orzamentarias propias para este obxectivo, sen prexuízo do financiamento que poidan recibir a través dos convenios de colaboración que establezan coa Consellería de Sanidade ou outras administracións, para a execución das medidas recollidas nos respectivos plans municipais.
- Plans intermunicipais sobre drogodependencias. O PGD impulsará a creación e/ou a continuidade, se é o caso, de plans intermunicipais que agrupen concellos dunha zona ben delimitada e que, pola súa entidade poboacional, non sexan susceptibles de iniciar e manter un plan municipal. Para estes efectos, o Mapa Comarcal de Galicia pode supor unha boa referencia. Os concellos que xa dispoñen de programas de prevención e/ou incorporación social coordinados co PGD, impulsarán e optimizarán estes programas.
- Programación centrada na prevención e incorporación social como áreas fundamentais de actuación dos plans municipais. En determinados casos, de acordo coas prioridades establecidas no marco do PGD, poderanse pór en marcha servizos asistenciais de drogodependencias de carácter local.
- Apoio e coordinación coas ONG da súa zona de influencia. Atendendo ás pautas e directrices emanadas da coordinación co PGD, a Administración local establecerá medidas de coordinación e apoio co movemento social que actúa no seu ámbito xeográfico.

c) Organizacións non gobernamentais

- A cooperación coas administracións públicas nos diferentes ámbitos de intervención, non substituíndoa nin creando redes ou sistemas paralelos.
- A participación no desenvolvemento e avaliación da Estratexia Nacional sobre Drogas e nos órganos consultivos establecidos para tal efecto pola Administración.
- A adopción de iniciativas para propoñer, promover e desenvolver actuacións específicas próximas á comunidade.

Para a súa intervención, as ONG implicadas no ámbito das drogodependencias deberán contar coa necesaria autorización ou acreditación dos seus programas por parte da Administración.

Atendendo aos criterios e prioridades do PGD e observando sempre un gran respecto pola independencia da sociedade civil, ás ONG que interveñen en drogodependencias responderíalles a asunción das seguintes funcións:

- Impulsar programas e actividades nas áreas de prevención ou incorporación social nos cales participen outros colectivos e asociacións do seu contorno, segundo os principios e criterios da intervención comunitaria.
- Participar nas estruturas e órganos que se promovan para a coordinación de programas e actuacións en drogodependencias, destacando, entre outros, a Federación Galega de Asociacións de Axuda ao Drogodependente (FEGAD).
- Coñecer e participar do modelo de intervención e avaliación que o PGD estableceu para os programas de prevención e de incorporación.

d) Outras entidades sociais

- As entidades sociais como as universidades, fundacións, etc., articularán aquelas intervencións específicas sobre drogas que son relevantes no marco do Plan de Galicia sobre Drogas e/ou da Estratexia Nacional sobre Drogas.
- Aos axentes sociais (empresarios, sindicatos) correspóndelles promover e desenvolver actuacións especificamente deseñadas para reducir as consecuencias do uso de drogas por parte dos traballadores, esencialmente nos lugares de traballo.

5.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. Referencias bibliográficas

- BECOÑA, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Ed. Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- BROWM, H. e SMITH, H. (1992). Normalisation. London, Routledge.
- CHAMBLESS, D.L. et al. (1998). An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- CLAYTON, R.R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En M. Glantz e R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, D.C: American Psychological Association.
- COMISIONADO do PGD (2003a). Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004. Colección Drogodependencias, Documentos nº 29. Ed. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- COMISIONADO do PGD (2003b). Programa de Incorporación Personalizado. Colección Drogodependencias, Documentos nº 30. Ed. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- COMISIONADO do PGD (2004). O consumo de drogas en Galicia VII. Colección Drogodependencias, Estudos nº 31. Ed. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- CONSELLERÍA DE FAMILIA E PROMOCIÓN DO EMPREGO, MULLER E XUVENTUDE (2002). Informe sobre a Xuventude Galega 2002. Ed. Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE (2003). Informe do Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose, 1996-2002. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie B, Nº 35. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- CSAP (1997). Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP). Washington, Dc: Department of Health and Human Services.
- DGPNSD (1997). Prevención de las drogodependencias. Análisis e propostas de actuación. Ed. Delegación do Goberno para o Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- DGPNSD (2000). Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Ed. Delegación do Goberno para o Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- DGPNSD (2003). Encuesta sobre drogas a la población escolar 2002. Ed. Delegación do Goberno para o Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- GARDNER, S.E. et al. (2001). Guide to science-based practices 2. Promising and proven substance abuse prevention programs. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- LÓPEZ, M.D. (2004). Medicina basada en la evidencia y la gestión. *Revista Galega de Actualidade Sanitaria*, vol. 3, nº 1: 28-30. Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- MONTES, A. e VILLALBA, J.R. (2001). The price of cigarettes in the European Union. *Tobacco Control* 10: 135-136.
- NAVARRO, J. (2000). Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Ed. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Madrid.
- NIDA (1977). Drug Abuse Prevention for At-Risk Individuals. National Institute on Drug Abuse. National Institutes for Health. Rockville; MD.
- NIDA (2000). Principles of drug addiction treatment. Ed. National Institute on Drug Abuse. Washington.
- OED (2003). Informe nº 6 do Observatorio Español sobre Drogas, Ed. Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- OEDT (2003). Informe anual 2003: O problema da drogodependencia na Unión Europea e en Noruega. Ed. Observatorio Eu-

ropeo das Drogas e as Toxicomanías. Luxemburgo.

RUBIO, S. (2000). Glosario de planificación y economía de la salud. Ed. Díaz de Santos. Madrid.

SLOBODA, Z. e DAVID, S.L. (1997). Preventing drug use among children and

adolescents. A research-based guide. Rockville: NIDA; 1997.

WORLD BANK (1999). Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Development in Practice Series.

Servizo Galego
de Saúde

Subdirección Xeral
de Saúde Mental e Drogodependencias

Documentos Estratéxicos

ISBN 978-84-453-4585-6



9 788445 345856 >



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**