

**Estrategia  
Regional  
sobre  
Drogas  
2005-2008**



**GOBIERNO  
de  
CANTABRIA**  
Consejería de Sanidad  
y Servicios Sociales





**ESTRATEGIA REGIONAL  
SOBRE DROGAS DE  
CANTABRIA 2005-2008**

*Edita:* Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

*Elaboración y redacción:* Servicio de drogadependencias (Dirección General de Salud Pública)

*Maquetación e impresión:* Graficas Copisán

*D. Legal:* SA - 1048 - 2006

## PRESENTACIÓN

El consumo de drogas continua constituyendo un grave problema sanitario y social en nuestro país. Sus consecuencias, desestructuración personal, dificultades familiares y laborales, fracaso escolar, pérdida de oportunidades, conductas de riesgo, delincuencia, descompensaciones psíquicas y otros problemas de salud, aunque, afortunadamente, menos intensas y dramáticas que las producidas por la heroína, siguen siendo considerables.

Influir en esta conducta requiere implicar a todos los agentes sociales en una tarea conjunta de sensibilización, de prevención y de desarrollo de actuaciones sectoriales coordinadas, ambiciosas y decididas. Las acciones de apoyo a las familias, la formación impartida desde los centros educativos, la colaboración de organizaciones juveniles y sociales, así como de sindicatos y empresarios en el ámbito laboral, la implicación de los medios de comunicación y la participación de la Atención Primaria de Salud son algunos de los aspectos a potenciar para dar una respuesta adecuada a este problema.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria como Institución responsable de impulsar y coordinar todas estas actuaciones, ha elaborado la Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008, que constituye el marco de la política en materia de drogodependencias para los próximos cuatro años de nuestra Comunidad Autónoma.

Para su elaboración se ha contado con todas aquellas instituciones y entidades que de una u otra forma están implicadas en el fenómeno de las drogodependencias. En su redacción final, que ha recibido el informe favorable del Consejo Asesor en materia de Drogodependencias, figuran propuestas realizadas por administraciones públicas, organizaciones no gubernamentales, entidades privadas e instituciones.

La Estrategia pretende aunar la mejora de los recursos existentes y el impulso a la innovación que permita abordar los continuos cambios que se producen en la materia. Para ello, incorpora toda una serie de acciones, articuladas en torno a cinco áreas de actuación: prevención, atención integral, incorporación social, información, formación e investigación y coordinación.

Deseo, finalmente, transmitir el agradecimiento de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales a todas las personas que están participando en el gran empeño colectivo de dar respuestas a un problema tan complejo, cambiante y negativo para la salud de los individuos y de las sociedades como es el consumo de drogas.

*Rosario Quintana Pantaleón*  
*Consejera de Sanidad y Servicios Sociales*



## INDICE

<b>1. Introducción</b>	9
<b>2. Antecedentes y estructura básica del plan regional sobre drogas</b>	11
<b>3. Análisis de situación</b>	13
3.1. Prevalencias y patrones de consumo de la población escolar de Cantabria 1998-2004	15
3.2. Prevalencias y patrones de consumo de la población de 15 a 64 de Cantabria 1997-2003	31
3.3. Admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de drogas 2003-2004	49
3.4. Perfil actual de quien consume drogas	53
3.5. Datos relativos a programas de mantenimiento con agonistas opiáceos	55
<b>4. Principios generales de la estrategia regional sobre drogas 2005-2008</b>	57
<b>5. Areas de actuación</b>	59
5.1. Prevención	61
5.2. Atención integral	69
5.3. Incorporación social	73
5.4. Información, formación e investigación	77
5.5. Coordinación	87
<b>6. Sistemas de evaluación</b>	91
<b>7. Financiación</b>	95
<b>8. Normativa específica en materia de drogas</b>	97





## 1. INTRODUCCIÓN

La creación del Plan Nacional sobre Drogas hace 20 años, 1985, al igual que la aprobación del Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria en 1991, pretendió dar respuesta al impacto que provocó en los jóvenes, en las familias y en la sociedad de España, y por tanto también en la de Cantabria, el consumo creciente de drogas, fundamentalmente heroína.

En la actualidad ha descendido notablemente el consumo de heroína, al igual que el índice de preocupación de la sociedad española y cántabra por este problema. Sin embargo, el consumo de drogas en la actualidad sigue causando problemas y muertes, y éstas son prematuras en la mayoría de las ocasiones. Si en España se estima que más de 20.000 personas mueren prematuramente cada año por las consecuencias directas o indirectas del consumo excesivo de alcohol y drogas ilegales, en Cantabria estas muertes prematuras se aproximan a 250. Además de los problemas de salud, las drogas provocan considerables problemas familiares, laborales y sociales.

La Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008 pretende ser un instrumento para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en materia de drogas, (el abordaje del consumo de tabaco se ha complementado con el desarrollo del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria 2004-2007), y servir como marco de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación entre las instituciones, públicas y privadas y con la iniciativa social, en el ámbito de la Comunidad de Cantabria. Será vinculante para todas las Administraciones Públicas e instituciones privadas, con o sin ánimo de lucro, que desarrollen sus actuaciones en esta Comunidad.

Esta Estrategia se rige por el principio básico de que todas las acciones que se desarrollen en materia de drogas estarán centradas en el abordaje integral de las personas, con independencia de sus circunstancias de consumo, procurando una mejora en su calidad de vida y previniendo, al mismo tiempo, situaciones que puedan conllevar a la exclusión social, contando para ello con todos los recursos existentes, enlazándolos y coordinándolos sin disociar funciones y manteniendo un enfoque comprensivo de los aspectos de promoción de la atención a drogodependientes, preventivos, terapéuticos y rehabilitadores.



## **2. ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA BÁSICA DEL PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS**

En España, el consumo de las drogas comienza a convertirse en uno de los principales problemas sanitarios y sociales a partir de los años ochenta. Debido a que los usos de drogas constituyen un fenómeno complejo en el que inciden múltiples determinantes y del que se derivan diversas consecuencias para el individuo y la sociedad, en 1985 se crea el Plan Nacional de Drogas. Tras veinte años de su puesta en marcha, parece oportuno recordar los diferentes pasos que se han dado en Cantabria desde esa época, con el fin de abordar este problema.

En 1984, en Cantabria, ante la creciente demanda social asistencial, se crea la Comisión Institucional para el problema de las Drogas con el propósito de dar una respuesta global. Esta Comisión es coordinada por la Consejería de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social y entre sus miembros cuenta con autoridades procedentes de todos los ámbitos y representantes institucionales de muy diversos niveles, tanto públicos como privados.

En el año 1985, se constituye la Comisión de Estudios y Seguimiento de las Toxicomanías, coordinada por la Dirección Regional de Sanidad, con el objetivo de conseguir una mayor operatividad y eficacia, y estudiar los recursos disponibles y las aportaciones que desde distintas instituciones (Ayuntamientos de Santander, Torrelavega y Laredo, Asamblea Regional de la Cruz Roja Española, INSALUD y Diputación Regional de Cantabria), pudieran ofertar para la puesta en marcha de un Programa Integral de Prevención, Asistencia y Reinserción de Drogodependientes.

En octubre de 1985, se nombra al primer coordinador del Plan Regional sobre Drogas. En enero de 1986, el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Cantabria se configura como un subprograma de la Dirección Regional de Bienestar Social, dependiente de la Consejería de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social. En este mismo año comienza el desarrollo de los programas asistenciales con la creación de tres Centros Asistenciales Ambulatorios ubicados en Santander, Torrelavega y Laredo, gestionados por la Asamblea Regional de Cruz Roja.

En 1988, la Diputación Regional de Cantabria asume en su totalidad las competencias del Plan Regional sobre Drogas, ampliando y definiendo su estructura básica: Oficina de Coordinación, Área de Prevención, Centros Ambulatorios de Drogodependencias, Unidades Municipales de Información y Seguimiento de Toxicomanías, Unidad de desintoxicación Hospitalaria y Programa especial de intervención en Instituciones Penitenciarias. Posteriormente, en 1990 el Plan

Regional amplia sus recursos asistenciales, con la Comunidad Terapéutica “V́ctor Meana” de Pedrosa.

La Orden de 15 de Mayo de 1990, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, regula los tratamientos opiáceos de personas dependientes de los mismos y crea la comisión de acreditación y control de esta modalidad terapéutica, que introduce en los centros asistenciales programas de reducción del daño.

En el año 1991 se aprueba el Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria, mediante el Decreto 68/1991, de 16 de Mayo, con la finalidad de orientar las actuaciones que en materia de drogodependencias se llevan a cabo en la Comunidad Autónoma de Cantabria y servir de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación y coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas y Organizaciones con ámbito de actuación en nuestro territorio autonómico.

El Programa Móvil de Reducción del Daño se pone en marcha en 1996, en colaboración con Cruz Roja Española en Cantabria ampliando de este modo la cobertura territorial en los programas de Reducción del daño.

En 1997, por Ley de Cantabria, 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias, se ordena, regula y configura el Plan Regional sobre Drogas.

Los Centros Asistenciales Ambulatorios en el año 2002 pasan a depender orgánicamente de la Dirección General de Atención y Ordenación Sanitaria, como primer paso para incluir la atención de los drogodependientes en la red sanitaria normalizada, siguiendo las directrices marcadas en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Por otra parte la comunidad terapéutica del Gobierno de Cantabria pasa a ser gestionada en el año 2001 por una Fundación Pública, que actualmente se denomina Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social.

Actualmente el Servicio de Drogodependencias dependiente de la Dirección General de Salud Pública, ejerce la función de coordinación de todas las estructuras básicas que comprende el Plan Regional de Drogas, incluyendo los programas de reducción del daño, y desarrolla los programas de prevención, información, formación e investigación, además de su evaluación.

### **3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN**

Conocer la realidad sobre el fenómeno de las drogodependencias es un objetivo básico para establecer cualquier tipo de programa, actuación o recurso. Hoy en Cantabria disponemos de información que nos acerca a la realidad de este fenómeno.

En este apartado se detalla, por un lado, la evolución de las prevalencias de consumo de drogas y, por otro, el perfil de quienes consumen drogas en Cantabria.

Las fuentes utilizadas para la obtención de los datos que se aportan a continuación son: las Encuestas Domiciliarias y Escolares que se han venido realizando a la población de Cantabria desde 1997, el Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT) y el Programa de Reducción del Daño de mantenimiento con Metadona.



### **3.1. Prevalencias y patrones de consumo de la población escolar de Cantabria 1998-2004**

Las Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar realizadas cada dos años desde 1998, permite el análisis de la evolución temporal de los consumos de las distintas sustancias, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de escolares de Cantabria.

El objetivo general de la Encuesta Escolar es conocer de forma periódica la situación y las tendencias del consumo de drogas entre estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio.

La Encuesta Escolar proporciona una herramienta práctica para orientar programas y actuaciones de prevención, ya que el hecho de estar dirigida al grupo de edad en que suelen iniciarse los consumos de la mayor parte de las drogas, permite identificar de forma precoz la presencia de hábitos y patrones de consumo del abuso de drogas.

#### **PRINCIPALES RESULTADOS**

El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas por escolares de Cantabria, seguidas del cánnabis. El consumo del resto de las sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, tranquilizantes, anfetaminas y sustancias volátiles) es mucho más minoritario, situándose por debajo del 4% el consumo más habitual.

El consumo de alcohol entre estudiantes de Cantabria presenta un aumento progresivo desde el año 2000, el mayor aumento se ha registrado en el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (7,9 puntos porcentuales con respecto al año 2002).

El consumo de tabaco se mantiene prácticamente estable, aunque se ha producido un ligero aumento (1,5 puntos porcentuales) en el consumo experimental con respecto al año 2002.

Continúa la tendencia creciente del consumo de cánnabis. En el período 2002-2004 estudiantes que han consumido esta sustancia habitualmente han pasado del 23,3% al 25,3%.

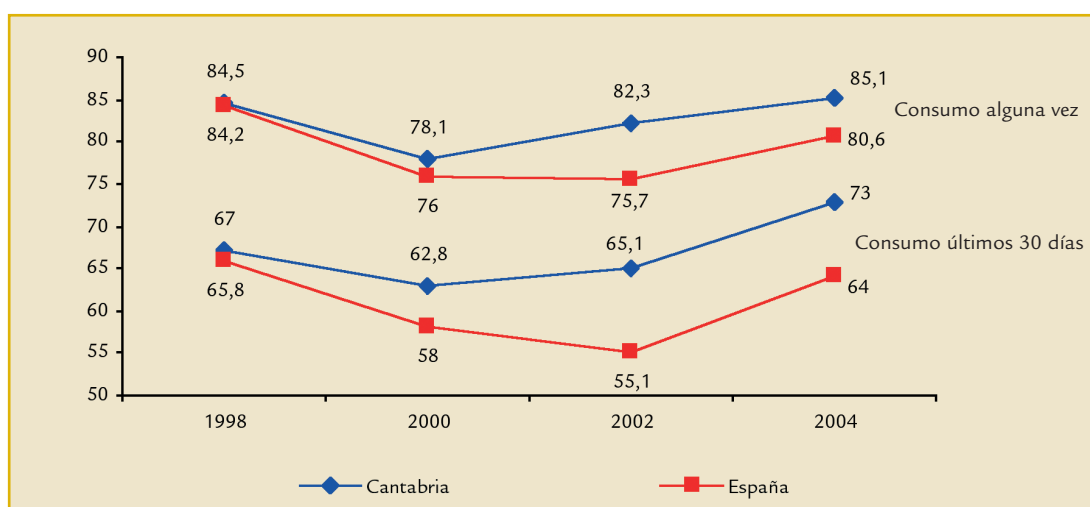
Se mantiene estable el consumo de cocaína, tanto el experimental como el habitual y se ha producido un descenso importante en el consumo experimental de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos, con respecto al año 2002.



## CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol está claramente generalizado entre los escolares de 14 a 18 años: el 85,1% ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez y el 73% en los últimos 30 días, cifras todas ellas superiores a las obtenidas a nivel nacional y a las obtenidas en Cantabria en el año 2002 (gráfico 1). Este aumento en el consumo de alcohol se ha producido especialmente en los consumos más habituales (que han pasado del 65,1% al 73%) y en las edades más tempranas (14 y 15 años).

Gráfico 1. Comparación de la evolución del consumo de bebidas alcohólicas. Cantabria - España 1998-2004

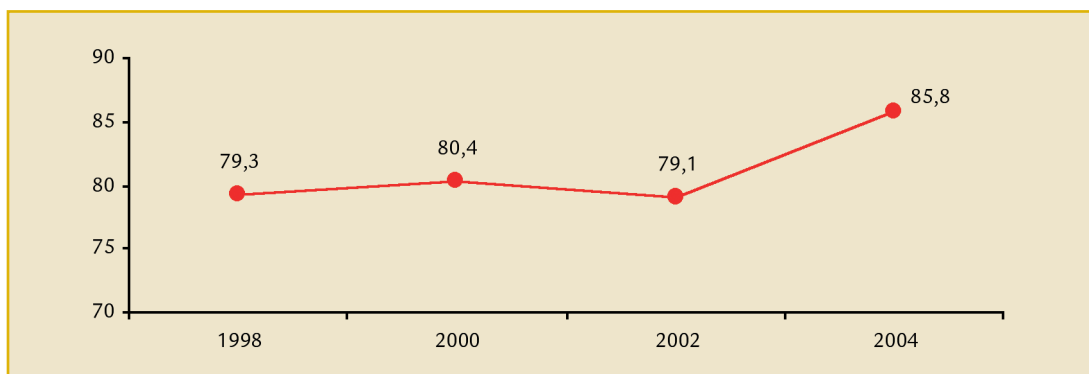


Hay que destacar que, si bien el consumo de alcohol está muy generalizado, su uso se concentra básicamente en el fin de semana. Del 73% que consumió en los últimos 30 días, el 50,8% lo hizo únicamente en los fines de semana, un 21,9% tanto los días laborables como los fines de semana y un 0,3% sólo los días laborables.

La edad media en que se consumen por primera vez bebidas alcohólicas se sitúa en los 13,5 años, pero la edad de comienzo al consumo semanal son los 14,9 años, prácticamente no han experimentado variaciones significativas desde el año 1998.

La continuidad en el consumo de alcohol se muestra muy elevada, el 85,8% de estudiantes que han consumido alguna vez bebidas alcohólicas, declara haberlas consumido en los últimos 30 días. Se observa un aumento de la continuidad en el consumo con respecto a años anteriores (gráfico 2).

**Gráfico 2.** Evolución de la continuidad del consumo de alcohol, "consumo alguna vez - consumo últimos 30 días". Cantabria 1998-2004



La edad establece diferencias claras en el consumo. La proporción de quienes consumen bebidas alcohólicas aumenta progresivamente con la edad, aunque el crecimiento no es lineal, produciéndose el mayor incremento entre los 15 y 16 años. Por otra parte, los resultados de la Encuesta Escolar 2004 confirman que las prevalencias de uso de alcohol son algo superiores en los chicos que en las chicas para los tres indicadores de consumo utilizados, resultados que ya se dieron por primera vez en el año 2002 (gáfico 3).

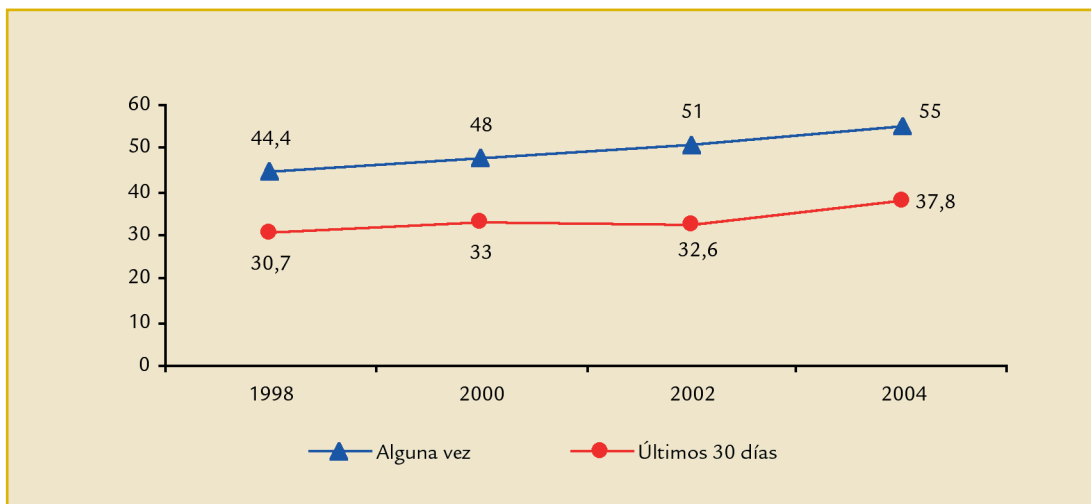
**Gráfico 3.** Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol según edad y según sexo. Cantabria 1998-2004

	Alguna vez				Últimos 12 meses				Últimos 30 días			
	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004
<b>Sexo</b>												
<b>Hombres</b>	81,8	75,7	84	85,7	79,3	75,4	82,9	85,7	64,5	61,4	65,9	73,9
<b>Mujeres</b>	87,2	80,2	80,9	84,5	86,2	79,2	80,9	84,3	69,5	64	64,5	72,2
<b>Edad</b>												
<b>14 años</b>	70	51,2	66,3	67,2	67,2	51,1	66,3	66,9	40,9	31,8	32,3	49,7
<b>15 años</b>	81,5	77,7	70,4	79,8	79,9	76,7	70,1	79,8	64,3	56,5	51,3	64,1
<b>16 años</b>	90,2	83,3	86,4	91,2	89,3	83,3	86	91,1	74,5	70,5	71,3	81,4
<b>17 años</b>	90,1	90,6	92,5	92,9	88,7	90,3	92	92,9	82,3	82	81	86
<b>18 años</b>	97,4	96	96,1	92,3	95,6	93,2	94,5	92,3	86,8	82	87,7	80,2

Los indicadores indirectos del consumo abusivo de alcohol presentan también cifras elevadas:

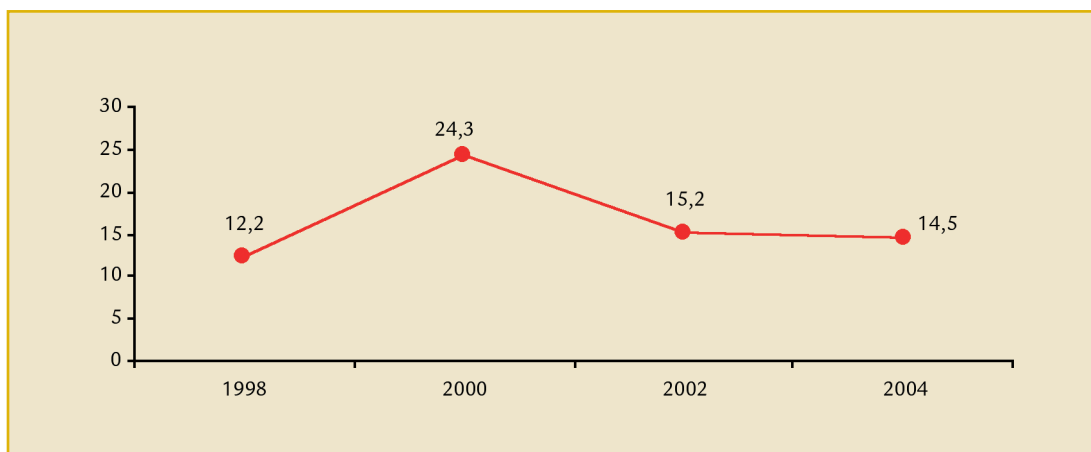
- El porcentaje de estudiantes que declara haberse emborrachado es superior al de las anteriores encuestas. Un 55% manifiesta haberse emborrachado alguna vez y un 37,8% en los últimos 30 días (gráfico 4).
- El 17,6% de estudiantes que han consumido alcohol en el último año, reconoce haber conducido o haber sido pasajero de vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol, cifra inferior a la obtenida en el año 2002 (20,3%).
- Un 36,1% de estudiantes reconoce haber sufrido consecuencias negativas por el consumo de alcohol: problemas de salud, riñas y discusiones, etc.

Gráfico 4. Evolución de la proporción de intoxicaciones etílicas. Cantabria 1998-2004



Pese a estos datos la percepción que los estudiantes tienen de su propio consumo de bebidas alcohólicas es bastante baja, sólo el 14,5% de ellos considera que beben bastante o mucho. Con respecto a años anteriores se observa una disminución en la percepción del propio consumo, es decir cada vez hay menor número de jóvenes que piensa que bebe bastante o mucho (gráfico 5).

**Gráfico 5.** Evolución de la proporción de estudiantes que piensan que beben bastante o mucho. Cantabria 1998-2004



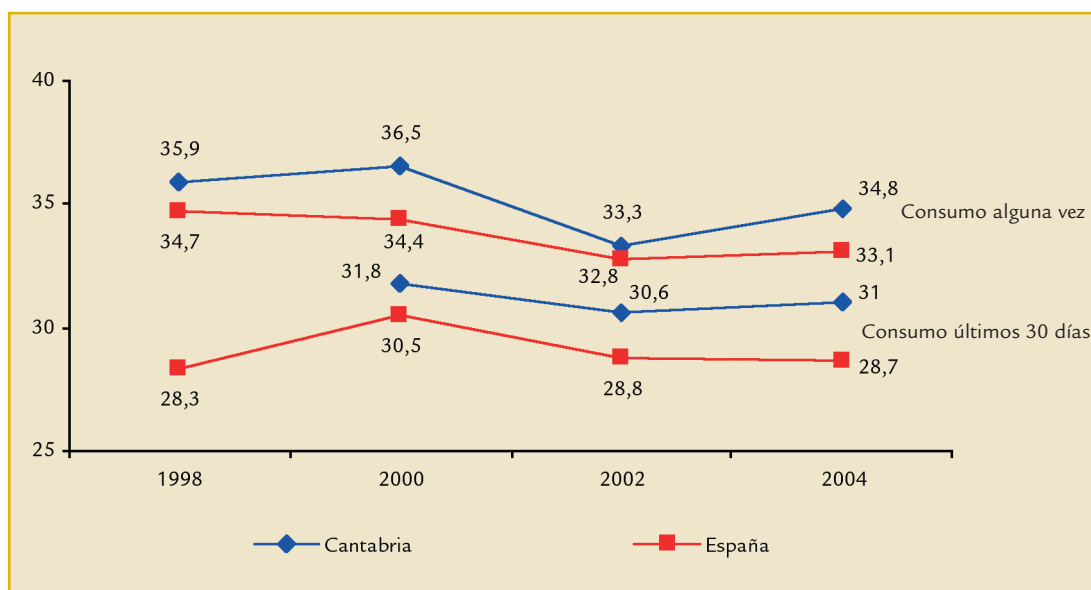
Los lugares predominantes de consumo son principalmente pubs y discotecas (77,3%), los bares y cafeterías (49%) y la calle y parques (36,6%). Los tipos de bebidas más consumidas semanalmente son, por este orden, los combinados/cubatas, los licores de frutas, el vino/champán y la cerveza/sidra.

Los motivos para consumir alcohol son principalmente, porque les gusta su sabor y por diversión y placer y entre las razones para el no consumo, destacan los efectos negativos para la salud, la pérdida de control en la que desemboca el consumo de alcohol y sus efectos desagradables (resaca, mareos, vómitos...).

## CONSUMO DE TABACO

El tabaco es, después del alcohol, la sustancia más extendida entre los/las estudiantes. Un 34,8% ha fumado alguna vez y un 31% en los últimos 30 días, cifras superiores a las obtenidas a nivel nacional y a las obtenidas en Cantabria en el año 2002. El aumento en el consumo de tabaco se ha producido especialmente en los consumos experimentales, que han pasado del 33,3% al 34,8% (gráfico 6).

Gráfico 6. Comparación de la evolución del consumo de tabaco. Cantabria - España. 1998-2004



El consumo medio de quienes fuman actualmente es de 7,6 cigarrillos/día cada día que fuman. La mayor prevalencia de consumo observada con respecto al año 2002 no lleva aparejada un mayor consumo en términos de cantidad, de hecho la cantidad diaria consumida está disminuyendo respecto al año 2002 (8 cigarrillos/día).

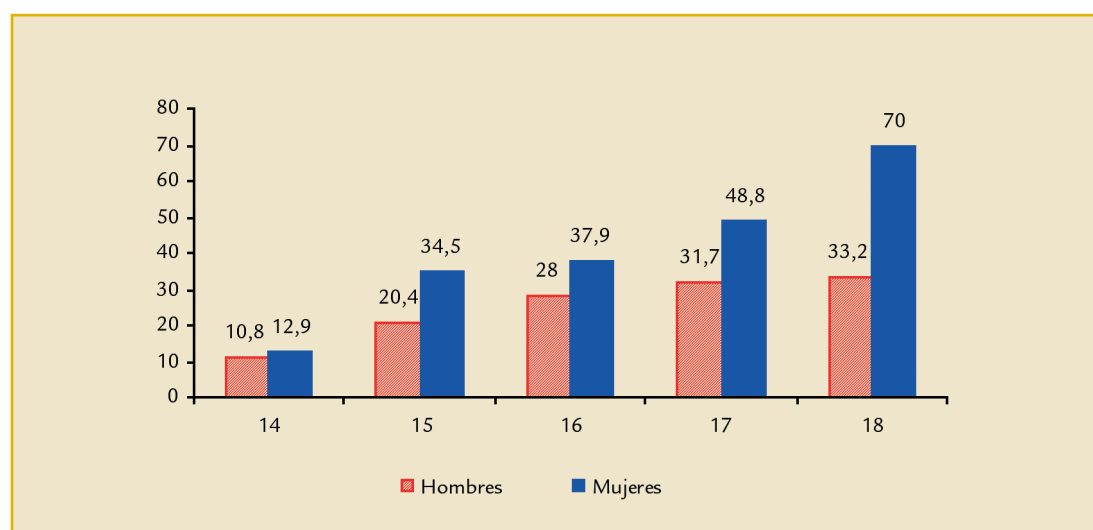
La edad de comienzo de consumo de tabaco sigue siendo la más baja de todas las sustancias analizadas, 13 años para el consumo por primera vez y 14,4 años para el comienzo del consumo diario. Los chicos presentan una edad más temprana de inicio para el consumo por primera vez (12,7 años). Al analizar la evolución temporal se observa que con respecto al año 1998, la edad de inicio de consumo se ha adelantado ligeramente.

La edad y el sexo establecen diferencias claras en el consumo (gráfico 7). El consumo de tabaco es significativamente más frecuente entre las chicas, manteniéndose una diferencia superior a los 10 puntos porcentuales en el consumo alguna vez y en el consumo en los últimos 30 días, no obstante en el consumo diario esta diferencia respecto al sexo se reduce, adoptando incluso valores superiores para los chicos, el 72,9% de los chicos que han fumado en el último mes fuma diariamente, frente a un 66,5% de las chicas. La edad, está también claramente asociada al consumo de tabaco, la prevalencia de consumo alguna vez es significativamente creciente con la edad desde un 15% a los 14 años hasta un 49,9% a los 18 años.

**Gráfico 7.** Evolución del consumo de tabaco según sexo y edad. Cantabria 2000-2004

	Alguna vez				Últimos 30 días			
	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004
<b>Sexo</b>								
<b>Hombres</b>	27,6	28	29		22,3	26,1	25,5	
<b>Mujeres</b>	44	38,2	40,3		40	34,5	36,1	
<b>Edad</b>								
<b>14 años</b>	19,7	17	12,6	15	13,4	10,9	12	
<b>15 años</b>	24,9	30,2	31,3	32,2	25,5	29,9	28,9	
<b>16 años</b>	24,8	40,8	34	37,5	32,6	32,1	33	
<b>17 años</b>	21,2	46,6	38,7	43,9	44,4	34	39,2	
<b>18 años</b>	17,5	56,5	49,2	49,8	52,4	45,9	47,7	

Al observar las prevalencias de consumo de tabaco para cada grupo de edad y sexo, simultáneamente, se puede constatar, no sólo que el consumo de tabaco es superior entre las chicas para todos los grupos de edad y su progresivo incremento a medida que aumenta la edad de los escolares, sino que a medida que aumenta la edad se acentúan las diferencias en las prevalencias de uso de tabaco a favor de las chicas. Entre los que han fumado en los últimos 30 días en el grupo de 14 años hay 2,1 puntos porcentuales de diferencia a favor de las chicas, mientras que a los 18 años es de 36,8 puntos (gráfico 8).

**Gráfico 8.** Consumo de tabaco en los últimos 30 días según sexo y edad. Cantabria 2004

La continuidad en el consumo de tabaco se muestra como la más elevada, el porcentaje de estudiantes que habiendo fumado alguna vez sigue haciéndolo en los últimos 30 días es del 89,1%.

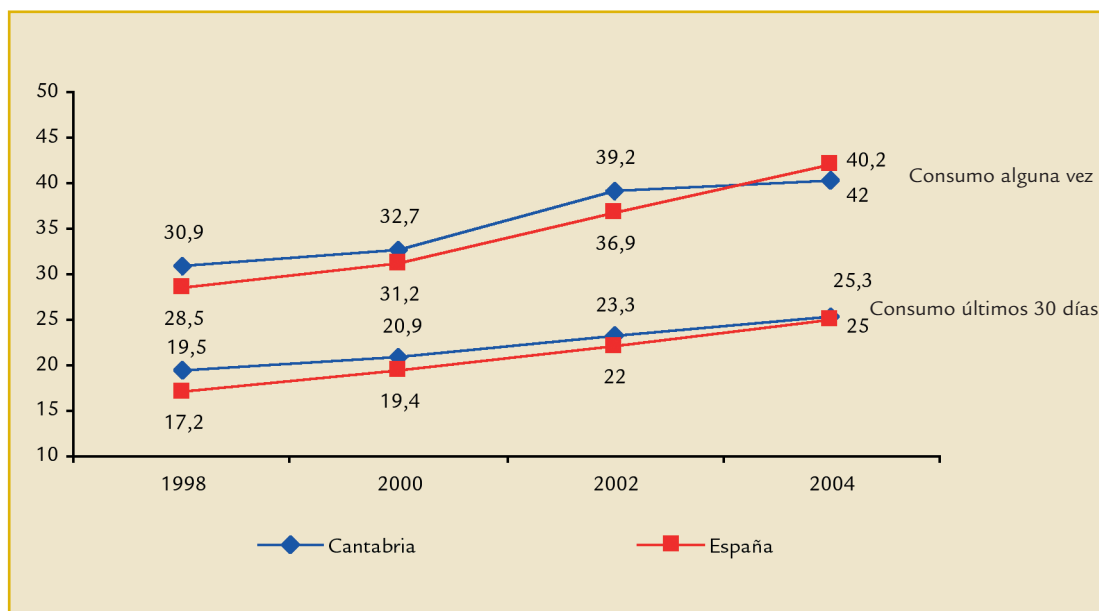
La mayoría de escolares que fuman en la actualidad se han planteado dejar de fumar en alguna ocasión 79,4%, aunque lo han intentado sólo un 39,4%.

Los motivos para fumar son principalmente, porque les gusta y porque les relaja. El 25,2% no sabe precisar el motivo por el que fuma. Entre las razones para el no consumo, destacan los efectos negativos para la salud (54,4%).

## CONSUMO DE CÁNNABIS

El cánnabis es la droga ilegal más consumida entre estudiantes: un 40,2% la han probado y un 25,3% la consumen habitualmente (gráfico 9). Por primera vez la prevalencia del consumo habitual del cánnabis es prácticamente la misma que a nivel nacional y la prevalencia del consumo experimental se sitúa por debajo de la nacional. Pese a estos datos en el período 2002-2004 en Cantabria se ha producido un aumento en el consumo de cánnabis, que se ha dado especialmente en las edades más tempranas (14 años) tanto en el consumo experimental como en el habitual.

Gráfico 9. Comparación de la evolución del consumo de cánnabis. Cantabria - España 1988-2004.



La edad media de inicio al consumo de cánnabis se sitúa en los 14,8 años, no existiendo diferencias significativas respecto a años anteriores, ni en cuanto al sexo.

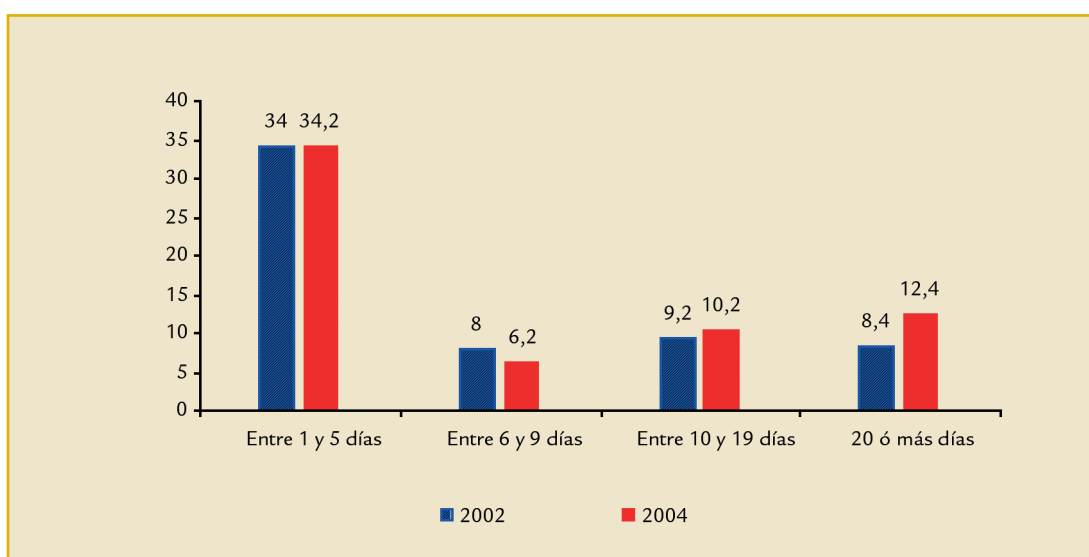
La edad y el sexo establecen diferencias claras en el consumo (gráfico 10). Los hombres presentan para todos los indicadores de consumo unos porcentajes superiores a las mujeres. La edad también se muestra claramente relacionada con el consumo de cánnabis, cada grupo de edad presenta una prevalencia superior a la del grupo inmediatamente inferior en los tres indicadores de consumo.

**Gráfico 10.** Evolución del consumo de cánnabis según sexo y edad. Cantabria 1998-2004

	Alguna vez				Últimos 12 meses				Últimos 30 días			
	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004
<b>Sexo</b>												
<b>Hombres</b>	31,9	33,3	44,2	43,8	28,2	30,4	39,1	38,3	20,8	24,9	27,2	29
<b>Mujeres</b>	29,8	32,1	34,8	36,8	26,3	27,5	30,1	31,1	17,9	17,5	19,8	21,7
<b>Edad</b>												
<b>14 años</b>	8,5	10,5	7,8	20,5	7,8	9,7	6,6	19,1	6	8,1	5,2	14,8
<b>15 años</b>	26	24,2	30,7	31,7	24,4	21,3	27,2	27	19,1	17,2	17,4	16,3
<b>16 años</b>	36	35,5	34,8	42,9	30,4	32,9	29,2	38,8	23,3	23,4	19,7	29,2
<b>17 años</b>	44,2	45,8	55,6	51,4	39,4	38,8	49,9	43,8	25,7	27,1	32,6	32,1
<b>18 años</b>	55,8	59,3	62,2	63,6	48,7	51,3	53,2	46,8	21,9	35,1	39,6	36,7

En referencia a la frecuencia de consumo de cánnabis entre estudiantes que afirman haberlo consumido en los últimos 30 días, el 12,4% declara una frecuencia de consumo de 20 ó más días frente a un 8,4 en el 2002 (gráfico 11).

**Gráfico 11.** Evolución de la frecuencia de consumo de cánnabis. Cantabria 2002-2004





La continuidad en el consumo se muestra como la más elevada de las drogas ilegales, el 63% de estudiantes que han consumido alguna vez, declara haberlo consumido en los últimos 30 días. Para esta sustancia también se observa un aumento de la continuidad en el consumo con respecto a años anteriores.

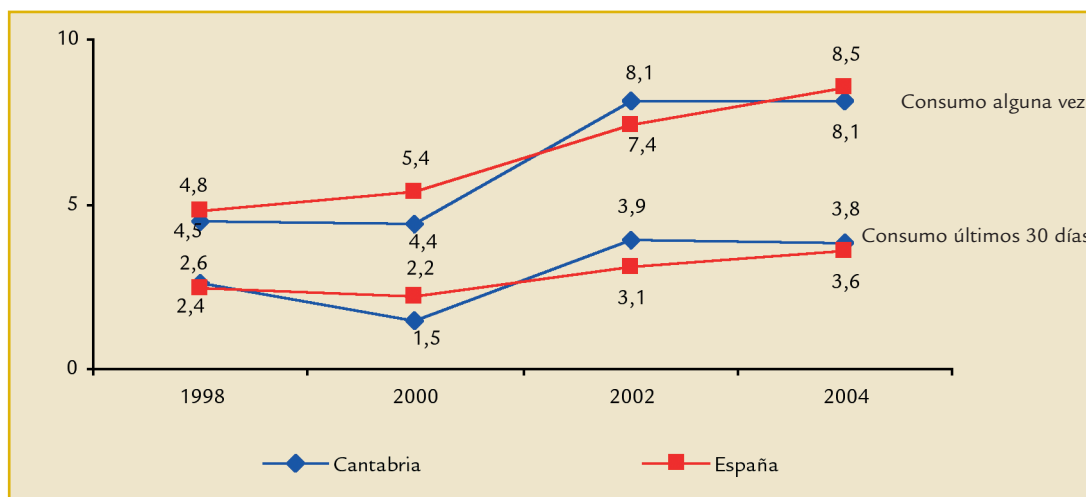
Analizando las razones declaradas por las que probaron el cánnabis, destaca que un 85,8% de estudiantes lo probaron por curiosidad, seguido de un 34,1% para sentir nuevas sensaciones y otro 34,1% por diversión.

## CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES

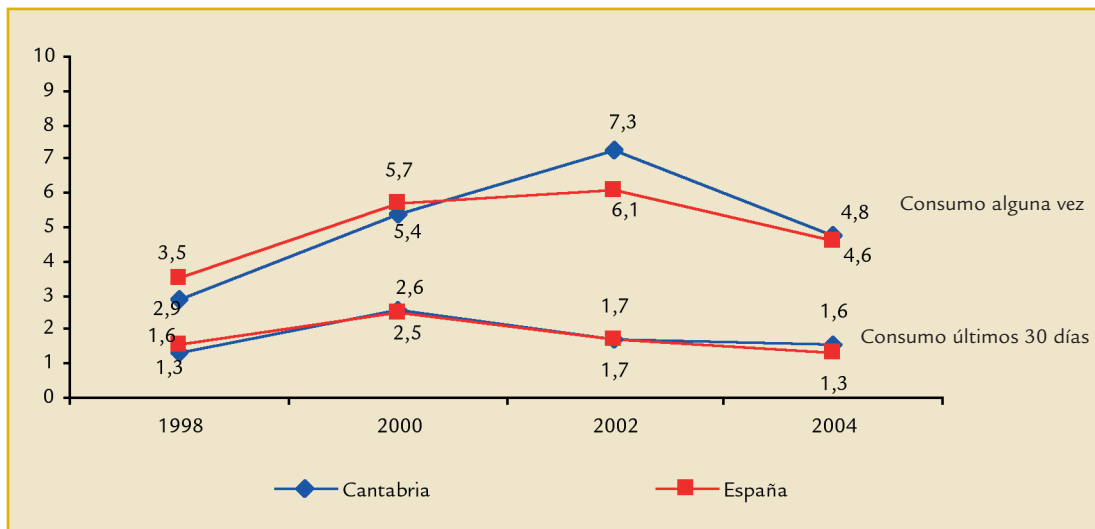
Dentro del grupo de los psicoestimulantes la cocaína es la sustancia con una mayor proporción de consumidores, seguida de las anfetaminas, el éxtasis y los alucinógenos.

El consumo experimental de cocaína en Cantabria es ligeramente inferior al obtenido a nivel nacional y se aprecia una estabilización de los consumos, tanto en el experimental como en el habitual, en este último periodo 2002-2004 (gráfico 12).

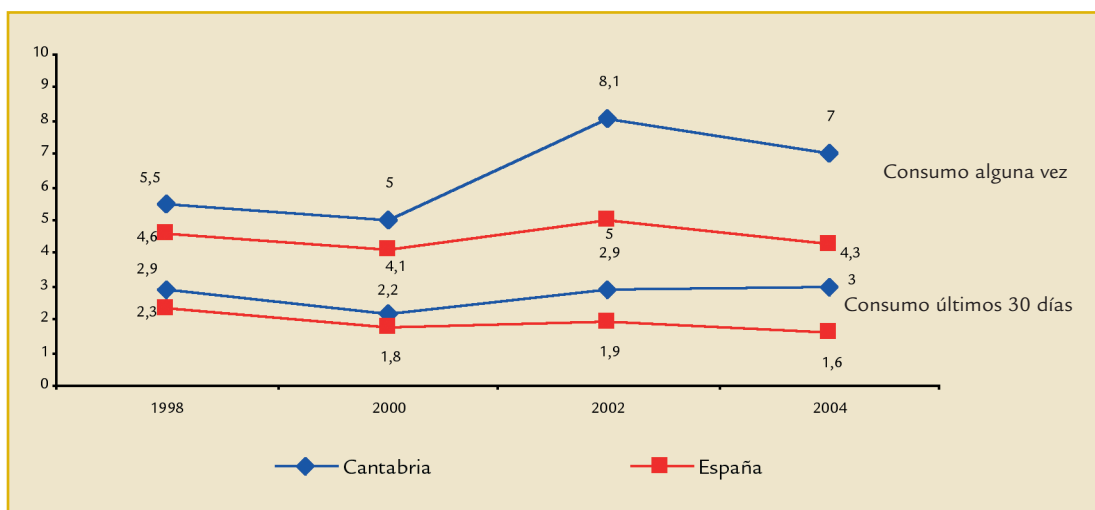
Gráfico 12. Comparación de la evolución del consumo de cocaína. Cantabria - España 1998-2004



El consumo de éxtasis en Cantabria, tanto el experimental como el habitual, es prácticamente el mismo que a nivel nacional, por otra parte en este último periodo se ha producido un descenso importante en el consumo experimental de éxtasis, mientras que el consumo habitual no presenta variaciones (gráfico 13).

**Gráfico 13.** Comparación de la evolución del consumo de éxtasis. Cantabria - España 1998-2004

Los consumos de speed/anfetaminas, presenta cifras significativamente superiores a las obtenidas a nivel nacional aunque se observa que en relación a la encuesta escolar del 2002 el consumo experimental de anfetaminas ha descendido notablemente, aunque el habitual no presenta variaciones (gráfico 14).

**Gráfico 14.** Comparación de la evolución del consumo de speed/anfetaminas. Cantabria - España 1998-2004

Las prevalencias de consumo son claramente superiores entre los chicos que entre las chicas para los psicoestimulantes estudiados (gráfico 15).

**Gráfico 15.** Evolución del consumo de psicoestimulantes según sexo y edad. Cantabria 1998-2004

	Alguna vez				Últimos 12 meses				Últimos 30 días			
	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004
<b>COCAINA</b>												
Hombres	5,3	5,9	11,5	10,4	4,8	4,7	8,9	9,4	3,4	2,9	5,4	5,7
Mujeres	3,4	3,2	5	5,9	3,1	2,8	4,5	4,9	1,6	4	2,6	1,9
<b>ÉXTASIS</b>												
Hombres	4,1	6,8	11,1	5,8	3,1	4,9	6,1	3,9	1,9	3,1	2,5	2,5
Mujeres	1,6	4	4	3,9	1,5	3,2	2,7	1,6	0,7	2	0,9	0,7
<b>SPEED/ANFETAMINAS</b>												
Hombres	6,9	5,7	10,9	9,2	5,8	4,5	8	7,5	3,9	3,1	2,7	5,2
Mujeres	3,9	4,3	5,5	4,9	3,1	2,9	5	3,5	1,6	1,3	3,2	0,9

## INFORMACIÓN SOBRE LAS DROGAS

Una amplia mayoría de estudiantes (89,3%) se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados, suponiendo esta cifra un aumento respecto a años anteriores (75,7% en el año 1998).

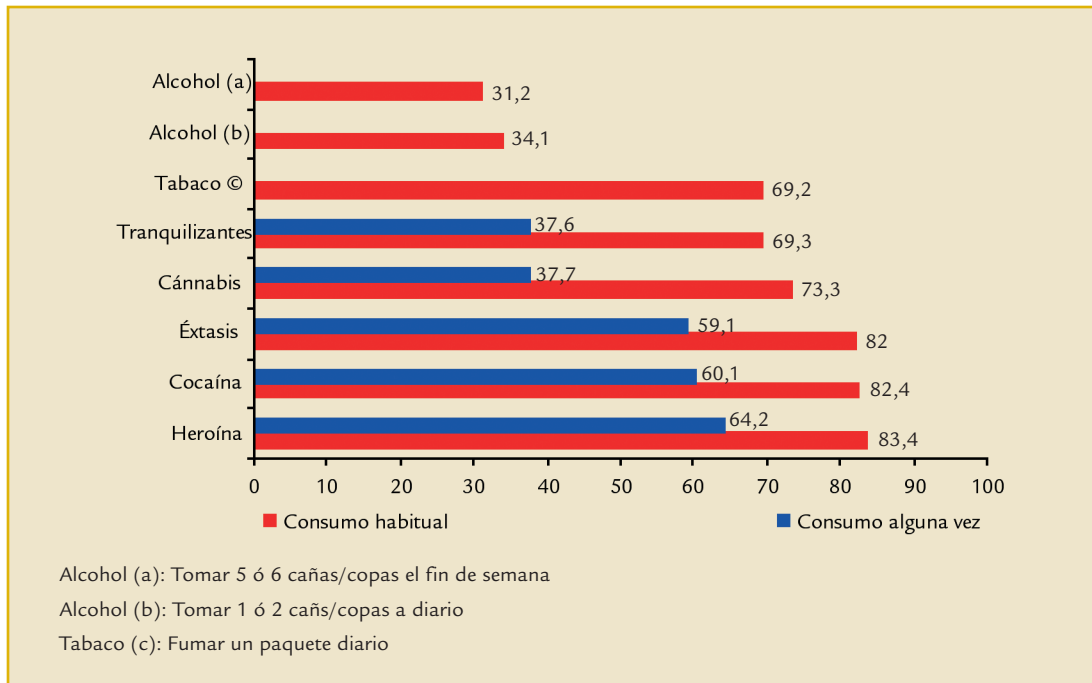
Las principales vías por las que los/las estudiantes reciben información son: padres y madres y hermanos/as (59,7%), los medios de comunicación (58,5%), el profesorado (50,5%) y las amistades (41,1%). La información recibida por estas vías es valorada positivamente por el 86,3% de estudiantes.

## RIESGO PERCIBIDO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS

La percepción del riesgo está vinculada al grado de consumo de las sustancias: cuanto mayor es el riesgo atribuido a una sustancia menor es el porcentaje de quienes consumen. Los/las estudiantes asocian el riesgo a la frecuencia de consumo de una droga más que a la sustancia en sí, el riesgo asociado al consumo habitual de cualquier droga es superior al del consumo ocasional.

El alcohol es la sustancia cuyo consumo habitual es percibido como menos peligroso. El consumo habitual de heroína, cocaína o éxtasis son las conductas a las que los/las estudiantes atribuyen un mayor riesgo (gráfico 16).

**Gráfico 16.** Riesgo percibido asociado al consumo de distintas drogas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). Cantabria 2004



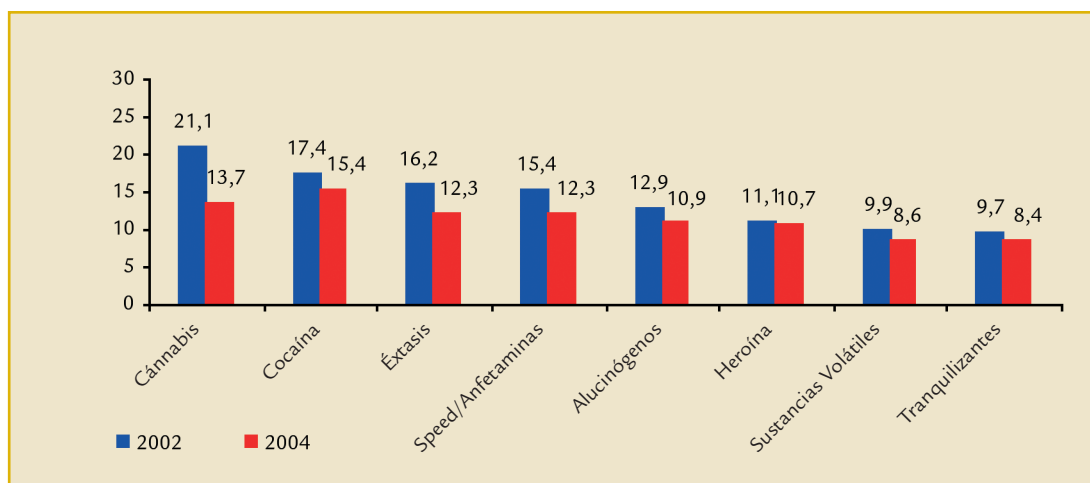
En general respecto al año 2002 disminuye la percepción del riesgo de todas las drogas, excepto la del consumo de alcohol diario, que ha aumentado casi 2 puntos porcentuales. Destaca la disminución de la percepción del riesgo de la cocaína en 6 puntos, la del consumo de alcohol en fin de semana en 5,8% y la del éxtasis en 4,2%.

## DISPONIBILIDAD Y OFERTA DE DROGAS

La accesibilidad a las diferentes drogas se muestra alta, especialmente la del cánnabis y los tranquilizantes, un 61,6% y un 54,9% de estudiantes afirma que les resultaría muy fácil o relativamente fácil acceder a ellas.

El 13,7% de estudiantes ha recibido una oferta para consumir cánnabis y el 15,4% para consumir cocaína, cifras inferiores a las obtenidas en el año 2002 (gráfico 17).

Gráfico 17. Evolución de la proporción de estudiantes que han recibido ofertas para consumir drogas. Cantabria 2002-2004



## OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

La gran mayoría de estudiantes (92,5%) declaran estar satisfechos con la forma de ocupación del tiempo libre.

El 35,8% de estudiantes declara salir por las noches todos los fines de semana en el último año. Este porcentaje ha aumentado respecto al año 2002 (33%). El regreso a casa en la última salida nocturna se produjo a horas avanzadas: el 76,6% regresó después de las 12 de la noche, porcentaje inferior al obtenido en el 2002 (79,3%).

La frecuencia de salidas nocturnas aumenta con la edad, desde el 6,2% de quienes tienen 14 años que salen por las noches todos los fines de semana al 66,4% de quienes tienen 18 años. La variable edad también establece diferencias en la hora de regreso a casa. Es importante destacar que un 20,2% de estudiantes de 14 años, vuelve a casa después de las 2 de la mañana.

Los lugares donde suelen ir los/las estudiantes en sus salidas nocturnas son: bares o pubs (74,8%), discotecas (39,4%), a casa de amigos/as (14,4%), al cine o al teatro (13,4%), a pasear por la calle (11,8%).

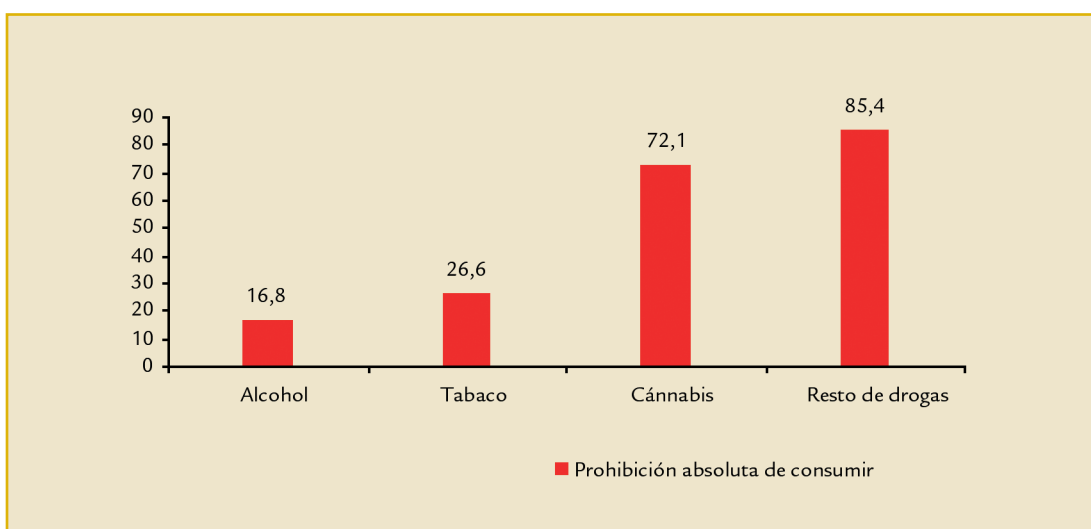
## CONSUMO Y ACTITUDES DE LOS PADRES Y MADRES

El consumo de alcohol en la familia se muestra considerablemente más extendido entre los padres que entre las madres.

En cuanto al consumo de tabaco en la familia, el 68,8% de los estudiantes fumadores actuales convive en su casa con alguna persona fumadora.

La actitud de los padres y madres respecto al consumo de drogas por parte de sus hijos/as es relativamente permisiva en relación con el alcohol y el tabaco. Esta actitud se torna más prohibitiva al referirse al consumo de cánnabis y, especialmente, al resto de las sustancias ilegales (gráfico 18).

**Gráfico 18.** Actitud de los padres y madres respecto al consumo de los hijos/as. Cantabria 2004





## **3.2. Prevalencias y patrones de consumo de la población de 15 a 64 años de Cantabria 1997-2003**

Las Encuestas Domiciliarias sobre Drogas son una serie de estudios realizados cada dos años en Cantabria, con el fin de conocer aspectos relacionados con el consumo de drogas entre la población de 15 a 64 años en nuestra Comunidad Autónoma.

Se dispone así de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de las prevalencias de las distintas drogas, conocer los perfiles de consumo y las características sociodemográficas más importantes de quines consumen, estimar los conocimientos y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el consumo de drogas, disponibilidad percibida de las sustancias, riesgos percibido ante diversas conductas de consumo, problemas relacionados con el consumo, las percepciones sociales ante el problema, y las medidas que en Cantabria consideran más efectivas para resolverlo.

### **PRINCIPALES RESULTADOS**

El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas (un 61,6% consume habitualmente bebidas alcohólicas y un 40,6% tabaco), seguidas del cánnabis (un 19,8% la ha consumido alguna vez y un 2,8% en el último mes). El consumo del resto de las sustancias es mucho más minoritario, situándose por debajo del 1% el consumo más habitual.

Los resultados obtenidos en Cantabria en cuanto a los consumos en el último mes de las distintas sustancias, presentan valores ligeramente inferiores a los obtenidos a nivel nacional.

En este último período 2001-2003 ha disminuido el consumo de alcohol entre la población de 15 a 64 años, esta disminución se ha producido especialmente en el consumo experimental y en el consumo en el último mes, aunque también se puede apreciar este descenso en el consumo diario.

Han aumentado ligeramente los consumos de tabaco más habituales (último mes y diario), sin embargo ha descendido el consumo experimental.

Prosiguiendo la tendencia observada en los últimos años vuelve a disminuir el consumo en el último mes de cánnabis. El porcentaje de población que ha consumido en los últimos 30 días ha pasado de 3,9% a 2,8%.



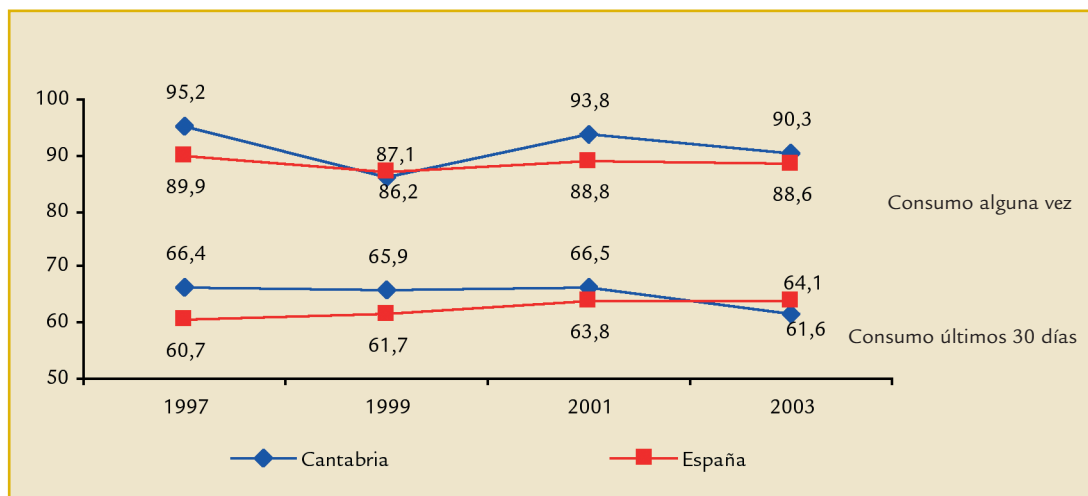
El consumo de cocaína, también ha disminuido en este último período 2001-2003 para todos los indicadores de consumo estudiados, esta disminución se ha producido especialmente en el consumo experimental, que ha pasado del 3,3% al 1,8%.

Los consumos de éxtasis y de speed/anfetaminas en general no presentan grandes variaciones respecto al año 2001, situándose en un 0,2% el consumo más habitual.

## CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de bebidas alcohólicas es algo habitual entre la población de 15 a 64 años, el 90,3% las ha tomado alguna vez, el 76% lo ha hecho en el último año, el 61,6% en el último mes y un 17,1% a diario durante el último año. Por primera vez la prevalencia de consumo de alcohol, en el último mes, en Cantabria se sitúa por debajo de la prevalencia nacional (gráfico 19).

Gráfico 19. Comparación de la evolución del consumo de alcohol. España-Cantabria 1997-2003



En este último periodo 2001-2003 ha descendido el consumo de alcohol, el mayor descenso se ha producido en el consumo en el último mes (4,9 puntos porcentuales), aunque se puede observar también en el consumo experimental y en el diario.

Las prevalencias de consumo de alcohol son más altas entre los hombres que entre las mujeres, el 94,6% de ellos han consumido alguna vez bebidas alcohólicas frente al 85,9% de ellas, pero prácticamente estas diferencias desaparecen para el consumo diario, donde los porcentajes se diferencian sólo en 0,6 puntos porcentuales (gráfico 20). En este último periodo 2001-2003 han disminuido las prevalencias de

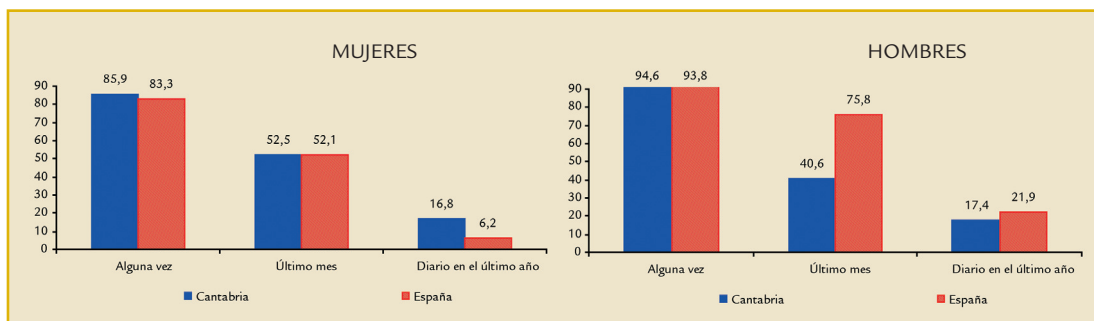
consumo de los hombres en todos los tipos de consumo analizados (alguna vez, último mes y diario en el último año) especialmente en el consumo diario, 5,7 puntos porcentuales con respecto al año 2001. Por otra parte, aunque en las mujeres también han disminuido las prevalencias de consumo alguna vez y en el último mes, ha aumentado el consumo diario.

**Gráfico 20.** Evolución del consumo de alcohol según sexo. Cantabria 2001-2003

	Alguna vez		Último mes		Diario en el último año	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
<b>Total</b>	93,8	90,3	66,5	61,6	17,9	17,1
<b>Sexo</b>						
<b>Hombres</b>	96,9	94,6	76,3	70,6	23,1	17,4
<b>Mujeres</b>	90,6	85,9	56,7	52,5	12,6	16,8

Las mujeres en Cantabria presentan unas prevalencias de consumo más altas que las obtenidas a nivel nacional, especialmente en el consumo diario. Los hombres, sin embargo, presentan unas prevalencias de consumo inferiores a las nacionales, excepto para el consumo experimental (gráfico 21).

**Gráfico 21.** Comparación del consumo de alcohol según sexo. Cantabria - España 2003



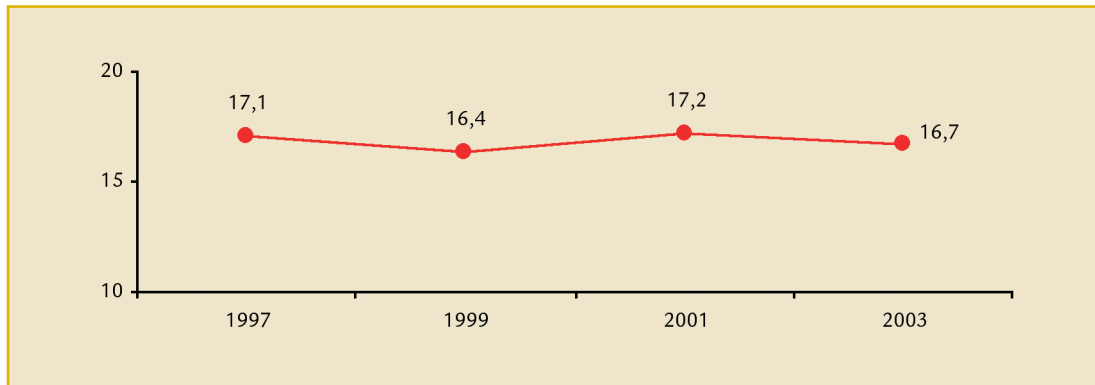
La edad también establece diferencias de consumo, la población joven de entre 20 y 24 años es la que registra un porcentaje mayor de consumidores de bebidas alcohólicas, tanto para el consumo alguna vez como para el consumo durante el último mes.

La mayor disminución en el consumo de alcohol se ha producido entre la población más joven en el consumo experimental (15-19 años), 9,7 puntos porcentuales con respecto al año 2001, y entre quienes tienen de 35 a 39 años en el consumo en el último mes (gráfico 22).

**Gráfico 22.** Evolución del consumo de alcohol según edad. Cantabria 2001-2003

Edad	Alguna vez		Último mes	
	2001	2003	2001	2003
<b>15-19</b>	86,1	76,4	70	52,3
<b>20-24</b>	97,8	96,5	60,9	72
<b>25-29</b>	94,6	95,3	69,6	60,9
<b>30-34</b>	93,6	92,8	63,9	61,2
<b>35-39</b>	98,1	91,9	79,8	57
<b>40-64</b>	93,1	89	63,7	62,1

La edad media de inicio al consumo de bebidas alcohólicas es de 16,7 años, ligeramente inferior a la registrada en 2001, pero idéntica a la obtenida a nivel nacional (gráfico 23). Los hombres se inician en el consumo antes que las mujeres, situándose la edad de inicio para ellos en los 15,9 años y en los 17,6 años para ellas.

**Gráfico 23.** Evolución de la edad de inicio al consumo de alcohol. Cantabria 1997-2003

En el año 2003 durante los días laborables la bebida alcohólica más consumida por la población de Cantabria fue el vino, un 15,6% lo habían tomado todos los días laborables durante el último mes. La segunda bebida con mayor número de quienes consumen en días laborables fue la cerveza, con un 3,5% de quienes consumen diariamente en el último mes.

El consumo de vino se concentra claramente entre la población de mayor edad, el 28,9% de los que tienen de 40 a 64 años, disminuyendo progresivamente cuanto menor es la edad de la población.

En cuanto al fin de semana, los hábitos y volúmenes de consumo varían, incrementándose el consumo de todas las bebidas y la que lo hace en mayor medida son los combinados/cubatas, que pasan de no ser consumidos en días laborables, al 9,4% durante el fin de semana. No obstante el vino continúa siendo la bebida consumida por más personas (20,9%), seguida de la cerveza (12,1%) (gráfico 24).

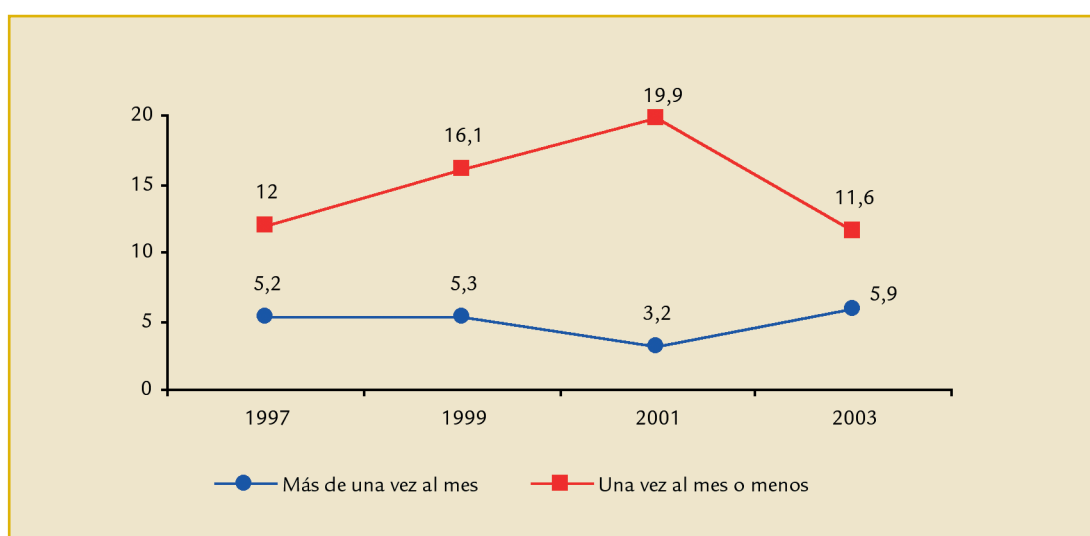
Se observan también diferencias por edad en cuanto al tipo de bebida consumida en fin de semana. Así el grupo de 15 a 24 años consume combinados/cubatas un 44,2%, frente al 9,4% de la población de 15 a 64 años, mientras que el vino en el grupo de edad de la población más joven (15 a 19 años) solo lo consume un 1,1%, pasando a ser consumido por el 33,5% entre la población mayor de 40 años.

**Gráfico 24.** Bebidas alcohólicas más consumidas en los últimos 30 días. Cantabria 2003

	DÍAS LABORABLES	FIN DE SEMANA
Vino/champán	15,6	20,9
Cerveza/sidra	3,5	12,1
Combinados/cubatas	0,5	9,4
Licores fuertes	0	3,7
Aperitivos/vermut	0	1,8
Licores de frutas	0,4	0,3

Un 5,9% de la población de Cantabria de entre 15 y 64 años se ha emborrachado más de una vez al mes, porcentaje superior al del año 2001 (3,2%), si bien el porcentaje de los que se han emborrachado con menor frecuencia, solo una vez al mes o menos, en el último año (11,6%), es de 8 punto porcentuales menor que el registrado en el 2001 (gráfico 25).

**Gráfico 25.** Evolución de las intoxicaciones etílicas en el último año. Cantabria 1997-2003

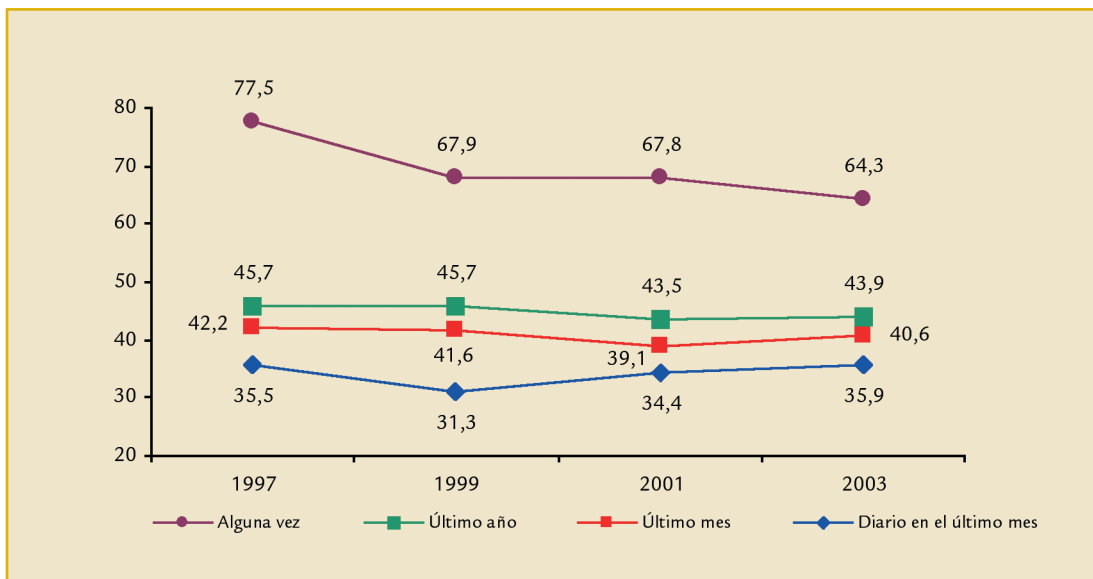


## CONSUMO DE TABACO

En el año 2003, un 64,3% de la población de 15 a 64 años de Cantabria ha probado en alguna ocasión el tabaco, un 43,9% lo ha consumido en el último año, un 40,6% en los últimos 30 días y un 35,7% ha fumado diariamente en este último periodo (gráfico 26).

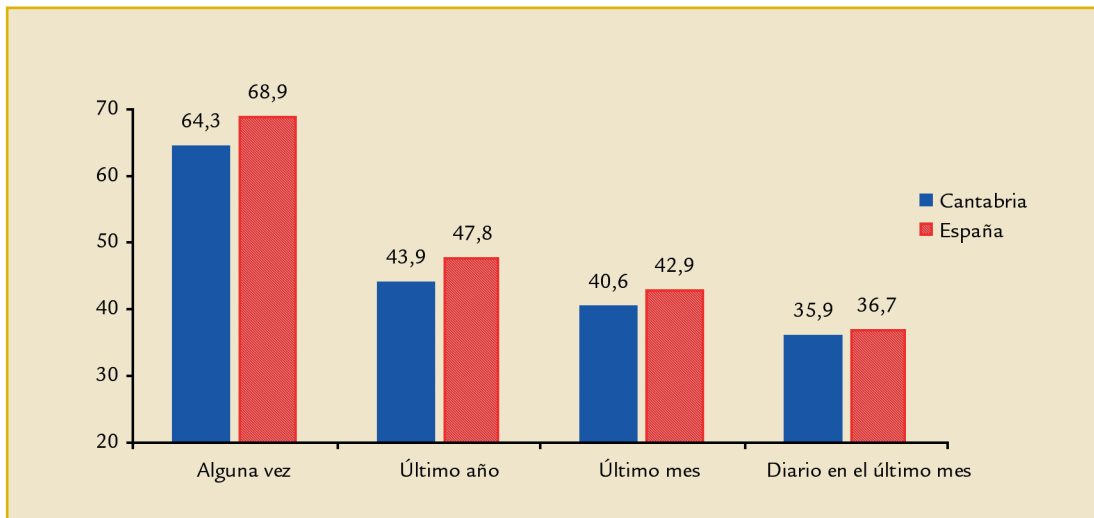
Se aprecia claramente la tendencia al descenso en el consumo experimental 13,2 puntos porcentuales con respecto al año 1977. Sin embargo la prevalencia de consumo diario en el último mes ha aumentado 1,5 puntos porcentuales con respecto al año 2001 y 0,4 puntos con respecto a 1997.

**Gráfico 26.** Evolución de las prevalencias de consumo de tabaco. Cantabria 1997-2003



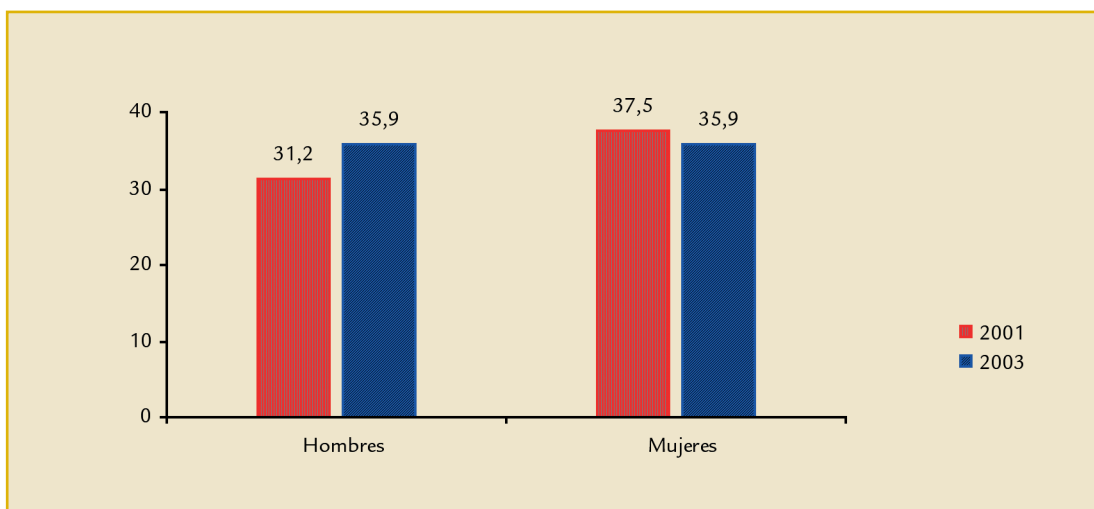
Las prevalencias de consumo de tabaco en Cantabria se sitúan por debajo de la media nacional para todos los tipos de consumo, la mayor diferencia se produce en el consumo alguna vez, donde Cantabria se sitúa 4,4 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia nacional, esta diferencia disminuye hasta 0,8 puntos para el consumo diario en el último mes (gráfico 27).

**Gráfico 27.** Comparación de las prevalencias de consumo. Cantabria - España 2003



En Cantabria no existen diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de consumo diario en el año 2003 (35,9%). Al analizar la evolución temporal se aprecia por una parte que la prevalencia de consumo diario en los hombres ha aumentado 4,7 puntos porcentuales respecto al año 2001, y por otra que esta prevalencia ha disminuido 1,6 puntos en las mujeres (gráfico 28).

**Gráfico 28.** Evolución de las prevalencias de consumo diario en el último mes según sexo. Cantabria 2001 - 2003

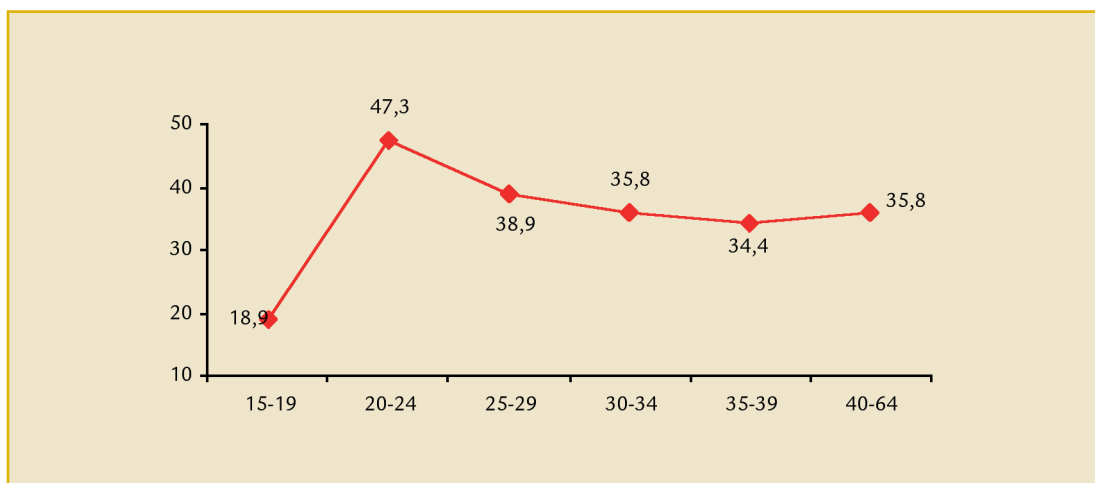


La proporción de quienes fuman diariamente en Cantabria es inferior a la nacional, la prevalencia de consumo diario de tabaco de los hombres en Cantabria se sitúa

6 puntos porcentuales por debajo de la obtenida a nivel nacional, mientras que en las mujeres la proporción de fumadoras en Cantabria es de 5,1 puntos porcentuales por encima de la obtenida a nivel nacional.

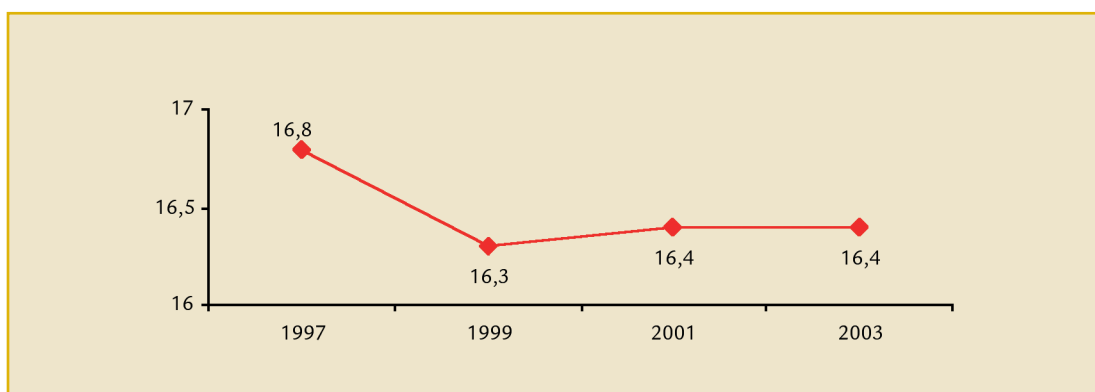
La edad también establece diferencias de consumo, la menor prevalencia de consumo diario se observan en el grupo de 15 a 19 años, mientras que la prevalencia más alta corresponde al grupo de 20 -24 años (gráfico 29).

**Gráfico 29.** Prevalencias de consumo diario según edad Cantabria 2003



La edad media de consumo del primer cigarrillo se sitúa en los 16,4 años, prácticamente la misma que a nivel nacional 16,6. Si observamos la evolución temporal de la edad media de inicio al consumo observamos que apenas existen variaciones respecto de años anteriores, aunque se ha adelantado casi medio año con respecto a 1997 (gráfico 30).

**Gráfico 30.** Evolución de la edad media de inicio al consumo del primer cigarrillo. Cantabria 1997 - 2003





Los hombres se inician en el consumo un año antes que las mujeres, la edad en que estos fumaron por primera vez se sitúa en 15,9 años, frente a los 16,9 en las mujeres.

Si no tenemos en cuenta la edad, observamos que la población más joven (el grupo de 15 a 19 años) son los que antes se inician en el consumo, se adelantan 2,8 años con respecto a la edad media de inicio, la población de 20 a 24 años comienza 2,2 años más tarde y casi cuatro (3,7 años) quienes tienen entre 25 y 29 años.

El consumo medio de cigarrillos en el último mes es de 15 cigarrillos/día. Entre el año 1999 y el año 2003 la intensidad de consumo prácticamente no ha sufrido variaciones, en 1999 se situaba en 15,2 cigarrillos/día. El consumo medio de cigarrillos en el último mes es prácticamente el mismo para Cantabria que a nivel nacional (15,4 cigarrillos/día).

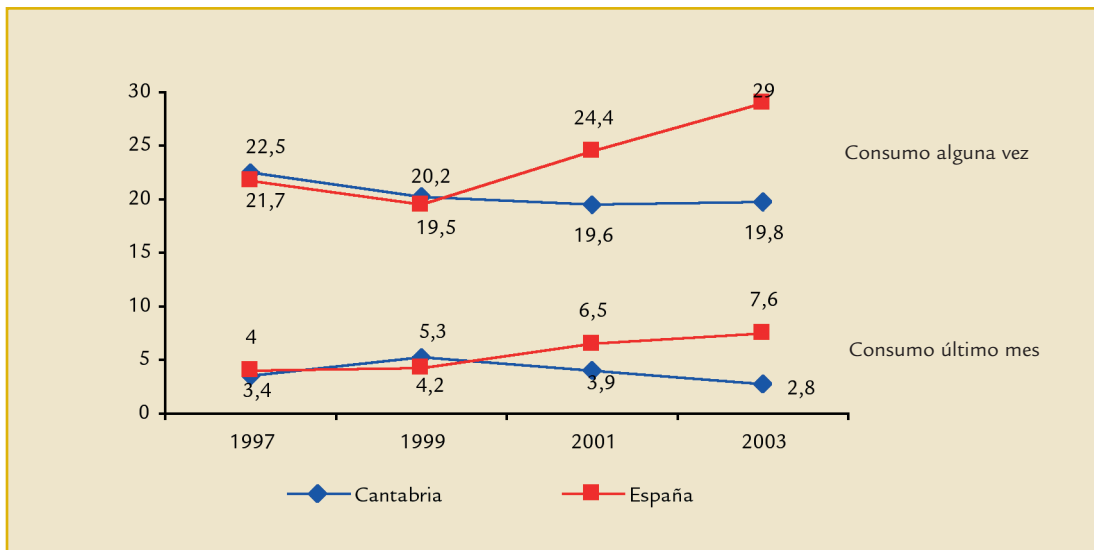
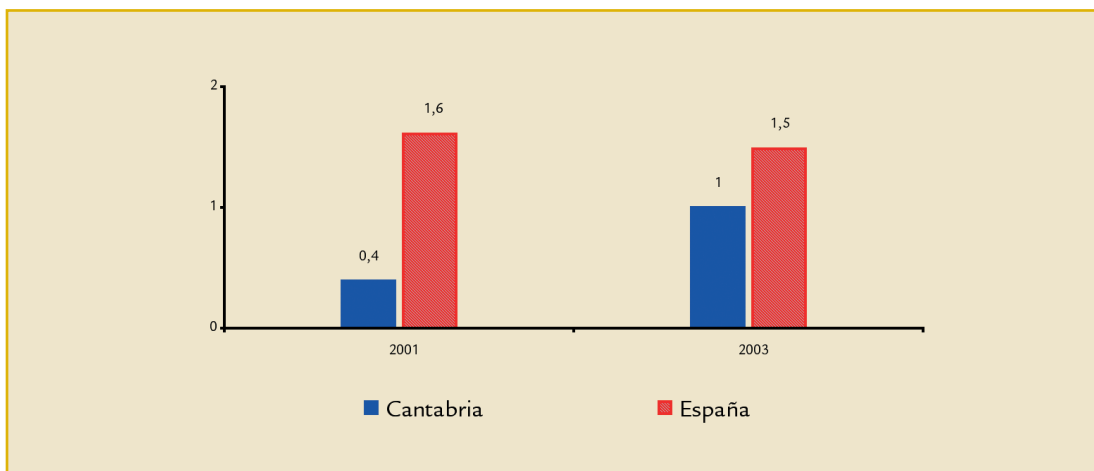
Aunque las mujeres fuman a diario en la misma proporción que los hombres (35,9%), la intensidad de consumo es inferior 14,2 cigarrillos día, frente a 15,8 en el caso de los hombres.

La mayor intensidad de consumo se da en la población que tiene entre 30 y 34 años (19 cigarrillos/día) y la menor entre la población más joven (15-19 años) y en la población de más edad (40-64 años), 15 cigarrillos/día y 16 cigarrillos/día respectivamente.

## **CONSUMO DE CÁNNABIS**

El cannabis es la droga ilegal más consumida en Cantabria, un 19,8% de la población de 15 a 64 años la ha consumido alguna vez y un 2,8% en el último mes. Porcentajes inferiores a los obtenidos a nivel nacional (gráfico 31).

Prosiguiendo la tendencia observada en los últimos años vuelve a disminuir el consumo en el último mes de cannabis, pasando del 3,9% al 2,8%, y ha aumentado ligeramente el consumo diario en el último mes (gráfico 32).

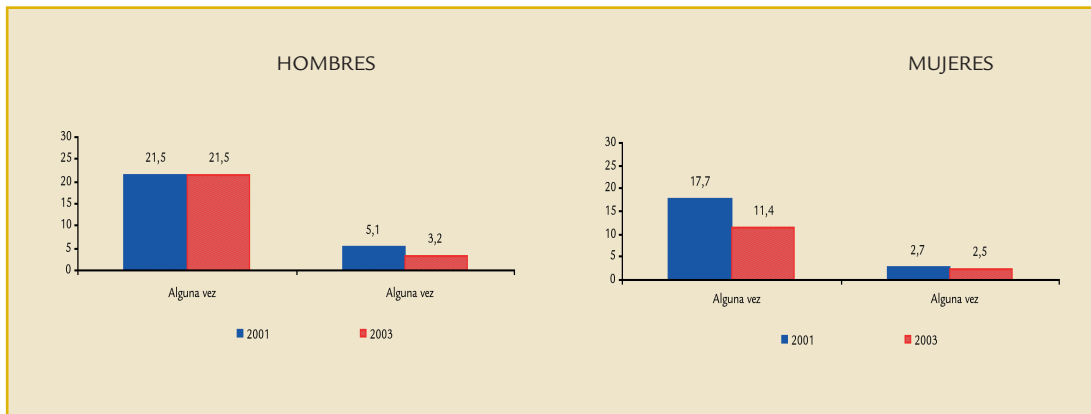
**Gráfico 31.** Comparación de la evolución del consumo de cánnabis. España- Cantabria 1997-2003.**Gráfico 32.** Comparación de la evolución del consumo diario de cánnabis. España-Cantabria 2001-2003

El consumo de cánnabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. La experimentación con los derivados del cánnabis (consumo alguna vez) es más frecuente entre ellos y el consumo en el último mes, es también mayor entre los hombres, aunque con diferencias mucho menores.

Al analizar la evolución temporal se aprecia por una parte que la prevalencia de consumo experimental en los hombres no ha variado respecto al año 2001, mientras que en las mujeres ha disminuido 6,3 puntos porcentuales y, por otra, que para el consumo en el último mes son las prevalencias de los hombres las que han disminuido en mayor medida (1,9 puntos porcentuales). Mientras que a nivel nacional

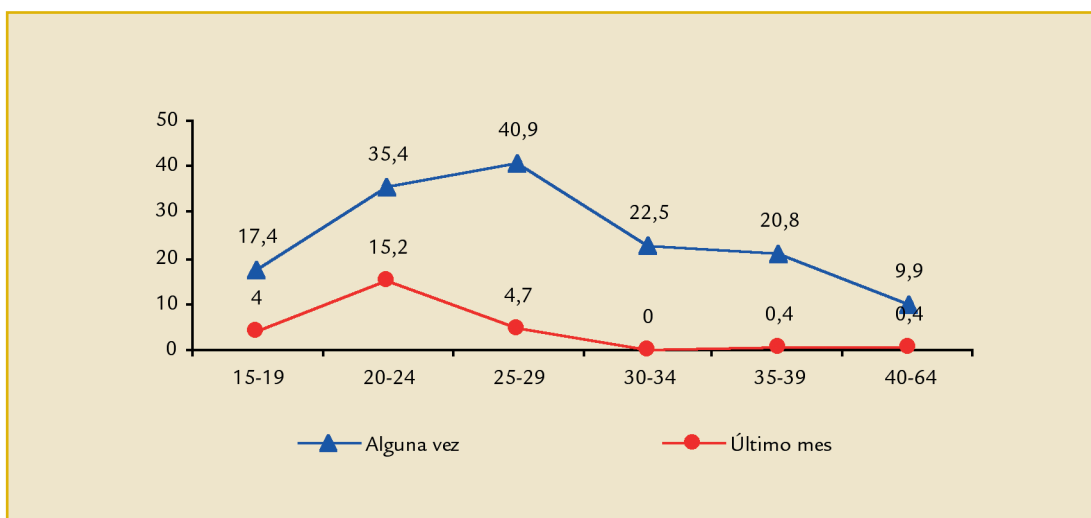
se observa un aumento de las prevalencias de consumo experimental y en el último mes tanto para las mujeres como para los hombres (gráfico 33).

**Gráfico 33.** Comparación de la evolución del consumo de cannabis según sexo. Cantabria 2001-2003.



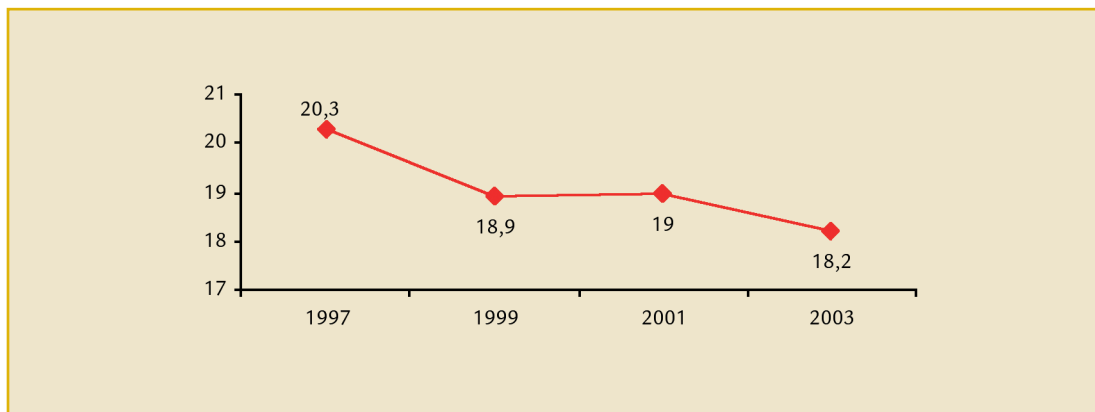
La edad también establece diferencias de consumo, se registran mayores prevalencias de consumo experimental entre la población de 25 a 29 años y de 20 a 24, siendo este grupo de edad el que presenta también un mayor consumo en el último mes (gráfico 34).

**Gráfico 34.** Consumo de cannabis según edad. Cantabria 2003.



La edad media de inicio en el consumo de cánnabis son los 18,2 años, edad inferior a la obtenida en el año 2001, pero prácticamente la misma a la obtenida a nivel nacional (18,5 años). Al analizar la evolución temporal de la edad de inicio en el consumo vemos que en Cantabria se ha ido produciendo un adelantamiento progresivo desde el año 1997 en que se situaba en 20,3 años (gráfico 35).

**Gráfico 35.** Evolución de la edad media de inicio al consumo de cánnabis. Cantabria 1997-2003.



## CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El resto de las sustancias presentan unas prevalencias de consumo muy bajas respecto del conjunto de la población de 15 a 64 años, por lo que la muestra obtenida incide muy significativamente en las variaciones de consumo registradas de un estudio a otro, la interpretación de los resultados, por este motivo, tiene que hacerse con precaución.

El éxtasis y el speed y anfetaminas seguidas de la cocaína son las sustancias con una mayor proporción de quienes consumen, aunque en ninguna de las sustancias estudiadas la proporción de quienes consumen llega al 1% en el consumo más habitual.

En Cantabria los consumos experimentales se sitúan ligeramente por debajo de los obtenidos a nivel nacional, pero presentan prácticamente los mismos valores en los consumos en el último mes para todas las sustancias.

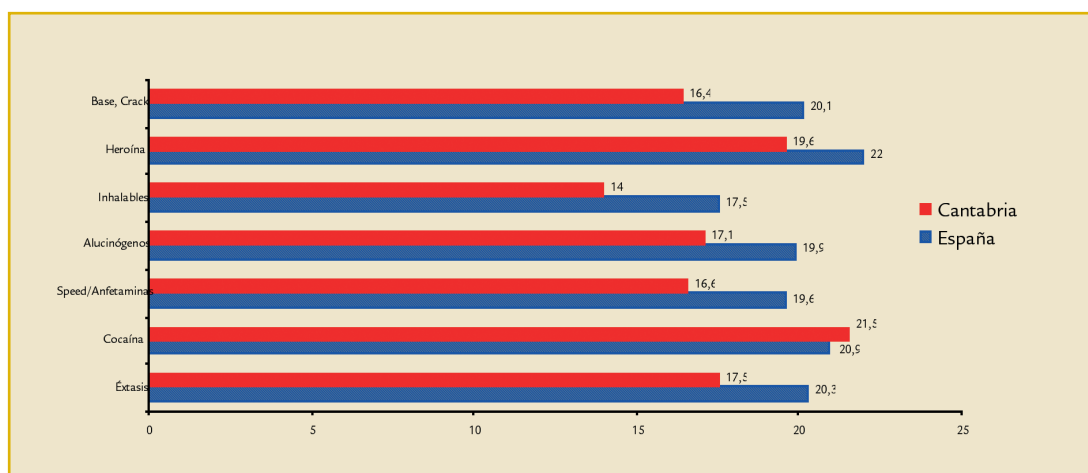
Al analizar la evolución de los consumos se puede observar que para la práctica totalidad de las sustancias las prevalencias de consumo han disminuido o se mantienen estables en Cantabria (gráfico 36).

**Gráfico 36.** Comparación de la evolución del consumo de drogas. Cantabria - España 1997-2003

		Consumo alguna vez				Consumo últimos 30 días			
		1997	1999	2001	2003	1997	1999	2001	2003
<b>ÉXTASIS</b>	<b>Cantabria</b>	0,9	4,9	1,6	1,8	0,2	1,9	0,2	0,2
	<b>España</b>	2,5	2,4	4,2	4,6	0,2	0,2	0,7	0,4
<b>COCAÍNA</b>	<b>Cantabria</b>	3,6	4,8	3,3	1,8	0,4	1,0	0,4	0,1
	<b>España</b>	3,2	3,1	4,9	5,9	0,5	0,6	1,4	1,1
<b>SPEED/ANFETAMINAS</b>	<b>Cantabria</b>	2,1	2,6	1,6	1,5	0,2	1,1	0,0	0,2
	<b>España</b>	2,5	2,2	3,0	3,2	0,3	0,2	0,6	0,2
<b>ALUCINOGENOS</b>	<b>Cantabria</b>	1,5	1,9	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2
	<b>España</b>	2,6	1,9	2,9	3,0	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>INHALABLES</b>	<b>Cantabria</b>	0,7	1,4	0,1	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0
	<b>España</b>	0,7	0,6	0,8	1,0	0,1	0,1	0,1	0,0
<b>HEROÍNA</b>	<b>Cantabria</b>	0,4	0,4	0,5	0,2	0,0	0,2	0,1	0,0
	<b>España</b>	0,5	0,4	0,6	0,9	0,2	0,1	0,0	0,0
<b>BASE, BASUCO, CRACK</b>	<b>Cantabria</b>	0,5	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	<b>España</b>	0,4	0,3	0,4	0,5	0,1	0,1	0,0	0,0

Las edades de inicio al consumo de drogas se muestran inferiores a las obtenidas a nivel nacional excepto para la cocaína (gráfico 37).

**Gráfico 37.** Comparación de las edades de inicio al consumo de drogas. España - Cantabria 2003.



## PERCEPCIÓN DE RIESGO ANTE EL CONSUMO DE DROGAS

El consumo habitual o intenso es percibido como mayor fuente de problemas que el consumo esporádico. De todas las sustancias estudiadas las consideradas como más peligrosas son el consumo habitual de heroína (97,1%) y de cocaína (96,8%), mientras que el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana solo el 31,8% de la población considera que puede provocar muchos problemas.

Se puede observar también que entre las drogas ilegales, la población establece importantes diferencias en cuanto a la percepción del riesgo entre el consumo de cánnabis y el consumo de otras sustancias. De hecho la proporción de personas que piensa que consumir habitualmente cánnabis puede producir muchos problemas no llega al 70%.

Se ha producido un incremento de la percepción del riesgo de la población ante las distintas conductas de consumo de drogas. El mayor aumento en la percepción de riesgo se ha producido con respecto a fumar un paquete de cigarrillos diarios (donde la proporción de personas que piensan que puede producir muchos problemas ha pasado de 50,8% en 2001 a 71,2% en 2003) y con respecto al consumo diario de bebidas alcohólicas (la proporción de personas que considera que tomar cinco-seis cañas o copas al día ha pasado de 54,5% a 73%) (gráfico 38).

**Gráfico 38.** Evolución de la proporción de población que piensa que esa conducta puede provocar muchos problemas. Cantabria 2001-2003.

	2001	2003
Fumar un paquete de cigarrillos/día	50,8	71,2
Tomar 5-6 cañas o copas/fin de semana	23,8	31,8
Tomar 5-6 cañas o copas/día	54,5	73
Consumir cánnabis esporádicamente	44,9	60,2
Consumir cánnabis habitualmente	57,3	69,3
Consumir tranquilizantes esporádicamente	57,6	81,4
Consumir tranquilizantes habitualmente	69,7	87,5
Consumir alucinógenos esporádicamente	81,6	94,1
Consumir alucinógenos habitualmente	89,6	94,4
Consumir éxtasis esporádicamente	79	92,1
Consumir éxtasis habitualmente	87,8	94,3
Consumir cocaína esporádicamente	77,9	93,1
Consumir cocaína habitualmente	89	96,8
Consumir heroína esporádicamente	83,9	96,5
Consumir heroína habitualmente	91,7	97,1

## PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD

Las drogas ilegales, percibidas por la población de 15 a 64 años como más accesibles, son el cánnabis y el éxtasis y la menos accesible la heroína. En este último periodo se observa que ha aumentado la accesibilidad a las drogas, la proporción de personas que consideran prácticamente imposible obtenerlas ha disminuido con respecto al año 2001 (gráfico 39).

Gráfico 39. Evolución de la percepción de la disponibilidad de las drogas. Cantabria 2001-2003.

	Prácticamente imposible		Difícil		Muy Fácil	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
<b>Hachís/marihuana</b>	42,7	39,4	16,2	18,6	38,9	36,2
<b>Éxtasis</b>	51,2	43,5	14,8	18,7	30,5	28,4
<b>Cocaína</b>	52,6	44,4	17,1	20,8	27,3	27,4
<b>Heroína</b>	54,7	44,6	18,7	22,2	23,5	25,8
<b>LSD</b>	55,3	45,7	17,6	19,6	23,8	25,6

## IMPORTANCIA ATRIBUIDA AL PROBLEMA DE LAS DROGAS ILEGALES

La intranquilidad derivada del consumo de drogas ilegales se ha reducido, así el porcentaje de aquellos que califican de “muy importante” el problema de las drogas ilegales en donde viven, desciende en 11,6 puntos porcentuales respecto al año 2001 y casi 17 puntos desde 1997 (gráfico 40).

La importancia atribuida a este problema es mayor entre las mujeres, el 17,9% lo considera “muy importante” frente al 12,8% de los hombres.

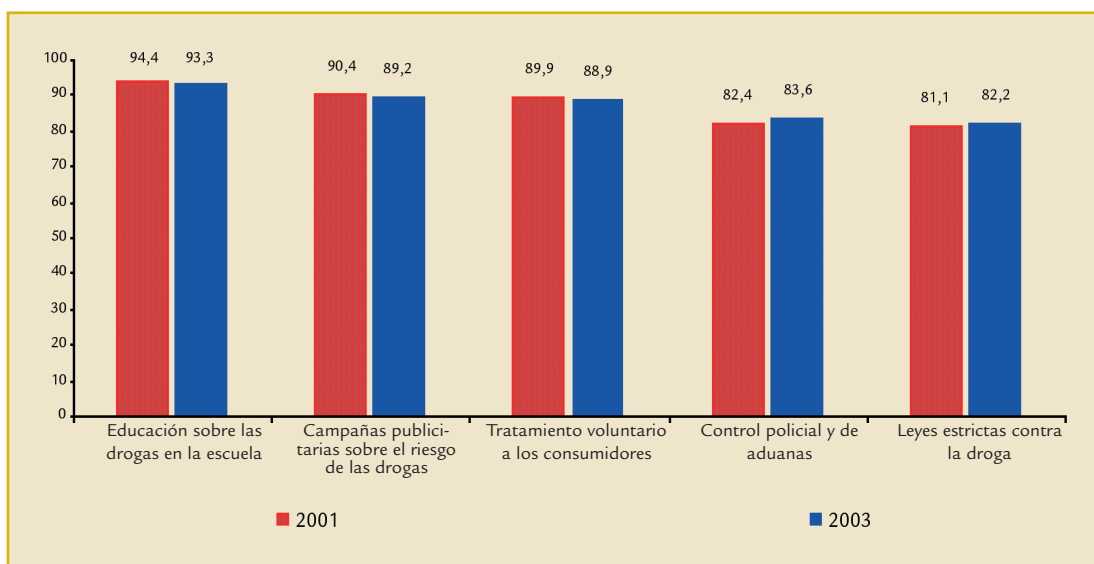
La población joven de 15 a 24 años es quien menor importancia conceden al problema, el 74,4% de quienes tienen entre 20 y 24 años lo considera “nada importante”, y el 72,6% de quienes cuentan entre 15 y 19 años.

**Gráfico 40.** Evolución de la importancia atribuida al problema de las drogas. Cantabria 1997-2003

	1997	1999	2001	2003
Nada importante	36	37	46,4	58,7
Algo importante	25,1	31,9	22,7	21,2
Muy importante	32,2	28,7	26,9	15,3

## VALORACIÓN DE LAS INTERVENCIONES A REALIZAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

De las acciones propuestas para resolver el problema de las drogas, la más importante, a juicio de la población de Cantabria de 15 a 64 años continúa siendo la educación sobre las drogas en la escuela, el 93,3% considera que es muy importante. Las cinco acciones consideradas como más importantes coinciden en orden con el año 2001 (gráfico 41).

**Gráfico 41.** Intervenciones valoradas más positivamente para resolver el problema de las drogas. Cantabria 2001-2003.



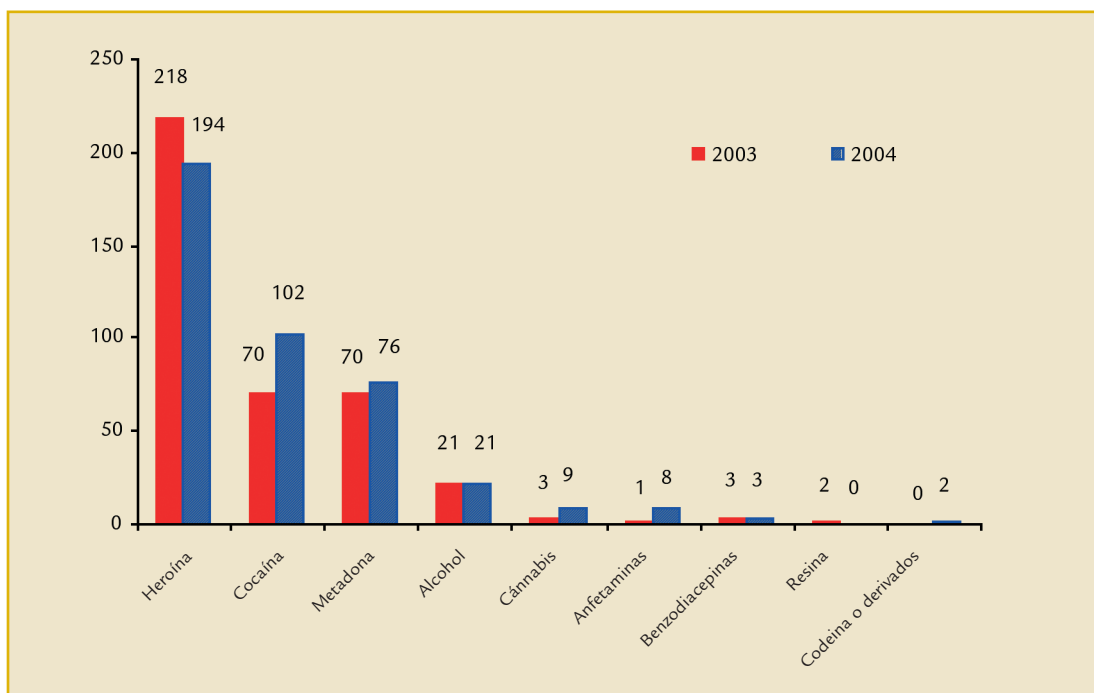


### 3.3. Admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de drogas 2003-2004

El Indicador de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas comenzó a funcionar en 1987 en las 17 comunidades autónomas en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Desde entonces ha funcionado de forma ininterrumpida.

Este indicador es un conjunto mínimo de datos que recoge los tratamientos cuyo objetivo principal es la desintoxicación o la abstinencia, o aquéllos otros destinados a controlar el consumo de drogas ilegales (mantenimiento con agonistas opiáceos).

**Grafico 42.** Número de tratamientos por droga principal consumida. Cantabria 2003-2004



Según los datos notificados en Cantabria en los dos últimos años de admisiones a tratamiento o dependencia de sustancias psicoactivas, excluyendo tabaco como droga principal, indican que se está produciendo un cambio en los patrones de consumo.

En el total de los casos notificados, las admisiones a tratamiento por heroína, aunque suponen la mayor parte de los casos, han disminuido de 218 en 2003 (56,18%) a 194 en 2004 (46,75%), mientras que las admisiones por cocaína han aumentado de 70 en 2003 (18%) a 102 en 2004 (24,58%) (gráfico 42).

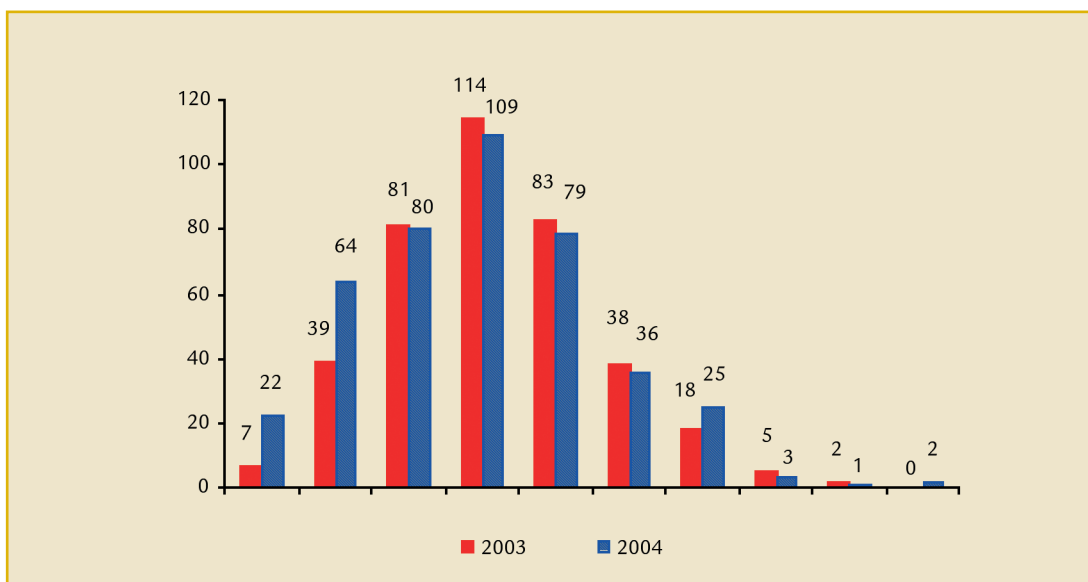
Así, el protagonismo de la heroína como droga principal de admisión a tratamiento está siendo sustituida, sobre todo en los más jóvenes, por el consumo de cocaína, confirmando lo analizado en las distintas encuestas.

Entre las drogas que todavía suponen una minoría de admitidos a tratamiento se encuentran el cánnabis y los derivados anfetamínicos, en los que se observa un ascenso del 2003 al 2004 (cánnabis de 0,77% a 2,17% y anfetaminas de 0,26% a 1,92%).

En cuanto a la vía principal de administración, destaca que en la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, ha aumentado la vía parenteral de 27,78% en 2003 a 39,4% en 2004.

En cuanto a las edades cabe destacar el aumento de menores de 25 años admitidos a tratamiento y de mayores de 46 años, con patrones de consumo diferentes (gráfico 43).

**Gráfico 43.** Número de tratamientos según intervalo de edad. Cantabria 2003-2004



Así en la franja de 15-20 años, las personas admitidas por consumo de cocaína han pasado del 14,28% en el 2003 al 63,64% en el 2004. En este mismo grupo aparecen admisiones a tratamiento en el 2004 por alcohol y anfetaminas, permaneciendo estables las admisiones por cannabis.

Entre los 21-25 años las admisiones por consumo de cocaína han aumentado del 46,15% en el 2003 al 53,13% en el 2004, apareciendo en este último año admisión a tratamiento por alcohol, anfetaminas y benzodiazepinas.

En la franja de edad de 45-60 años, las admisiones por consumo de heroína permanecen estables pero aumentan las admisiones por metadona y alcohol.



### **3.4. Perfil actual de quien consume drogas Cantabria**

El perfil del paciente con problemas adictivos admitido a tratamiento en Cantabria durante el año 2004 es un varón de 25-40 años de edad, policonsumidor con tratamientos previos y consumo diario en los últimos 30 días, siendo la heroína la droga principal y las secundarias el cánnabis, el alcohol y la cocaína en este orden; la antigüedad en el consumo es de 3-20 años. Las vías más habituales de consumo son inyectada, esnifada y fumada y acuden a tratamiento a petición propia. El estado serológico frente a VIH es negativo. Desde el punto de vista sociolaboral se puede decir, en general, que el nivel de estudios alcanzado es de enseñanza secundaria, están en el paro, con trabajo anterior y viven con sus padres.

Sin embargo, se han encontrado perfiles claramente diferenciados según que la sustancia principal consumida sea heroína o cocaína:

Los pacientes admitidos a tratamiento por cocaína como droga principal son varones de 26 a 33 años que han consumido diariamente en los últimos 30 días, por vía intranasal (esnifada) con una historia de 5-10 años de consumo sin tratamientos previos y que acuden a tratamiento por iniciativa propia. El policonsumo es habitual, siendo el cánnabis y alcohol las sustancias más utilizadas. El nivel de estudios alcanzado es de enseñanza secundaria completa; conviven con sus padres y trabajan con contrato indefinido o temporal. El estado serológico frente a VIH es negativo.

Los pacientes admitidos a tratamiento por heroína como droga principal son varones de 25 a 41 años que han consumido por última vez en la semana previa a la admisión del tratamiento, principalmente por vía parenteral seguida de la vía pulmonar o fumada, con tratamientos previos por la misma sustancia y que acuden en unos casos por iniciativa propia pero en otros a través de la prisión. El policonsumo es habitual siendo la cocaína y el cánnabis las drogas elegidas con más frecuencia. El nivel de estudios alcanzado es de enseñanza primaria no siempre terminada; conviven con sus padres o son derivados desde la prisión y están en situación de paro habiendo trabajado con anterioridad. El estado serológico frente a VIH es negativo.



### **3.5. Datos relativos a programas de mantenimiento con agonistas opiáceos**

Los programas de mantenimiento con metadona, dentro de una política general de reducción del daño alternativa a los programas libres de drogas, se han desarrollado y difundido en la Comunidad de Cantabria desde su implantación en 1990 hasta la actualidad.

Los datos sobre las personas en programa de mantenimiento con metadona en Cantabria en el año 2004 son: 827 pacientes atendidos (excluyendo prisiones), estando el 76% de los mismos (627) en programas de baja exigencia (sin controles toxicológicos).

En los centros penitenciarios de Cantabria, en el año 2004, se han tratado con metadona 326 reclusos, que suponen un 18,89% de la población reclusa de Cantabria.





## 4. PRINCIPIOS GENERALES

La Estrategia Regional 2005-2008 se enmarca como un plan específico dentro de las actuaciones del Plan Regional sobre Drogas compartiendo consecuentemente los principios rectores que para aquellas actuaciones en materia de drogas que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de Cantabria, establece La Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias en su artículo 3º

1. La responsabilidad pública, en coordinación y colaboración con las entidades privadas e instituciones, en la intervención sobre las condiciones sociales y culturales favorecedoras del consumo de drogas institucionalizadas y no institucionalizadas y sobre sus consecuencias a nivel individual, familiar y social.
2. La aprobación activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo del consumo de drogas, así como la solidaridad social con las personas con problemas de drogodependencia.
3. La consideración integral e interdisciplinar del proceso continuado de la prevención en drogodependencias, asistencia e incorporación social del drogodependiente, mediante la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales y la coordinación de las administraciones y entidades e instituciones, contando con la participación activa de la comunidad en el diseño, ejecución y control de las intervenciones destinadas a abordar los problemas relacionados con el consumo de drogas.
4. La consideración de la drogodependencia como una enfermedad de índole biológica y psicológica con trascendencia social, mediante la integración de las actuaciones, de asistencia e incorporación social del drogodependiente en los sistemas sanitario y de acción social.
5. La selección e implantación de las actuaciones y programas en materia de drogas en el marco de la ordenación sanitaria y de acción social de la Comunidad Autónoma de Cantabria, con sujeción a criterios de eficiencia y evaluación continua de resultados con la consideración prioritaria de las políticas y actuaciones preventivas en materia de drogodependencias y de todas aquellas estrategias dirigidas a reducción del riesgo y del daño por el consumo de drogas.
6. El enfoque global que sustenta el articulado de esta Ley en ningún caso debe enmascarar las sustanciales diferencias que presentan las causas, los factores y los efectos del consumo de las distintas sustancias que pueden

generar dependencias. Especialmente, en lo que se refiere a aquellas cuya fabricación y consumo tienen una tradicional tolerancia en nuestra sociedad, como las bebidas alcohólicas y el tabaco. Esa especificidad deberá ser tenida en cuenta en las respectivas estrategias y programas de prevención, asistencia e incorporación social de las personas dependientes.

Las líneas generales que conducirán La Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008 se apoyan en las 12 líneas de trabajo prioritarias consensuadas en la Comisión Interautonómica, reseñadas en el Plan de Acción Nacional 2005-2008 y que se enumeran a continuación:

1. Reforzar las actuaciones en el ámbito de la familia.
2. Potenciar acciones de sensibilización y colaboración con los medios de comunicación.
3. Profundizar y mejorar los programas y actividades desarrolladas en el ámbito educativo.
4. Incrementar las actuaciones específicas dirigidas a la población juvenil.
5. Reforzar el papel de Atención Primaria en la intervención precoz y la atención a las personas con problemas de drogodependencias.
6. Incorporar la perspectiva de género en todas las áreas de intervención en materia de drogas.
7. Garantizar la atención integral en los centros penitenciarios a la población interna con problemas de drogas.
8. Reforzar la investigación y los sistemas de información.
9. Diversificar e incrementar las actuaciones en prevención del riesgo y reducción del daño.
10. Actuar sobre los consumos de tabaco y alcohol.
11. Fomentar la participación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en las acciones preventivas.
12. Fortalecer la participación española en la política europea sobre drogas.

## 5. ÁREAS DE ACTUACIÓN

Teniendo en cuenta las líneas prioritarias de actuación referidas anteriormente, a continuación se detallan las líneas de intervención que se proyecta desarrollar en el período que abarca la estrategia, junto con los objetivos generales y específicos, además de las actuaciones que se pretenden realizar para alcanzar dichos objetivos.

La Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008 se estructura en torno a cinco áreas fundamentales de actuación:

1. Área de Prevención
2. Área de Asistencia Integral
3. Área de Integración Social
4. Área de Información, Formación e Investigación
5. Área de Coordinación



## 5.1. Área de prevención

La prevención de las drogodependencias se encuadra en el marco de la promoción de estilos de vida saludables con relación al consumo de drogas. Esto conlleva desarrollar modelos de intervención preventiva comunitaria y de reducción del daño, en los que se establecen las actuaciones que se deben llevar a cabo para mejorar la información, las actitudes y los comportamientos de la población respecto a las drogas, con el objetivo último de que estas acciones les permitan establecer una relación libre, consciente y responsable con el consumo.

En este área se definen dos líneas de intervención; una línea está dirigida a la adopción de estrategias de intervención integrales que, partiendo de las características, necesidades y potencialidades de las personas a las que vayan dirigidas, aborden el desarrollo de ciertas habilidades sociales, actitudes, valores y creencias que permitan a la persona ser responsable de su decisión con relación al consumo de drogas. Estas estrategias deben estructurarse como programas de acción continuados y evaluables, en los que las campañas informativas se utilicen como una herramienta complementaria a las distintas actuaciones derivadas de su desarrollo. La otra línea de intervención en el área de prevención se dirige a la población que está en situación de vulnerabilidad (mayor predisposición a realizar consumos problemáticos), y esta orientada a la promoción de factores protectores específicos en dichas personas y la reducción del daño en el caso de que se esté produciendo un consumo incipiente o habitual de drogas.

## **OBJETIVO GENERAL**

Favorecer la reducción de la promoción y oferta de drogas.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Actualizar y desarrollar la normativa sobre la promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas.
2. Potenciar el cumplimiento de la normativa existente.

## **ACTUACIONES**

- Modificación de la Ley de Cantabria, 5/1997, de 6 de Octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias
- Difundir la normativa autonómica y municipal sobre drogas ilegales y alcohol.
- Realizar campañas de sensibilización e información dirigidas a las personas que expenden bebidas alcohólicas concienciándolas de la necesidad de cumplir las normativas sobre la venta de las mismas.
- Proporcionar información a los medios de comunicación sobre la necesidad del cumplimiento de la normativa sobre publicidad de bebidas alcohólicas y favoreciendo un tratamiento adecuado de la información sobre el tema.

## OBJETIVO GENERAL

Fomentar en escolares hábitos de vida saludables y la adquisición de destrezas, competencias y habilidades suficientes que les permitan establecer una relación racional y positiva con las drogas.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar el grado de información de los/las escolares sobre las sustancias y las consecuencias del consumo de drogas.
2. Incrementar los programas de prevención y las actividades preventivas, promovidos por el Plan Regional de Drogas, que se desarrollan en los centros escolares.
3. Incrementar el número de centros que desarrollan dichos programas y actividades.
4. Incrementar el número de centros que participan en actividades educativas extraescolares, alternativas al consumo de drogas.

## ACTUACIONES

- Implantando nuevos programas de prevención en los centros escolares, avalados por el Plan Regional de Drogas, que faciliten la información y el aumento del conocimiento sobre los riesgos del uso y abuso de drogas a escolares.
- Favoreciendo que en los centros educativos existan actividades extraescolares, alternativas al consumo de drogas, promocionándolas y apoyándolas desde el Plan Regional de Drogas.
- Realizando campañas informativas dirigidas a adolescentes y jóvenes introduciendo contenidos del riesgo y el daño.
- Promoviendo la participación del alumnado en concursos escolares sobre alcohol y otras drogas.
- Difundiendo los programas de prevención escolar junto con la Consejería de Educación.
- Difundiendo los programas a través de los medios de comunicación local.



- Orientando y asesorando a los equipos docentes para que pongan en marcha actividades y programas de prevención.
- Elaborando, junto con la Consejería de Educación, un sistema de acreditación y homologación de los programas y materiales didácticos de prevención escolar.
- Aumentando la difusión en los centros educativos y entre las AMPAs de las diferentes ayudas existentes para la realización de actividades extraescolares.
- Incluyendo dentro del Programa del niño sano, llevado a cabo en los centros de atención primaria, la prevención del consumo alcohol y otras drogas en preadolescentes y adolescentes.
- Incluyendo información sobre las diferentes drogas y el riesgo de su consumo en la Consulta Joven, puesta en marcha desde algunos Centros de Salud.

## OBJETIVO GENERAL

Potenciar que las familias se involucren convenientemente en la tarea educativa, especialmente la que tiene que ver con la prevención de las drogodependencias.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar el grado de información de las familias sobre las sustancias y las consecuencias del consumo de drogas.
2. Incrementar el número de padres y madres que participan en los programas de prevención familiar.
3. Potenciar la creación de escuelas de padres y madres.

## ACTUACIONES

- Realizando campañas informativas sobre las distintas sustancias y las consecuencias de su consumo dirigidas a familias.
- Editando y distribuyendo material específico de información sobre prevención familiar de las drogodependencias.
- Implicando a los medios de comunicación local como mediadores en los programas preventivos, consiguiendo que se involucren en la difusión de actividades y de los contenidos propios de la prevención.
- Difundiendo los programas mediante una convocatoria personalizada.
- Ampliando la oferta de programas de prevención dirigidos a familias.
- Facilitando la aproximación de las familias a los programas, mediante la adaptación de los mismos a su realidad local.

## **OBJETIVO GENERAL**

Fomentar las actitudes y hábitos saludables en la población infantil y juvenil, a través del proceso educativo que se produce en los espacios de tiempo libre organizado.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Impulsar la realización de actividades continuadas de ocio, centradas en los intereses de los jóvenes en el ámbito local.
2. Apoyar a las entidades que desarrollan iniciativas con la población infantil y juvenil en los espacios de ocio y tiempo libre para que se involucren en tareas de prevención de drogodependencias.
3. Incrementar y mejorar la participación de adolescentes y jóvenes en las asociaciones juveniles.

## **ACTUACIONES**

- Apoyando a los técnicos municipales en la elaboración y desarrollo de los proyectos.
- Subvencionando actividades de ocio alternativo continuado, dirigidas a niños/as y jóvenes.
- Sensibilizando e informando a las entidades que trabajan el tiempo libre y el tiempo de ocio con los niños/as.
- Elaborando y difundiendo los materiales informativos apropiados enfocados a dichas entidades.
- Llevando a cabo acciones de orientación, asesoramiento e información dirigidas a profesionales de estas entidades.
- Promoviendo la creación de recursos y servicios juveniles de alternativa de ocio.
- Creando y promoviendo recursos de información juvenil.
- Incorporando información sobre drogodependencias en los servicios de información juvenil.

## OBJETIVO GENERAL

Potenciar la ejecución de proyectos preventivos en el ámbito laboral.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Posibilitar la elaboración de materiales diversos y soportes informativos actualizados que puedan ser divulgados en los centros de trabajo y que contengan información significativa para la población laboral, los delegados y delegadas de prevención y los/as técnicos acerca de los riesgos del consumo.
2. Promover el consumo de bebidas sin alcohol en los centros de trabajo.
3. Implicar a los servicios sociosanitarios de las empresas en la prevención de las drogodependencias, así como en la detección precoz de las mismas.

## ACTUACIONES

- Ofreciendo información a la población laboral acerca de los riesgos del consumo de drogas e introduciendo contenidos de reducción del riesgo y del daño.
- Editando material informativo específico dirigido a la población laboral.
- Editando material informativo específico dirigido a los delegados y delegadas de prevención y a los/as técnicos.
- Concediendo subvenciones a organizaciones sindicales y empresariales.
- Apoyando, asesorando y colaborando con los agentes laborales en la elaboración de los programas.

## **OBJETIVO GENERAL**

Reducir los factores de riesgo y fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de drogas en los colectivos y grupos vulnerables.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Potenciar el desarrollo de intervenciones preventivas con familias de riesgo a nivel local.
2. Potenciar el desarrollo de programas dirigidos a jóvenes consumidores a través de los planes municipales en la línea de reducción del riesgo y del daño.
3. Aumentar el grado de información sobre los riesgos del uso de sustancias y de los riesgos asociados al consumo de drogas de forma recreativa, en los propios espacios de ocio en los que se consume.
4. Potenciar la intervención en situaciones de riesgo y la detección precoz de las drogodependencias desde los equipos de atención primaria.
5. Educar para que la conducción de vehículos no se haga bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

## **ACTUACIONES**

- Editando y distribuyendo programas de entrenamiento en habilidades educativas para familias especialmente problemáticas.
- Realizando campañas informativas sobre los riesgos asociados al consumo dirigida a jóvenes.
- Desarrollando protocolos de diagnóstico precoz del consumo de drogas con los equipos de atención primaria y los equipos especializados en drogodependencias.
- Elaborando materiales prácticos orientados a profesionales de atención primaria para su actuación ante los problemas que aparezcan en relación con las drogas.

## 5.2. Área de atención integral

El modelo inicial de intervención en las drogodependencias respondía a esquemas de estructura rígida y unidireccional, fundamentado en el objetivo de la abstinencia, esto implicaba que un número importante de usuarios quedase fuera de la red, sin poder alcanzar la normalización social en su proceso terapéutico.

El modelo de atención ha evolucionando hacia planteamientos más flexibles, personalizados y participativos. Actualmente la atención a los drogodependientes en la red asistencial tiene como objetivo la atención integral. Para una mayor eficacia el Plan Regional Sobre Drogas reforzará las líneas de coordinación con la red de recursos sanitarios y con la red de servicios sociales.

Las estrategias se dirigen a la elaboración de protocolos de actuación consensuados y la definición de los ámbitos y de los circuitos de derivación.

Estas líneas metodológicas de actuación permitirán una adecuada oferta asistencial a las adicciones y a un mejor acceso a la incorporación social a través de los recursos y programas de drogodependencias.

## **OBJETIVO GENERAL**

Atender las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones desde un modelo de atención integrada, coordinada con la red sanitaria y adaptada a las necesidades individuales, facilitando y aumentando la accesibilidad y la permanencia de usuarios/as en dicha red asistencial.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Ofertar atención a través de la red asistencial del Plan Autonómico de Drogas a las adicciones y a nuevas formas de consumo.
2. Adaptar la red asistencial del Plan Autonómico sobre Drogas a la realidad actual y a los nuevos consumos.
3. Establecer cauces de coordinación con los servicios sanitarios y sociales que permitan redefinir el circuito terapéutico de atención a las drogodependencias.
4. Incrementar el diagnóstico precoz de consumidores de riesgo y de personas drogodependientes.
5. Incrementar y mejorar la oferta de programas de reducción de riesgos y daños.
6. Incluir en la red de atención primaria la dispensación de metadona.
7. Reducir el tiempo de espera para el acceso a los recursos y programas.
8. Aumentar la información sobre la oferta de servicios y programas de los centros asistenciales.

## **ACTUACIONES**

- Incrementando la cartera de servicios de la Unidades Asistenciales de Drogodependencias, teniendo en cuenta las nuevas demandas de tratamiento.
- Implantando y desarrollando el circuito terapéutico de atención a las distintas drogodependencias
- Elaborando protocolos de actuación y derivación con los diferentes servicios implicados en el abordaje de las drogodependencias.

- Introduciendo el Programa de dispensación de metadona en los centros de atención primaria, acreditándolos previamente para su dispensación.
- Desarrollando campañas de información sobre las consecuencias del consumo, así como sobre las formas de consumos que impliquen menos riesgos.
- Ampliando las intervenciones de reducción del daño dirigidas a las personas drogodependientes que no deseen o no puedan abandonar el consumo.
- Manteniendo e impulsando recursos y programas de apoyo (Programas de intercambio de jeringuillas y kits antisida).
- Manteniendo en las oficinas de farmacia programas de reducción del daño.
- Desarrollando programas con los centros de atención primaria dirigidos a la detección precoz de abuso de alcohol y de otras drogas y a la atención de consumidores/as de riesgo.
- Editando publicaciones monográficas sobre los servicios y programas existentes.
- Desarrollando campañas de información específicas dirigidas a instituciones y población general.



## **OBJETIVO GENERAL**

Impulsar programas orientados a la promoción de la salud y dirigidos de forma prioritaria a aquellos colectivos en situación de especial riesgo.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Ampliar la oferta de programas dirigidos a drogodependientes internados en Centros Penitenciarios.
2. Ofrecer programas específicos de intervención a menores drogodependientes.
3. Prestar atención específica al drogodependiente con patología psiquiátrica asociada.

## **ACTUACIONES**

- Reforzando las intervenciones en drogodependencia en Instituciones Penitenciarias.
- Ofreciendo información adecuada sobre recursos, programas y metodología de actuación de la red de drogodependencias y adicciones al poder judicial.
- Desarrollando un programa de atención a menores drogodependientes y especialmente a quienes tienen medidas de protección o reforma.
- Garantizando la prestación de una atención coordinada entre los dispositivos de drogodependencias y de salud mental.

### **5.3. Área de incorporación social**

La incorporación social aglutina todas las acciones e intervenciones encaminadas a facilitar y posibilitar que la persona pueda desarrollar sus capacidades personales y sociales con autonomía, asumiendo un papel protagonista en su propio proceso de socialización, participando de forma activa y crítica en su entorno.

En drogodependencias, los aspectos sociales están unidos a los problemas o dificultades que padecen las personas. La intervención social se produce a lo largo de todo el proceso de incorporación y posterior al mismo.

Los procesos de incorporación no son estándar ni aplicables a todas las personas por igual, sino que se trata de un proceso educativo de asimilación personalizada de los valores, normas y conductas del grupo social al que se incorpora. La persona es protagonista de su proceso de incorporación. Por tanto, hablamos de distintos ritmos de incorporación y de un proceso personalizado y dinámico.

Las intervenciones en el área de integración social tendrán como criterio general la utilización de recursos normalizados disponibles en la comunidad. El desarrollo de actuaciones específicas, que fomenten los procesos educativos destinados a cubrir carencias que hayan ocasionado su drogodependencia, se entenderá como puente y complemento de los recursos normalizados.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, los programas de incorporación social se caracterizan por ser: personalizados, participativos, flexibles y adaptados a un entorno determinado.

## **OBJETIVO GENERAL**

Facilitar el proceso de cambio en personas con problemas de drogodependencias y adicciones con dificultades de integración social a través de estrategias que le permitan desenvolverse de forma autónoma y desarrollarse en un contexto determinado.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Insertar las estrategias y actuaciones de incorporación social en el circuito terapéutico, desde el inicio del tratamiento.
2. Potenciar la adaptación de los programas de Incorporación Social a la realidad actual.
3. Facilitar el acceso a procesos de formación.
4. Elaborar itinerarios de Incorporación Social individualizados y flexibles.
5. Facilitar la incorporación de drogodependientes con características especiales como población reclusa, inmigrantes, transeúntes, etc.
6. Favorecer la incorporación de las personas en tratamiento al mercado laboral.
7. Adoptar modelos dinámicos de incorporación sociolaboral.
8. Facilitar la progresiva reestructuración de la unidad familiar desde las Redes Asistenciales.
9. Facilitar formación a drogodependientes en tratamiento a través de programas adaptados a sus características y necesidades.

## **ACTUACIONES**

- Realizando un análisis de los recursos actualmente existentes.
- Redefiniendo del circuito terapéutico y sistemas de coordinación.
- Elaborando un protocolo para realizar diagnósticos sociales, seguimiento individual y planificación de objetivos de incorporación conjuntamente con los usuarios/as.

- Favoreciendo la utilización de recursos normalizados de educación, cultura, ocio y tiempo libre.
- Diseñando programas y actuaciones adaptados a la realidad comunitaria.
- Potenciando el servicio de asesoramiento jurídico-legal para la atención de los usuarios de la Red.
- Ofreciendo información y orientación de la cartera de servicios de la Red Asistencial de Drogodependencias.
- Impulsando programas específicos a la atención de familias con drogodependientes a cargo, incluidos en la oferta asistencial.
- Favoreciendo la utilización de los recursos de la Red de Servicios Sociales.
- Impulsando desde los Centros Asistenciales la participación en la dinámica comunitaria.
- Ofreciendo información y asesoramiento sobre recursos, tanto normalizados como específicos, en materia de formación profesional y ocupacional.
- Favoreciendo alternativas de formación profesional y ocupacional.
- Implantando programas de formación específica.



## 5.4. Área de información, formación e investigación

El aumento del conocimiento sobre los factores determinantes y las consecuencias del consumo de drogas, sus patrones y niveles de uso, así como de la eficacia de los distintos programas e intervenciones, es un factor clave para la mejora y el éxito de las actuaciones previstas en las distintas áreas de actuación. Por ello, el área de información se basa en el desarrollo de sistemas de información rápidos, sencillos y fiables a través de los cuales realizar un seguimiento continuo del problema de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma, con la finalidad de mejorar la toma de decisiones y la planificación, así como el incrementar la eficiencia y eficacia de las intervenciones preventivas, asistenciales y de integración social.

Por otra parte, la formación es uno de los medios para mejorar los procesos de intervención de profesionales de las drogodependencias y asegurar así la eficacia de los programas y una mejora de los resultados. Los cambios producidos en el consumo de drogas son constantes y desde luego en la sociedad de hoy en día las transformaciones son de una rapidez extraordinaria, esto hace necesaria, no sólo la formación de agentes implicados, sino, también, acomodarla a las nuevas demandas y necesidades detectadas. Este área de formación se basa en el desarrollo de estrategias que permitan el intercambio de experiencias, estimular la motivación y proporcionar conocimientos que mejoren y actualicen las actitudes sobre el consumo de drogas.

Por último la investigación en drogodependencias se configura como un requisito indispensable que permita la evolución del sistema de atención a las drogodependencias. Este área de investigación científica se plantea el conjunto de medidas y estudios dirigidos a mejorar el conocimiento acerca del abuso y la dependencia de drogas, para abrir nuevas perspectivas a la prevención, asistencia e integración social de las drogodependencias.

## **OBJETIVO GENERAL**

Crear un sistema de recogida, análisis y evaluación de la información sobre drogas y adicciones de diversas fuentes en un sistema centralizado, que facilite a ciudadanos/as, profesionales y políticos/as la información necesaria para adoptar las medidas adecuadas en las intervenciones preventivas, asistenciales y de integración social.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Obtener y analizar datos suficientes sobre las creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias del consumo de drogas, así como los cambios en las tendencias de los patrones de comportamiento que puedan observarse.
2. Disponer de una información complementaria, coordinada e integral sobre los patrones de consumo de drogas y sus consecuencias.
3. Proporcionar información veraz y actualizada sobre el consumo de drogas, tanto a profesionales como a ciudadanos/as.

## **ACTUACIONES**

- Creando el Observatorio Cántabro sobre Drogas.
- Realizando cada dos años estudios sociológicos sobre el consumo de drogas en el medio escolar y en la población general de 15 a 64 años.
- Realizando estudios sociológicos sobre el consumo de drogas en el medio laboral.
- Complementando la información actual con la recogida de datos de otras fuentes como el sistema sociosanitario, toxicológico y judicial.
- Incorporando nuevos sistemas de recogida de datos.
- Propiciando el desarrollo y la mejora continua y actualizada de la página Web del Plan Regional sobre Drogas.
- Manteniendo o en su caso aumentando, la publicación y difusión de los estudios que en materia de drogodependencias son promovidos, directa o indirectamente, por instituciones cántabras.

- Mejorando y ampliando el Centro de Documentación de la Oficina de Coordinación del Plan Regional sobre Drogas.
- Actualizando y difundiendo el directorio de centros y recursos de la Comunidad Autónoma.



## **OBJETIVO GENERAL**

Fomentar la implantación de formación en drogodependencias y otros trastornos adictivos en los currículos académicos de los estudios universitarios de Cantabria de ámbito social, legal, educativo y sanitario.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Promover la implantación y desarrollo de programas de formación de post-grado, especializados en drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Universidad de Cantabria.
2. Incluir asignaturas específicas y créditos en materia de atención y/o prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en los programas de doctorado de la Universidad de Cantabria.
3. Potenciar el desarrollo de las prácticas de los referidos estudios universitarios en los recursos del Plan Regional de Drogas.

## **ACTUACIONES**

- Desarrollando acuerdos de cooperación con las distintas facultades para la implementación de cursos postgrado - on-line, semi-presenciales y presenciales - destinados prioritariamente a profesionales y futuros profesionales en drogodependencias.
- Desarrollando acuerdos de colaboración con la facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería para la realización de prácticas en las UADs y en el Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes.
- Desarrollando acuerdos con las facultades para realizar la formación en drogodependencias a través de módulos.

## OBJETIVO GENERAL

Ampliar y mejorar los conocimientos y la capacitación de los profesionales con relación a la atención y/o prevención de las drogodependencias que permitan una mejor respuesta en sus distintos ámbitos de actuación y proporcionar la formación básica necesaria en drogodependencias a los sectores adecuados del ámbito laboral y de profesionales de la información.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Promover la formación especializada en la atención y/o prevención de las drogodependencias por parte de los distintos departamentos de las administraciones públicas implicadas, en especial aquellos dirigidos al personal docente, de atención primaria, de servicios sociales, judicial y a la policía local y fuerzas de orden público.
2. Impulsar el desarrollo de una línea de formación de agentes comunitarios y especialmente de los movimientos juveniles.
3. Promover y favorecer la formación en drogodependencias de los agentes sociales del ámbito laboral.
4. Potenciar el desarrollo de actividades de formación y sensibilización para profesionales de los medios de comunicación en el ámbito de las drogodependencias.

## ACTUACIONES

- Estableciendo acuerdos con la Consejería de Educación para la acreditación de los cursos de formación del profesorado.
- Realizando cursos de formación básica en prevención de drogodependencias y de formación específica sobre los programas de prevención de drogodependencias en el medio escolar dirigidos al profesorado.
- Estableciendo acuerdos con el Servicio Cántabro de Salud orientados a diseñar los programas de formación que permitan a profesionales sanitarios de atención primaria y especializada acceder a la formación en drogodependencias.
- Ofertando cursos de formación dirigidos a profesionales de atención primaria en la atención y/o prevención de las drogodependencias.

- Diseñando y llevando a cabo actividades de formación en drogodependencias dirigidas a la Policía Local y Fuerzas de Orden Público.
- Realizando seminarios dirigidos a profesionales del ámbito judicial.
- Realizando actividades formativas específicas de reducción de riesgos y daños destinadas a profesionales de servicios sociales.
- Realizando cursos de formación en teoría y metodología de reducción de riesgos y daños dirigido a educadores/as de calle.
- Editando materiales formativos sobre reducción de riesgos y daños para su utilización en las actividades educativas en las que se incluyan contenidos de este enfoque.
- Introduciendo módulos de formación de prevención en drogodependencias en la formación que reciben agentes y mediadores comunitarios.
- Facilitando la accesibilidad a los fondos documentales y bibliográficos especializados en drogodependencias tanto a profesionales implicados como en general a la población interesada.
- Estableciendo acuerdos para el desarrollo de actuaciones de formación en las empresas.
- Llevando a cabo actividades de sensibilización y formación en drogodependencias dirigidas profesionales de los medios de comunicación.

## OBJETIVO GENERAL

Ampliar y mejorar la formación especializada y continuada de profesionales del Plan Regional sobre Drogas.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir con precisión las necesidades formativas de profesionales del Plan Regional sobre Drogas.
2. Impulsar el desarrollo de una línea de formación de profesionales del Plan Regional sobre Drogas.
3. Fomentar el intercambio de experiencias entre profesionales.

## ACTUACIONES

- Realizando estudios sobre las necesidades formativas de profesionales del Plan Regional sobre Drogas.
- Incluyendo entre las tareas del coordinador/a asistencial de los centros de tratamiento, funciones de promoción de la formación.
- Facilitando la asistencia a Cursos, Jornadas, Congresos .
- Ofertando formación a profesionales de la red sobre el tratamiento de las nuevas adicciones.
- Favoreciendo encuentros entre profesionales para el intercambio de experiencias, la puesta al día en conocimientos y la elaboración de propuestas de actuación.

## **OBJETIVO GENERAL**

Impulsar el estudio y la investigación aplicada del fenómeno de las drogodependencias y de los medios de afrontamiento, constituyendo líneas de conocimiento científico desde las diferentes áreas del Plan Regional con el propósito de asegurar una atención a las adicciones dinámica e innovadora.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Impulsar el desarrollo de líneas de investigación que mejoren el conocimiento científico sobre consumo de drogas y las drogodependencias.
2. Fomentar la realización de investigaciones sobre los programas de prevención de las drogodependencias.
3. Potenciar la participación en líneas de investigación sobre drogas a nivel nacional e internacional.
4. Fomentar la colaboración con la Universidad con el objetivo de incorporar la investigación en drogodependencias en el currículo investigador de las diferentes disciplinas que así lo requieran.
5. Promover el intercambio de información y conocimientos sobre drogodependencias entre profesionales e instituciones dedicadas a la investigación.
6. Favorecer la formación investigadora en drogodependencias a los agentes que participen de forma directa en la misma.

## **ACTUACIONES**

- Financiando investigaciones científicas sobre reducción de riesgos y daños.
- Realizando estudios sobre el consumo de alcohol en jóvenes.
- Realizando investigaciones sobre la eficacia de los programas de prevención.
- Becando tesis doctorales sobre investigaciones científicas en prevención del abuso de alcohol en jóvenes y consumo de psicoestimulantes.

- Creando un censo de los grupos de investigación que en materia de drogodependencias estén trabajando en la Comunidad Autónoma de las áreas de investigación y de su producción científica.
- Desarrollando instrumentos que permitan valorar los niveles de riesgo y de protección de una determinada comunidad y que faciliten la evaluación de la eficacia de las intervenciones.
- Estableciendo convenios de colaboración con entidades investigadoras.
- Manteniendo y en su caso aumentando los sistemas de ayuda y financiación a la investigación que permitan el desarrollo de nuevas líneas de investigación y de nuevas metodologías que mejoren el conocimiento científico sobre consumo de drogas.
- Creando un foro de encuentro y trabajo para el intercambio de experiencias en la investigación.



## 5.5. Área de coordinación

La respuesta a un fenómeno multicausal como son las drogodependencias nunca podrá ser única. Para su logro se requerirá de diferentes estrategias de actuación, de la colaboración interinstitucional y del apoyo de la iniciativa social. Por tanto, se entiende la coordinación como un elemento imprescindible para abordar el fenómeno de las drogodependencias de una forma integrada.

Considerar todas las áreas de actuación como un proceso unitario y continuo de la atención al problema de las drogodependencias, implica necesariamente la coordinación de las diferentes áreas o sectores. También implica coordinar a agentes que intervienen en el proceso, sean tanto instituciones públicas como organizaciones privadas y/o personas. Asimismo, la implicación de las diferentes Administraciones Públicas (estatal, autonómica y municipal) con competencia en materia de drogas, sanidad, servicios sociales, empleo, educación, cultura y juventud requiere de una gran coordinación en el diseño y gestión de los programas a fin de evitar la duplicidad de las acciones y optimizar la utilización de los recursos.

El área de coordinación abarca y depende de todas las áreas. Se trata de un área instrumental ya que permitirá establecer las relaciones imprescindibles que permitan desarrollar la Estrategia Regional 2005-2008 y establecer los cauces de la participación social.



## **OBJETIVO GENERAL**

Potenciar los procesos de reflexión, participación, cooperación y coordinación entre las instituciones, públicas y/o privadas, que están implicadas en la atención a las drogodependencias.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Fomentar la participación activa de la iniciativa social, convenientemente vertebrada, en el diseño y la gestión de las políticas de actuación sobre las drogodependencias.
2. Propiciar y facilitar la asunción en el seno de las Administraciones Públicas de Cantabria de las cuotas de responsabilidad que les corresponden en materia de drogodependencias.
3. Mejorar las políticas públicas de prevención, asistencia e inserción a través de una mayor coordinación entre las instituciones públicas o privadas, que están implicadas en la atención a las drogodependencias.
4. Promover la coordinación entre las estructuras de gestión operativas de centros, servicios y programas sociales, sanitarios, educativos y de formación e inserción profesional.
5. Facilitar la reflexión y reunión de personas que participan en programas y proyectos de drogodependencias desde el ámbito de la salud, los servicios sociales, la educación, el empleo, la seguridad laboral, la justicia, las prisiones, la cultura y el ocio.
6. Promover la participación y opinión de los usuarios en las diferentes áreas que configuran la Estrategia Regional 2005-2008.
7. Mejorar y facilitar la coordinación de las actuaciones en el ámbito laboral.

## **ACTUACIONES**

- Reordenando los órganos de participación y coordinación, mediante la modificación de la Ley de Cantabria, 5/1997, de 6 de Octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias.
- Organizando un encuentro de trabajo y reflexión para la mejor planificación y coordinación de las acciones a desarrollar en drogodependencias.

- Dinamizando y haciendo efectiva la Comisión Interdepartamental sobre Drogas y desarrollando reglamentariamente las características, composición, funciones y régimen de funcionamiento de la Comisión.
- Desarrollando protocolos operativos de coordinación con el Servicio Cantabro de Salud, la Consejería de Educación, la Dirección General de Servicios Sociales.
- Asesorando a técnicos municipales en el diseño y desarrollo de los planes y actuaciones a nivel local.
- Potenciando y mejorando el sistema de financiación de las acciones desarrolladas por las Entidades Locales.
- Manteniendo el sistema de financiación de las acciones desarrolladas por las entidades sin ánimo de lucro.
- Apoyando y asesorando a entidades sin ánimo de lucro y organizaciones no gubernamentales para el diseño y ejecución de actuaciones en drogodependencias.
- Creando la Comisión Tripartita para la Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral.
- Creando un buzón de opinión y sugerencias en la página Web del Plan Regional sobre Drogas, en relación con las actividades desarrolladas.



## 6. SISTEMAS DE EVALUACIÓN

Una evaluación bien estructurada y planificada cumple diferentes objetivos. En primer lugar permite detectar las distintas variaciones que se producen en un fenómeno tan dinámico e imprevisible como es el de las drogodependencias, y reorientar, por tanto, nuestras actuaciones adaptándonos a estos cambios que puedan surgir. En segundo lugar nos posibilita planificar nuestras decisiones ulteriores de una forma más racional, en función de los resultados que vayamos recogiendo. Por último obtenemos información sobre nuestras estrategias de actuación, información sobre si hemos alcanzado los objetivos y las metas previstas o si por el contrario tenemos que rectificar y reorientar nuestra política de actuación.

La evaluación es, por tanto, un instrumento imprescindible para la gestión, puesto que sirve de fundamento para las actividades de planificación. A través de la evaluación obtenemos información precisa sobre su realización (evaluación del proceso), sobre el cumplimiento de los objetivos (evaluación de resultados), así como del impacto en las poblaciones diana y la población general de los mismos.

Por tanto, se impulsará el desarrollo de una metodología de evaluación de las actividades de la Estrategia basadas en los siguientes criterios de actuación:

1. La evaluación será continua y permanente a fin de conocer la eficacia de las acciones, detectar precozmente desviaciones y corregirlas.
2. La evaluación se articulará y coordinará desde el Servicio de Drogodependencias.
3. La evaluación se realizará teniendo como base las 6 áreas de actuación - área de coordinación, área de prevención, área de atención integral, área de integración social y laboral, área de información, formación e investigación y área de cooperación internacional- que serán definidas y evaluadas de forma independiente en su totalidad.
4. Se realizará la evaluación de los procesos lo que nos proporcionará, por una parte, información sobre cómo se están implementado y desarrollando los servicios en sus aspectos técnicos, de provisión de recursos humanos y materiales, etc.
5. Se realizará la evaluación de los resultados obteniendo información sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos.
6. Se evaluará también el fenómeno en su conjunto (evaluación del impacto) ya que es necesario que usuarios y usuarias perciban los recursos y actuaciones a ellos dirigidos como necesarios y adecuados.

La metodología propuesta para realizar la evaluación plantea realizar un seguimiento anual de las intervenciones que consta de los siguientes pasos:

1. Diseñar proyectos anuales concretos, con objetivos operativos que se puedan medir.
2. Realizar evaluaciones anualmente y cotejarla con lo objetivos marcados.
3. Analizar los resultados anualmente y proponer, si fuera necesario, la mejora de los programas.
4. A la conclusión del periodo de vigencia realizar una evaluación global, estimando tanto la evolución de resultados anuales como el impacto a la finalización de la Estrategia.

El planteamiento de las acciones evaluadoras deberá garantizar el cumplimiento y consecución de los objetivos de obtener la información adecuada y de realizar el tratamiento más idóneo de las mismas.

Como fuentes de información o instrumentos básicos, y sin que esto excluya la posibilidad de utilizar otros que puedan ser de utilidad en los distintos momentos de la evaluación, se pueden identificar los siguientes:

1. Sistema de Información sobre Toxicomanías
  - Admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas
  - Mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas
2. Registro de casos piquiátricos
  - Registro de pacientes en tratamiento por alcoholismo
  - Registro de pacientes en tratamiento por toxicomanías no alcohólicas
  - Registro de pacientes en tratamiento residencial
  - Registro de pacientes con hospitalización en unidades de psiquiatría con patología dual.
3. Encuestas
  - Encuesta de consumo de drogas en la población general
  - Encuesta de consumo de drogas en la población escolar
  - Encuesta a drogodependientes en tratamiento

- Encuesta de consumo de drogas a la población trabajadora
- Encuesta de Salud en población general
- 4. Otras fuentes de información
  - Registro de Sida de nuestra Comunidad
  - Encuesta de satisfacción con los servicios sanitarios
  - Estadísticas de mortalidad
  - Estadísticas de accidentes de tráfico
  - Estadísticas policiales
  - Datos de actividad de entidades, centros, servicios y programas preventivos, asistenciales y de integración social

Entre los indicadores a utilizar en la evaluación se deberán distinguir tres tipos básico:

1. Indicadores de prestación de servicios que informarán de las acciones realizadas para incrementar la calidad de las actuaciones
2. Indicadores de proceso que darán cuenta de las actividades llevadas a cabo a fin de conseguir los objetivos
3. Indicadores de resultados basados en el logro de objetivos generales y específicos de cada programa

Se proponen los siguientes indicadores de evaluación, aunque es preciso señalar que la relación de indicadores no es rígida ni está definitivamente cerrada, la experiencia en evaluaciones previas muestra que en ocasiones es necesario incorporar nuevos indicadores o introducir ligeras variaciones en los propuestos para adaptarse a las exigencias y limitaciones que impone la realidad. Y dado que un número considerable de actuaciones son de pronta o futura implementación, todavía no se cuenta con indicadores específicos para su mensuración, los cuales se desarrollarán en función de las características del diseño de los programas.

- Entidades con programas/proyectos
- Total de programas en funcionamiento en cada año
- N° de programas financiados
- N° de programas solicitantes de financiación

- Población participante/atendida
- Población mediadora
- Población total objeto del programa
- N° total de actividades del programa propuestas
- N° total de actividades del programa ejecutadas
- Tipos de actividad
- N° total de profesionales
- N° de profesionales contratados
- N° de profesionales voluntarios
- Total horas de dedicación de los y las profesionales
- Presupuesto para actividades
- N° de reuniones
- N° de entidades públicas y/o privadas que colaboran en los programas

## 7. FINANCIACIÓN

Las actuaciones desarrolladas por el Plan Regional sobre Drogas están sustentadas por un importante volumen de recursos humanos, materiales y financieros procedentes de distintas Administraciones Públicas y de instituciones privadas que colaboran en su desarrollo.

Por otro lado, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, como fuente principal de financiación del Plan Regional sobre Drogas, en sus presupuestos anuales consignará una partida presupuestaria específica, que garantizará el mantenimiento de los programas y servicios que hayan demostrado su eficacia y viabilidad, así como el desarrollo de nuevos programas.

La financiación de las actuaciones en el período 2005-2008 deberá ajustarse a los objetivos, criterios, líneas estratégicas y actuaciones previstas en esta Estrategia.





## 8. NORMATIVA ESPECÍFICA EN MATERIA DE DROGAS

Uno de los instrumentos necesarios en el diseño de las políticas y programas de actuación en drogodependencias, es el normativo. Se recoge en este apartado las leyes, decretos y órdenes de nuestra Comunidad Autónoma relacionadas con las drogodependencias.

- Orden de 15 de mayo de 1990, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y se crea la Comisión de Acreditación y Control de esta modalidad terapéutica (B.O.C. de 29 de mayo de 1990).
- Decreto 68/1991, de 16 de mayo, por el que se aprueba el Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria y sus órganos de coordinación (B.O.C. de 1 de julio de 1991).
- Orden de 7 de abril de 1994 por la que se modifica la de 13 de julio de 1989 por la que se desarrolla el Decreto 52/1989, de 13 de julio, de Centros y Establecimientos de Servicios Sociales y establece los requisitos de procedimiento para otorgar autorización de apertura a centros residenciales de rehabilitación de drogodependientes.
- Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de Octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias. (B.O.C. de 14 de octubre de 1997).
- Orden de 22 de septiembre de 1998, por la que se modifica la orden, de 15 de mayo de 1990, que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y amplía y modifica sus anexos.
- Ley de Cantabria 7/2004, de 27 de diciembre, de Medidas Administrativas y Fiscales (Art. 10) (B.O.C. de 31 de diciembre de 2004), por la que se modifica la Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias.









**GOBIERNO**  
**de**  
**CANTABRIA**  
Consejería de Sanidad  
y Servicios Sociales

*Dirección General de Salud Pública*



**T** CANTABRIA  
2006  
LIÉBANA TIERRA DE JÚBILO