ESTRATEGIA SOBRE **DROGAS** DE **CANTABRIA**

2009 | 2013

GOBIERNO de CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

ESTRATEGIA SOBRE **DROGAS** DE **CANTABRIA** 2009|2013

Edita
Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad.
Dirección General de Salud Pública

Elaboración
Comple-Ser's

Maquetación
nxo

Impresión
Gráficas Copisan

Depósito Legal
SA-124-2010

Han transcurrido 25 años desde que en 1985 se pusieron en marcha las primeras actuaciones contra la drogodependencia en Cantabria, y 19 desde la aprobación del Plan Autonómico sobre Drogas (Decreto 68/1991), con el objetivo de dar respuesta al problema de las drogas en nuestra Comunidad.

En estos años hemos sumado experiencia e incrementado conocimientos y ámbitos de intervención. Se han elaborado y desarrollado normas legislativas en nuestra Comunidad sobre el uso de sustancias psicoactivas susceptibles de producir adicción; asistido a cambios del tipo de sustancias, patrones y contextos de consumo; escuchado y apoyado la respuesta social y asumido responsabilidades informativas, formativas y asistenciales.

Pero a pesar de estos resultados el fenómeno de las drogodependencias, en constante evolución, nos sigue obligando a un continuo esfuerzo para mejorar los programas de actuación, los recursos y las técnicas con las que nos enfrentamos al problema.

Con la finalidad de dar un paso más en este sentido se presenta esta Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2009-2013, aprobada el 30 de diciembre por el Consejo de Gobierno, que tiene como objetivo orientar las actuaciones que en materia de drogodependencias se van a llevar a cabo en nuestra Comunidad Autónoma en este período.

La nueva Estrategia continúa, consecuentemente, la línea de las estrategias precedentes y está formulada desde el convencimiento que la intervención en drogodependencias es una responsabilidad social y una tarea colectiva, en la que resulta imprescindible la implicación activa de la sociedad, sus instituciones y las organizaciones en las que se vertebra. Por ello, durante el proceso de elaboración se ha contado con la colaboración, propuestas y aportaciones de las instituciones y entidades que de una y otra forma están implicadas en el fenómeno de las drogodependencias.

No puedo dejar de expresar nuestro profundo agradecimiento a las aportaciones de todos, que han contribuido de manera fundamental a la formulación de la Estrategia y, animar a continuar en el esfuerzo constante en este campo de las drogodependencias, siempre con el objetivo de contribuir a elevar la calidad de vida de la población de Cantabria.

Luis María Truan Silva
Consejero de Sanidad

1. INTRODUCCIÓN **10**

2. MARCO NORMATIVO **14**

2.1. Europeo 16

2.2. Estatal 17

2..3. Autonómico 19

3. ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA BÁSICA DEL PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS **20**

3.1. Antecedentes 22

3.2. Competencias 23

3.3. Recursos 25

4. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE DROGAS 2005-2008 ..... **28**

4.1. Evaluación del diseño 30

4.2. Evaluación del programa de intervención en adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias adictivas 33

4.3. Evaluación del programa de reducción del daño en atención primaria 39

5. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN **48**

5.1. El consumo de drogas en Cantabria 50

5.1.1. Encuesta sobre drogas a la población escolar *51*

5.1.2. Encuesta domiciliaria sobre drogas *64*

5.2. Indicadores indirectos del consumo de drogas 79

5.2.1. Indicador de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas *80*

5.2.2. Indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas *85*

5.3. Principales actuaciones en drogodependencias desarrolladas en el periodo 2005-2008 87

5.3.1. Prevención *87*

5.3.2. Asistencia *90*

5.3.3. Formación *91*

5.3.4. Financiación *92*

6. PRINCIPIOS RECTORES **94**

7. LÍNEAS TRANSVERSALES **98**

8. ÁREAS DE ACTUACIÓN **102**

8.1. Área de prevención 104

8.2. Área de atención integral 109

8.3. Área de información y formación 115

9. EVALUACIÓN **120**

9.1. Indicadores de seguimiento y evaluación 124

10. FINANCIACIÓN **132**

11. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA **136**

1

INTRODUCCIÓN

La Estrategia sobre Drogas 2009-2013 recoge los criterios y líneas estratégicas del abordaje de las drogodependencias en Cantabria para dicho periodo, de acuerdo a las directrices de la Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2005-2012 y de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, así como en consonancia con la Ley 5/1997, de 6 de octubre, de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias de Cantabria. El artículo 1 de la citada ley configura el Plan Regional sobre Drogas como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Cantabria.

Esta Estrategia constituye al mismo tiempo un apoyo a los esfuerzos realizados por las administraciones locales en cada uno de sus territorios, y de las organizaciones sociales que prestan servicios y desarrollan programas en nuestra Comunidad Autónoma.

La elaboración de la Estrategia se ha llevado a cabo desde el Servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, contándose para ello con las recomendaciones de la evaluación realizada de la Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008, así como con la opinión de personal experto, profesionales y agentes de las entidades vinculadas al sector.

El abordaje del fenómeno de las drogodependencias que se presenta parte del análisis de la evolución del consumo de drogas, de sus cambios y de sus consecuencias, con la finalidad de conseguir que, en la medida de lo posible, nuestras actuaciones resulten más ajustadas y adecuadas a las necesidades que se presenten en cada momento.

El proceso de elaboración se ha desarrollado en varias fases. En primer lugar, se ha realizado un análisis de la situación actual, valorándose tanto la evolución de los problemas relacionados con el consumo de drogas, como la experiencia acumulada y la evaluación de las actuaciones anteriores. En función de este análisis, se han introducido los cambios que se especifican en el apartado de resultados y recomendaciones de la evaluación de la Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008, y se han definido tres áreas de actuación de las que emanan los objetivos generales y específicos, con las correspondientes estrategias para su desarrollo e indicadores para su evaluación.

Los datos de las encuestas y estudios sobre consumo de drogas y la experiencia acumulada a la hora de abordar el fenómeno nos indican que si bien los logros han sido considerables, hoy en día, el uso abusivo de las drogas sigue resultando problemático. Asimismo las medidas que vienen siendo utilizadas de forma más usual para atajar el consumo han probado ser insuficientes para afrontar de una forma global el fenómeno de las drogodependencias. Consecuentemente, el abordaje de un plan de drogodependencias ha de diversificarse hacia un abanico amplio de objetivos y estrategias.

Por todo ello, esta Estrategia pretende optimizar los recursos y las actuaciones a desarrollar en el ámbito de las drogodependencias con el fin de **reducir los usos problemáticos de drogas**, y así reducir la morbilidad y la mortalidad asociada a dichos consumos. Entendiendo por *'uso problemático de drogas'* toda aquella utilización de las mismas que produzca un daño o perjuicio social o de salud para quien las utiliza, para terceras personas o para la comunidad.

Aunque las estrategias para hacer frente al fenómeno de las drogodependencias y sus distintas ma-

nifestaciones configuran un extenso abanico de programas, actuaciones y poblaciones destinatarias muy diferentes, las **prioridades para los próximos cinco años** están orientadas fundamentalmente hacia:

- Potenciar el desarrollo, en diferentes ámbitos (escolar, familiar, del ocio y laboral), de los programas de prevención universal centrados en la promoción de actitudes y hábitos saludables y en reforzar los factores de protección frente al consumo de drogas.

- Incrementar y mejorar las intervenciones y acciones de prevención selectiva dirigidas a adolescentes y jóvenes con un riesgo mayor de desarrollar patrones de uso problemático de drogas.

- Reforzar los sistemas de información incorporando nuevos indicadores relacionados con el fenómeno de las drogodependencias que aporten un mayor conocimiento y análisis del mismo.

- Desarrollar un sistema de monitorización y evaluación de las actuaciones que permita conocer y valorar los procesos de intervención desde las diferentes áreas, así como su eficiencia y eficacia a través del análisis de los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos diseñados.

- Reforzar la atención de las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones desde una red amplia, diversificada y normalizada.

- Potenciar el desarrollo y mantenimiento de programas terapéuticos de la red asistencial ajustados a las características y demandas que presentan las personas usuarias.

- Reforzar los cauces de coordinación entre las diferentes instituciones, organizaciones y agentes implicados en el abordaje de las drogodependencias, tanto relacionados con la formación y prevención, como con la asistencia.

2

MARCO
NORMATIVO

Esta Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2009-2013 se halla a su vez en consonancia con la Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2005-2012 aprobada por el Consejo Europeo en diciembre de 2004 y con la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 aprobada por el Consejo de Ministros en enero de 2009.

2.1. EUROPEO

La Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2005-2012 centra sus esfuerzos en cuatro grandes áreas de trabajo: 1 la reducción de la demanda de drogas, 2 la reducción de la oferta de drogas, 3 la cooperación internacional y 4 la información, investigación y evaluación.

1. El **área de la reducción de la demanda** de la Estrategia identifica las siguientes prioridades:

- Mejorar el acceso a los programas de prevención y la eficacia de éstos.
- Facilitar el acceso a los programas de intervención precoz, especialmente entre la población juvenil y adolescente.
- Facilitar el acceso a programas de tratamiento específicos y diversificados, incluido el tratamiento psicosocial y farmacológico.
- Facilitar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de VIH/SIDA, hepatitis, otras infecciones, enfermedades y daños para salud y la sociedad derivados de las drogas.

2. Dentro de la Estrategia Europea, el **área de reducción de la oferta** marca como prioridades:

- Consolidar la cooperación policial en la UE tanto en los niveles estratégicos como en los de prevención de la delincuencia, para aumentar las actividades operativas en el campo de drogas y el desvío de precursores respecto de la producción, el tráfico transfronterizo (dentro de la UE) de drogas, las redes delictivas dedicadas a estas actividades y la delincuencia.
- Intensificar la cooperación efectiva entre cuerpos y fuerzas de seguridad de los Estados miembros recurriendo a instrumentos y marcos existentes.
- Prevención y castigo de la importación y exportación ilícitas de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, también hacia los territorios de otros Estados miembros.
- Mejorar la cooperación, dentro de un marco de la UE, en los ámbitos policial, de la criminología y las ciencias forenses, entre Estados miembros de la UE que tengan intereses comunes o padezcan los mismos problemas de droga.

- Intensificar los esfuerzos de las fuerzas y cuerpos de seguridad dirigidos a países no miembros de la UE, en especial países productores y regiones limítrofes de rutas de tráfico.

3. En relación al **área de cooperación internacional**, las prioridades de la Unión Europea se centran en:

- Una acción coordinada, eficaz y más perceptible de la Unión en organizaciones y foros internacionales que fomente y promueva un planteamiento equilibrado del problema de la droga.

- Es preciso que la Unión realice un esfuerzo para alentar a los países candidatos y candidatos potenciales a que adopten y apliquen el acervo de la UE y, en la mayor medida posible, dentro de las estructuras existentes, como el OEDT, Europol y Eurojust.

- Ayudar a los terceros países, incluidos los países vecinos de Europa, a que sean más eficaces tanto en la reducción de la demanda como de la oferta, mediante una cooperación más estrecha entre los Estados de la UE y mediante la integración del problema de la droga en el diálogo general de la Política Exterior y de Seguridad Común (PESC) y la cooperación para el desarrollo.

4. El área de **información, investigación y evaluación** tiene las siguientes prioridades:

- Mejorar el conocimiento de la UE en el ámbito de las drogas y consolidar los sistemas e instrumentos de información sobre drogas desarrollados durante el periodo comprendido entre 2000 y 2004, haciendo pleno uso del OEDT y de Europol.

- Cada uno de los planes de acción de la UE debería incluir temas de investigación prioritarios que se han de fomentar a nivel de la UE y promoverse los intercambios a gran escala y la difusión de los resultados de la investigación. Debería prestarse atención especial a la formación de profesionales y a la consulta a los actores públicos y privados.

- La Comisión será responsable de la evaluación constante y general de la Estrategia y del Plan de acción con el apoyo de los Estados miembros, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Europol. Esto debería llevarse a cabo sobre la base de instrumentos y parámetros metodológicos adecuados, teniendo en cuenta los trabajos realizados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Europol en este ámbito.

2.2. ESTATAL

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como finalidad orientar, impulsar y coordinar las diferentes actuaciones en materia de drogas y de drogodependencias que se desarrollen en Es-

paña en el período 2009-2016 y sirve de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 marca como objetivos generales:

1. Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución.

2. Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.

3. Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.

4. Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.

5. Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.

6. Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.

7. Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

8. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a regular y controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.

9. Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero, profundizando la colaboración con las autoridades administrativas competentes en materia de prevención del blanqueo de capitales y de acuerdo con los criterios establecidos con carácter general en este ámbito por la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias.

10. Mejorar y ampliar la formación de profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.

11. Incrementar y mejorar la investigación con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.

12. Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.

13. Optimizar la coordinación y cooperación, tanto en el marco del Estado español como en el marco europeo e internacional en general.

2.3. AUTONÓMICO

El marco legal en Cantabria en relación con las drogodependencias se compone de las siguientes leyes, decretos y órdenes de nuestra Comunidad Autónoma:

- 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).

- 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 amplia 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.

- La Estrategia Regional sobre Drogas de Cantabria 2005-2008 se aprueba por acuerdo del Consejo de Gobierno de Cantabria de 22 de diciembre de 2005.

3

ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA BÁSICA DEL **PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS**

3.1. ANTECEDENTES

La normalización y generalización del uso de drogas ha fomentado que las drogodependencias hayan pasado a considerarse un problema de Salud Pública y ha permitido que su abordaje se haya ido integrando y normalizando, en la vertiente preventiva y asistencial, dentro de los Servicios de Salud.

En Cantabria este proceso ha evolucionado desde las primeras estrategias englobadas como un subprograma de la Dirección Regional de Bienestar Social a la situación actual con la inclusión, por un lado, del Servicio de Drogodependencias dentro de la Dirección General de Salud Pública, con el consiguiente cambio de las actuaciones aisladas por estrategias de salud pública, y por otro, de las redes asistenciales de adicciones dentro de los servicios de salud.

En 1984, 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, contando entre sus componentes 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 la 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 “Víctor 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, la cual introduce programas de reducción del daño en los centros asistenciales.

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.

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

El Servicio de Drogodependencias en el año 2005 pasa a depender 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. En este mismo año, comienza la integración del Programa de Mantenimiento con Metadona en Atención Primaria y se crea la Comisión Tripartita para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral en la Comunidad de Cantabria.

En el año 2006 se implanta el Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas.

En el año 2007 se crean dos Unidades fijas de Dispensación de Metadona que sustituyen al Programa Móvil de Reducción del Daño.

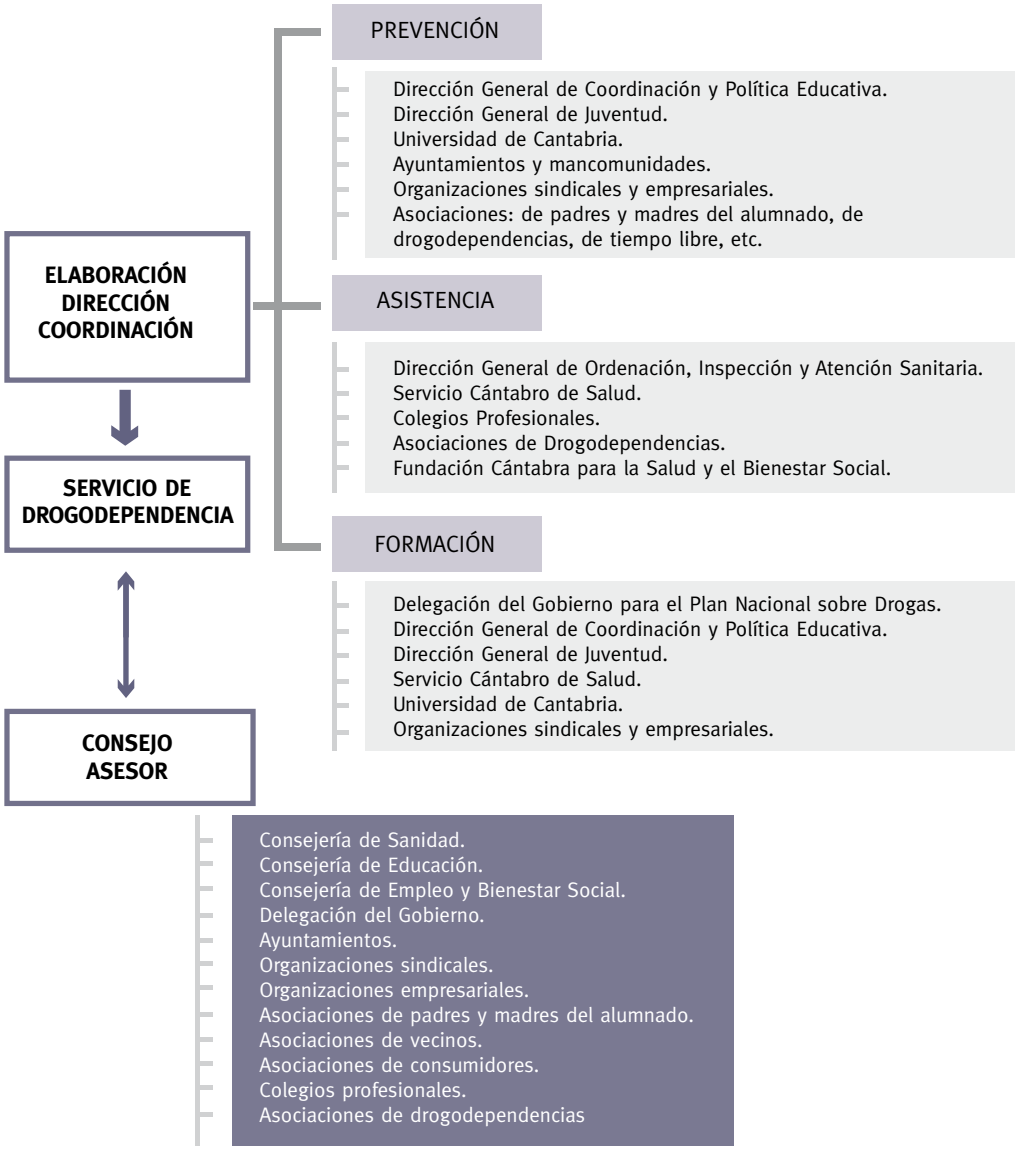
3.2. COMPETENCIAS

Actualmente para desarrollar una política que se pretenda coherente en relación al fenómeno de las drogodependencias se requieren diferentes estrategias de actuación con la implicación de todos aquellos agentes que tienen responsabilidad en los sectores de actividad implicados, tanto instituciones públicas y privadas, como asociaciones y/o personas.

La participación del conjunto de los actores sociales es un eje indiscutible en el desarrollo de la Estrategia sobre Drogas. El liderazgo de la Administración Autonómica va acompañado del diálogo y la colaboración de las diversas organizaciones sociales que trabajan directa o indirectamente en el tema. La participación ciudadana es una de las vías principales para conseguir el éxito de la Estrategia.

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.

Para desarrollar la Estrategia sobre Drogas 2009-2013 es por tanto imprescindible establecer las relaciones que hagan efectiva esta implicación y coordinación, y para ello se pone en marcha un complejo entramado cuya distribución de competencias se expone a continuación.



3.3. RECURSOS

Los diferentes tipos de servicios y recursos vinculados a la intervención en materia de drogodependencias en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria, aún siendo independientes, funcionan en forma de red para dar respuesta al fenómeno de las drogodependencias.

- El Servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública es el encargado de elaborar, dirigir y coordinar el Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria, destacando las siguientes funciones:

  - Definir y establecer las directrices, criterios y líneas de acción en los campos de prevención, tratamiento e incorporación social de las drogodependencias.
  - Planificación, coordinación, evaluación y financiación de programas de prevención.
  - Coordinación de los diferentes programas de asistencia y reinserción como eje referencial en materia de drogas.
  - Información y orientación a la ciudadanía en materia de drogodependencias.
  - Información y sensibilización de la opinión pública.
  - Centro de información y documentación.
  - Coordinación, apoyo técnico y colaboración con las entidades públicas y la iniciativa social.
  - Realización de estudios epidemiológicos.
  - Formación de profesionales y agentes sociales.

- Los Centros de Tratamiento Ambulatorio desarrollan las distintas fases del proceso terapéutico en régimen abierto a través de actividades de orientación, reducción de daños e incorporación social, permitiendo el desarrollo de una amplia gama de alternativas terapéuticas que se adapten a cada paciente. En Cantabria existen seis centros ambulatorios, tres de ellos dependientes de la Dirección General de Ordenación, Inspección y Ordenación Sanitaria de la Consejería de Sanidad.

- Las Comunidades Terapéuticas desarrollan las distintas fases del proceso terapéutico en régimen cerrado o residencial. En Cantabria existen cuatro comunidades, una con dependencia de la Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social del Gobierno de Cantabria.

- La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, con dependencia institucional del Servicio Cántabro de Salud, está integrada en el Hospital Santa Cruz de Liencres y tiene la función de realizar desintoxicaciones en régimen de internado, cuando la patología asociada o las circunstancias psicosociales o familiares hacen difícil llevarla a cabo de forma ambulatoria.

- La Unidad de Deshabituación Tabáquica, con dependencia institucional del Servicio Cántabro de Salud, es un recurso especializado en el tratamiento del tabaquismo desde un abordaje médico y psicológico.

- Las Unidades de Dispensación de Metadona, ubicadas en Santander y Torrelavega con dependencia institucional de Cruz Roja Española en Cantabria. Llevan a cabo tanto la dispen-

sación de metadona como los programas de intercambio y distribución de material estéril de inyección.

- Los Centros de Salud desarrollan el Programa de Reducción del Daño en Atención Primaria, llevando a cabo entre otras actuaciones la dispensación de metadona a pacientes que previamente les ha sido prescrita por los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la Consejería de Sanidad.

- Asociaciones que trabajan en el campo de las drogodependencias de Cantabria:

  - Asociación Montañesa de Ayuda al Toxicómano
  - Asociación Cántabra de Ayuda al Toxicómano
  - Fundación Centro de Solidaridad de Cantabria. Proyecto Hombre
    Cruz Roja Española en Cantabria

4

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE DROGAS **2005-2008**

La evaluación es un instrumento de transformación cuya finalidad última es la mejora del programa, constituyéndose por tanto en elemento imprescindible para la planificación y gestión. En términos de contribución a modificar la situación de vulnerabilidad, adversidad o inequidad en cuanto a la salud de los diferentes grupos poblacionales afectados por el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, la evaluación nos ayuda a comprender y determinar en qué medida se ha producido el cambio deseable. Asimismo la evaluación contribuye a establecer la medida en que las actuaciones desarrolladas por la Estrategia Regional sobre Drogas para producir estos cambios han resultado o no las adecuadas, y qué modificaciones se recomiendan en la manera de hacer las cosas. Finalmente, la evaluación favorece el incremento de las capacidades de los diversos colectivos involucrados en la atención en salud y en la prevención del consumo de drogas, de tomar conciencia, comprender y evaluar su propia acción para apropiársela, mejorar su capacidad de trabajo colectivo y responsabilizarse de su propio trabajo. De esta forma, la evaluación tiene como objetivo la rendición de responsabilidades.

De acuerdo al marco lógico de la propuesta metodológica de la evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, cada comunidad autónoma debe realizar la evaluación de su propio plan o estrategia. Para ello desde la END se apunta a la conveniencia de que los equipos o servicios de drogodependencias no se constituyan en "juez y parte" en la ejecución de la misma, por lo ya asentado por diversas publicaciones en cuanto a lo que pudiera suponer una menor independencia de criterio.

Siguiendo las directrices de la Estrategia Nacional, la Dirección General de Salud Pública (DGSP) decide realizar durante 2009 una evaluación de la Estrategia Regional sobre Drogas (ERD) 2005-2008 del Gobierno de Cantabria, encargando dicha labor al Observatorio de Salud Pública de Cantabria[1], en colaboración con el Servicio de Drogodependencias de la DGSP. Dada la novedad y complejidad de la ERD, y desde la lógica de ayudar a la mejora de la planificación de la nueva edición, se toma la decisión de evaluar, por una parte, el diseño de la misma. Conjuntamente, se valora la necesidad de realizar una evaluación en profundidad de los dos programas innovadores que nacen con esta Estrategia sobre Drogas, el Programa de *Reducción del Daño en Atención Primaria y el Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas*, liderada por profesionales del Servicio de Drogodependencias de la DGSP, y desarrollada en colaboración con la Cátedra de Investigación Cualitativa (Cerq) de la Universidad Autónoma de Barcelona, gestionada por la Fundación Doctor Robert.

4.1. EVALUACIÓN DEL DISEÑO

La evaluación del diseño de la ERD valora por un lado la **relevancia** de la estrategia (conciliación entre las necesidades y problemas de la comunidad, observadas a través del análisis de situación realizado, con los objetivos), su **coherencia** (la **interna**, respecto al ajuste entre los objetivos con las estrategias desarrolladas para alcanzarlos, y la coherencia **externa**, respecto a otros planes o programas del contexto) y su **pertinencia** (claridad y concreción en la formulación de los objetivos, que deben ser

[1] El Observatorio de Salud Pública está adscrito a la Fundación Marqués de Valdecilla y pertenece a la Consejería de Sanidad.

consecuentes con los compromisos, los tiempos y los recursos, además de valorarse si se han diseñado los mecanismos adecuados de información, seguimiento y evaluación).

En cuanto a la **relevancia de la ERD con las políticas y las necesidades de Cantabria**, podemos referirnos primeramente a que los Principios Generales de la Estrategia Regional 2005-2008 se extrajeron íntegramente de la Ley de Cantabria 5/1997 de 6 de octubre de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias, la cual hace referencia a "estrategias y programas de prevención" que posteriormente dieron lugar a la ERD.

De acuerdo al Análisis de Situación elaborado por el Servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública para el desarrollo de la ERD 2005-2008 de Cantabria, podemos deducir que la definición de ésta es acorde con el aumento del consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas (cánnabis y cocaína fundamentalmente) producido desde 1998 hasta 2004 en Cantabria, tras el cual se comienza a desarrollar la ERD. El incremento del consumo de tabaco, particularmente entre adolescentes, había dado ya lugar a la decisión de desarrollar un Plan de Prevención y Control del Tabaquismo 2004-2007. Asimismo, se justificaba la ERD y se le presuponía una buena acogida dado el incremento de la percepción de riesgo de la población ante las distintas conductas de consumo de drogas, tanto respecto al consumo diario de alcohol y tabaco como al consumo esporádico o habitual del resto de drogas ilícitas (cánnabis, tranquilizantes, alucinógenos, éxtasis, cocaína y heroína).

Para adecuar la ERD a las necesidades de la población, el Análisis de Situación podría haber recogido datos sobre la población meta en cada uno de los programas, tanto los que ya estaban en marcha como los de nueva creación (*Programa de Reducción del Daño en Atención Primaria y el Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas*). Esta valoración hubiese facilitado la definición de las fases de los programas (desde la fase de pilotaje hasta la de total implantación) de acuerdo a los recursos, tanto económicos como técnicos y humanos necesarios, así como hubiese facilitado su evaluación. Asimismo en las áreas o programas de nuevo o creciente desarrollo hubiese sido relevante haber contado con un mapeo de los recursos existentes (fundamentalmente técnicos y humanos) y de las necesidades formativas para ponerlos en marcha.

Respecto a la **coherencia interna** de la ERD entre los objetivos y las estrategias desarrolladas para alcanzarlos, en general la Estrategia respondía al trabajo que se estaba haciendo anteriormente, por lo que da seguimiento a la labor previa. No obstante, con la finalidad de mejorar la atención integral a algunos colectivos usuarios de drogas y en aras a eliminar desigualdades en cuanto al acceso a servicios de salud, la ERD rompe con algunas lógicas de trabajo anteriores al incorporar el nuevo Programa de Reducción del Daño en Atención Primaria que integra a las personas usuarias a tratamiento con metadona en la red asistencial de Centros de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.

En cuanto a la **coherencia externa**, la ERD de Cantabria hizo suyas, integrando en su totalidad, las 12 Líneas de Trabajo Prioritarias del Plan de Acción Nacional 2005-2008, aunque la línea 6: "Incorporar la perspectiva de género en todas las áreas de intervención en materia de drogas", por considerarse un eje transversal a toda la Estrategia, no se visualizó después en actuaciones concretas en las áreas de actuación. Por otra parte, la línea 10: "Actuar sobre los consumos de tabaco y alcohol", no se resolvió en actuaciones concretas en estas dos áreas, dado que por un lado existe paralelamente un

Plan de Prevención y Control del Tabaquismo, y que el tema del alcohol precisaba aun de trabajo en su abordaje. La fragmentación de los temas de drogas y tabaco en diferentes planes fue pensada políticamente como una forma de aportar más relevancia y visibilidad a cada tema y plan, aunque pueda desde el plano operativo resultar en cierto grado de duplicación del trabajo, ya que ambas son ejecutadas por el mismo Servicio de Drogodependencias de la DGSP. Finalmente, respecto a la línea 12: "Fortalecer la participación española en la política europea sobre drogas", no se planeó ninguna contribución desde la ERD. En este sentido se podría decir que la mayoría de las líneas planteadas por la Estrategia Nacional e incorporadas a la ERD se han convertido en ejes directores de la misma, aunque resultase en cierto modo ambicioso integrar todas y cada una de las líneas.

En lo relativo a la **pertinencia** de la ERD, se valoran todos aquellos aspectos relacionados a la adecuación metodológica y coherencia que guardan las áreas de actuación de la ERD (Prevención; Asistencia integral; Integración social; Información, formación e investigación; y Coordinación), centrándonos en el análisis de la correspondencia entre los objetivos redactados y el análisis de situación descrito, así como en la congruencia entre los distintos niveles de planificación (áreas de actuación, objetivos generales, objetivos específicos y actuaciones previstas) y la metodología de intervención y los recursos necesarios para llevarla a cabo. De esta forma se van volcando las recomendaciones de la evaluación del diseño de la ERD en la planificación de la nueva edición, teniendo igualmente en cuenta el diseño de los mecanismos adecuados de información, seguimiento y evaluación.

En este proceso se llegan a varias conclusiones que suponen **cambios en la estructura de la ERD de cara a la presente Estrategia sobre Drogas 2009-2013:**

- Formular los siguientes **Principios Rectores**, consensuados y concretados por profesionales del Servicio de Drogodependencias: el abordaje bio-psico-social de las drogodependencias, la integralidad, la equidad, la transversalidad de la perspectiva de género, la participación y la flexibilidad. Dado que, tanto los Principios Generales como las Líneas de Trabajo Prioritarias de la ERD provenían literalmente de otros documentos sin haberse adecuado totalmente, se cuestiona que haya una serie de conceptos y temáticas transversales que carecen de marco contextual y teórico.

- Considerar cuatro **Líneas de Aplicación Transversal:** Coordinación, Investigación, Cooperación Internacional y Evaluación. Estas líneas tendrán cabida en todas y cada una de las áreas de actuación, impregnando así la totalidad de la Estrategia y determinando las actuaciones que se han de abordar de acuerdo a las necesidades y prioridades de cada área.

- La articulación de la actual Estrategia en torno a **tres Áreas de Actuación:** Prevención, Atención Integral e Información y Formación. Para ello se ha reagrupado el Área de Incorporación Social con el de Atención Integral, al entender que la intervención asistencial de las drogodependencias debe considerar a la persona en su integralidad, y se ha pasado el Área de Coordinación a Línea de Aplicación Transversal.

- **Redefinir el Área de Prevención**, partiendo del marco conceptual en el que ya trabaja el Servicio de Drogodependencias en cuanto al desarrollo de los programas desde la prevención

universal, selectiva e indicada. Así, el Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo que estaba en el Área de Atención Integral por razones de estructura del trabajo dentro del Servicio, pasa al Área de Prevención.

- **Rediseñar el Área de Información, Formación e Investigación**. Aunque estos tres grandes bloques son transversales a toda la ERD, se considera que mientras que las dos primeras son áreas cardinales a toda la actuación de la ERD, estando suficientemente justificado contar con ambas para la siguiente edición; la investigación, tal y como estaba planteada no contenía estrategias o actuaciones para todos los objetivos planteados, careciendo igualmente de recursos técnicos suficientes para poderla desarrollar. Parece por tanto más realista a la vista de las posibilidades del Servicio de Drogodependencias, que para la nueva edición la investigación se plantee de acuerdo a los intereses y posibilidades en todas las áreas de actuación, ya que no hay un plan concreto o estudios proyectados que requieran de un área específica de investigación.

Estos cambios en la estructura de la ERD conllevan asimismo modificaciones en los objetivos y estrategias que se definen para cada área de actuación, así como en el seguimiento y la evaluación de la nueva Estrategia. Para todo lo cual se ha hecho necesario un análisis de situación más exhaustivo que justifica la nueva estructura, y un mapeo de niveles de intervención y competencias que facilita la comprensión y flujo de articulaciones y actuaciones de la compleja red de actores involucrados en el desarrollo de la Estrategia.

4.2. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Entre los meses de junio y noviembre de 2009 se ha establecido un proceso de acompañamiento formativo en evaluación entre el Servicio de Drogodependencias responsable de la Estrategia sobre Drogas 2005-2008 de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria y la Cátedra de Investigación Cualitativa (Fundación Dr. Robert-UAB-IES)[2].

El objetivo fundamental del proceso ha sido el de evaluar el Programa de Intervención en *Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas*, con la intención de facilitar:

- La detección de elementos para el cambio y la mejora del diseño, los procesos y los resultados de los programas evaluados.

- Un aprendizaje significativo en evaluación para profesionales implicados, centrado en sus propias prácticas y los retos que éstas conllevan.

[2] La Cátedra de Investigación Cualitativa UAB-IES-FDR, adscrita al Departamento de Psicología Social y gestionada por la Fundación Doctor Robert, tiene por misión contribuir, impulsar y consolidar la investigación y evaluación cualitativa y participativa, especialmente en el área de la salud y social, desde una perspectiva de trabajo multiprofesional y multisectorial.

Contexto de la evaluación

A lo largo del año 2009, la Dirección General de Salud Pública (DGSP) ha estado evaluando la Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008 del Gobierno de Cantabria. En el marco de dicha iniciativa, la DGSP ha considerado la necesidad de realizar una evaluación en profundidad del *Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas.* Las cuestiones que han motivado dicha decisión han sido diversas:

1. Por un lado, el tratarse de un Programa de nueva implantación.

2. Por otro lado, el hecho que desde el equipo del Servicio de Drogodependencias se valorara que el Programa no había cubierto las expectativas iniciales en cuanto demandas directas por parte de las familias.

La evaluación del Programa ha sido liderada por el equipo del Servicio de Drogodependencias, y desarrollada en colaboración con la Cátedra de Investigación Cualitativa (Cerq).

La evaluación se ha planteado desde la lógica de un proceso de aprendizaje, y ha sido realizada en base a un planteamiento de trabajo colaborativo. Dicha propuesta se ha desarrollado bajo el amparo de una Comisión de Seguimiento de la Evaluación, constituida por representantes del equipo del Servicio de Drogodependencias, profesionales del Programa, el Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) y la Cátedra de Investigación Cualitativa.

Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas, se puede definir como una estrategia de prevención, selectiva e indicada, encaminada al abordaje de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas y cuyo objetivo no es sólo la reducción del consumo, sino también la reducción de los problemas asociados al consumo.

En este sentido, el Programa propone la necesidad de articular una intervención de naturaleza doble:

1. Por un lado, una **intervención centrada en la competencia familiar y las habilidades personales de padres/madres y adolescentes** con dependencias y consumos problemáticos, en el marco de un espacio terapéutico específico.

2. Por otro lado, una intervención sumamente flexible y dinámica, centrada en la **intervención temprana con adolescentes con consumos incipientes de sustancias adictivas (o en procesos de riesgo), y orientada a ofrecer a adolescentes, padres y madres**, profesionales de Atención Primaria, profesorado y otros mediadores sociales, un asesoramiento especializado que les permita abordar la problemática del consumo de drogas en el medio social más próximo al menor o a la menor.

Metodología

La evaluación se ha realizado en base a los principios de la llamada evaluación participativa. Eso ha

implicado, entre otras cosas, la inclusión de las necesidades informativas de los diferentes agentes implicados en el Programa para determinar qué preguntas se deben responder con la evaluación, así como la participación de éstos en el diseño e interpretación de los resultados de la misma. Desde este marco, las fases que ha seguido la evaluación son las siguientes:

- **Fase 1: Diseño de la evaluación**

  El primer paso para la planificación de cualquier evaluación es determinar las cuestiones sobre las que, en el futuro, querremos emitir un juicio de valor.

  A esos efectos se realizó un trabajo exploratorio por parte del equipo del Servicio de Drogodependencias y el OSPC, con la finalidad de identificar las distintas "preguntas de evaluación" que debían ser respondidas a lo largo del proceso.

  Se amplían las preguntas de evaluación como consecuencia del trabajo exploratorio con la psicóloga del Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas, con el equipo del Servicio de Drogodependencias y el OSPC. Finalmente se completaron y sistematizaron las "preguntas de evaluación" y el trabajo de campo necesario para responderlas.

- **Fase 2: Realización del trabajo de campo**

  Implementar la evaluación de cualquier programa conlleva la ejecución de lo planificado en relación a la misma. Es decir, implica el desarrollo del trabajo de campo necesario para responder las preguntas de evaluación previamente formuladas.

  Para dar respuesta a esas preguntas se consideraron fuentes primarias y secundarias, de carácter cuantitativo y cualitativo (entrevistas grupales e individuales; encuesta, grupo de discusión, etc.)

- **Fase 3: Análisis y recomendaciones para el cambio**

  De la anterior fase de generación y recogida de datos se desprende una fase de análisis de la información generada y un trabajo conjunto con la Comisión de Seguimiento de la Evaluación para la interpretación de la misma. Para ello se realizó un taller orientado a la extracción de conclusiones y la construcción conjunta de recomendaciones (taller 3) para la mejora del programa evaluado.

Participantes

Durante todo el proceso de evaluación, de entre los múltiples agentes que intervienen en el programa (gestores, planificadores, profesionales de la salud, de la educación, de aplicación del programa, personas usuarias…) han participado un total de 79 personas diferentes.

FASES DE LA EVOLUCIÓN
FASE 1
Trabajo exploratorio previo para construir las primeras preguntas de evaluación por el equipo del Servicio de Drogodependencias y el Observatorio de Salud Pública del Gobierno de Cantabria
Taller 1: La teoría del cambio y las preguntas de evaluación con el equipo del Servicio de Drogodependencias y el Observatorio de Salud Pública del Gobierno de Cantabria
Entrevista exploratoria con la psicóloga del *Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociado al Consumo de Sustancias Adictivas*
Taller 2: De las preguntas de evaluación a los indicadores con la Comisión de Seguimiento de la Evaluación
FASE 2
Entrevista grupal con responsable de la Unidad Mental Infanto-Juvenil y la psicóloga del Programa
Entrevista grupal con adolescentes
Entrevista grupal con madres y padres de adolescentes
Grupo de discusión con profesionales de Atención Primaria, del Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicio Atención a la infancia y adolescencia
Encuesta a profesionales de salud de AP, trabadores/as sociales, educadores/as, orientadores/as y profesorado
FASE 3
Taller 3: Taller de conclusiones y recomendaciones con la Comisión de Seguimiento de la Evaluación

A continuación quedan recogidos los principales resultados y recomendaciones de cambio que han emergido con el proceso, en relación a cada uno de los temas explorados con la evaluación.

Resultados y recomendaciones de cambio

Logros del Programa:

1. El *Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas* **ha logrado desarrollar una intervención** centrada en **dar respuesta a las demandas de abordaje de casos de adolescentes con consumos problemáticos**. Además, lo ha hecho **partiendo del fomento de la responsabilidad** de las y los adolescentes ante sus actos (tratando de hacerles más conscientes de sí mismos); y el desarrollo de las habilidades educativas de los padres/madres (tratando de aumentar su competencia familiar, y tratando de apoyarles ante los niveles de estrés generado por esta situación).

2. La localización física del servicio en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (y el desarrollo del Programa al amparo físico y funcional de esa unidad) **ha permitido al Programa capitalizar el trabajo de difusión en pediatría y Atención Primaria que la unidad había realizado durante años**. De la misma forma, ha permitido al equipo del Programa nutrirse de las dinámicas de trabajo interno de la Unidad en términos **de formación, trabajo en equipo**, etc.

3. Es un logro del Programa que, de los 112 adolescentes (86 chicos, 26 chicas) atendidos a lo largo de los 3 años de ejecución, **64% han cumplido con los objetivos establecidos** desde el punto de vista del equipo del programa.

4. También se puede considerar un logro que, a través de establecer de manera negociada los objetivos de la intervención, el Programa **haya reportado** un **incremento de los recursos personales para gestionar la vida cotidiana** de manera saludable, en buena parte de los y las adolescentes participantes y sus familiares.

5. Desde la lógica de la innovación, es un logro del Programa **haber asumido** una **alternativa metodológica** que, aunque desarrollada a pequeña escala y con adolescentes con consumos instaurados, **puede representar una nueva forma de intervenir en el abordaje de las situaciones de consumo ocasional** con el que se encuentran muchos/as profesionales habitualmente.

6. Es un logro del Programa contar con profesorado, profesionales de la sanidad y otros mediadores sociales como potenciales "detectores" y "derivadores" al Programa. Esto se ha revelado como una **buena estrategia para facilitar el acceso al Programa a los y las adolescentes**. No solo porque los registros indican que solamente un 19% de los accesos responden a una demanda directa por parte de familias o adolescentes sino porque, además, los y las adolescentes participantes en la evaluación coinciden en afirmar que, de ser por dichos agentes, no hubieran tomado por su cuenta la iniciativa de participar en el Programa.

Aspectos de mejora y recomendaciones de cambio:

1. La voluntad de intervenir desde la prevención selectiva en el ámbito del consumo de drogas entre adolescentes, requiere que **el Programa identifique y describa los procesos y conductas de riesgo específicos** para el grupo de población al que se quiere dirigir y sobre los que quiere intervenir.

2. Consideramos la necesidad de recomendar la inclusión de circunstancias relacionadas con las desigualdades de género en el abordaje de los motivos y las consecuencias de los consumos en adolescentes. Concretamente, sería interesante que el Programa considerara el **análisis diferencial por sexo de los "motivos para el consumo"** (que articulan la población adolescente en contacto con el programa), diseñado para que admita una posterior lectura en clave de género.

3. Se recomienda que el equipo planificador **tome medidas orientadas a visualizar el Programa como un recurso que también está concebido para ofrecer asesoramiento a otros y otras profesionales en la detección y gestión** (contención, derivación) de adolescentes con procesos de riesgos y/o conductas asociadas al consumo.

Concretamente, **se recomienda** que **se promocione el Programa como un recurso que**, además de ofrecer una intervención para consumos problemáticos en el marco de un espacio te-

rapéutico específico, **proporcione un servicio de asesoramiento** que puede ser solicitado por:

a) Docentes de los Centros Educativos: asesoramiento en habilidades, competencias o herramientas para gestionar el manejo de las múltiples circunstancias relacionadas con los procesos de riesgo y los consumos.
b) Profesionales de Atención Primaria: Asesoramiento y coordinación con profesionales de salud para consensuar estrategias de aproximación e intervención ante situaciones de riesgo.
c) Otros trabajadores y trabajadoras y/o mediadores sociales: Asesoramiento y coordinación con los equipos de servicios sociales municipales, etc.

4. Se recomienda que el servicio de asesoramiento para profesionales de la salud, docentes y/o mediadores sociales, en relación a los procesos de riesgo asociados al consumo de sustancias adictivas:

a) Vaya **más allá del asesoramiento temático**, e incorpore **también** aspectos de **sensibilización** con profesionales "¿qué hay que mirar para detectar **procesos de riesgo asociados al consumo de sustancias adictivas?"**
b) Tenga que ver con capacitar a **profesionales** con herramientas que les permiten **ayudar a las familias** a identificar, asumir y abordar los consumos de sus hijos/hijas (reconocimiento del problema, superación de tabúes, prejuicios, miedos a la estigmatización, etc.)
c) Tenga que ver con facilitar herramientas a docentes para ir más **allá de trabajar contenidos** en clase (problemas de sobrecarga de agenda, motivación, etc.) y puedan diseñar un **abordaje más transversal** del fenómeno. Por ejemplo, tratando de impulsar proyectos interdisciplinares y asesorar a docentes en el diseño e implementación de dichos proyectos.
d) Se oriente a que adquieran nuevas herramientas **para gestionar la formación** de adolescentes **en términos de "autonomía", "toma de decisiones", "responsabilidad"**, etc.

5. Se recomienda que el trabajo del Programa con docentes se oriente a mejorar los espacios y **las herramientas de coordinación de esos y esas profesionales con el propio Programa y con otros recursos**. Concretamente, se recomienda:

a) Mejorar el flujo de información entre el Programa y el profesorado, en cuanto a la intervención realizada desde el Programa con el alumnado, y **compartir así estrategias** comunes de intervención.
b) Que el Programa oriente a docentes en relación al trato del alumnado **procedentes de servicios de atención a la infancia y adolescencia** (centros de acogida, centros tutelados, etc.), para mejorar el abordaje de las problemáticas de elevado consumo de dicho alumnado.
c) Que el Programa oriente a docentes en relación a las **posibilidades de coordinación con otros recursos** como por ejemplo los servicios de salud que tienen presencia en los centros educativos a través de la Consulta Joven, y a los cuales, a priori, los y las docentes atribuyen mayor capacidad de contacto y comunicación con adolescentes.

d) Que el programa oriente a docentes en relación a la necesidad de **tratar los consumos de sustancias adictivas** que no conllevan disfuncionalidades en el centro (tabaco, alcohol), así como en relación a estrategias de **aproximación al alumnado** en el abordaje de dicho fenómeno.

6. Se recomienda ampliar el grado de conocimiento que los distintos grupos de profesionales implicados tienen del Programa y **cambiar el método de difusión**, poniendo un **énfasis** especial en **comunicar** los **usos** (apoyo, consultoría, etc.) que el Programa **les puede ofrecer** en relación a:

a) La mejora de sus competencias para detectar y gestionar las situaciones de riesgo o de consumo entre adolescentes.
b) La mejora de sus competencias para abordar el trabajo con familias en el reconocimiento del problema, la superación de tabúes, prejuicios, la construcción de una demanda de ayuda, etc.

7. Se recomienda **explorar los canales más adecuados** para dirigirse a **adolescentes** (difusión on-line, difusión viral, etc.) **y familiares** (tríptico, reuniones, etc.), **adaptando en cada caso los contenidos** de la información para garantizar que el mensaje se ajusta a las expectativas de cada receptor.

8. Se recomienda el **cambio de nombre** del Programa (o la asunción de un nombre complementario) para dar a conocer el Programa bajo un nombre más adecuado y atractivo desde el punto de vista comunicativo.

9. Se recomienda **considerar la posibilidad de ofrecer** (en la medida que exista demanda, y atendiendo a la lógica de coste-beneficio) **el servicio** de consultoría a profesionales o de primera visita (familiares y adolescentes) también **en Torrelavega**, para mejorar la visualización del Programa como un servicio autónomo de primer nivel.

10. Se recomienda **transferir las lógicas de trabajo del Programa** (basadas en la promoción de la autonomía, la responsabilidad, etc.), a otras instituciones (como los centros educativos) que demandan llevar su intervención más allá del trabajo en clase con contenidos preestablecidos.

11. Se recomienda que se considere la posibilidad de **abrir canales de coordinación y cooperación entre el Programa y las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UADs)**, con el fin de poner a disposición de los y las usuarias de las UADs (y de sus hijos/hijas) los servicios del Programa.

4.3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL DAÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El objetivo fundamental del proceso ha sido el de evaluar el Programa de Reducción del Daño en

Atención Primaria, con la intención de facilitar:

- La detección de elementos para el cambio y la mejora del diseño, los procesos y los resultados de los programas evaluados.

- Un aprendizaje significativo en evaluación para profesionales implicados/as, centrado en sus propias prácticas y los retos que éstas conllevan.

Contexto de la evaluación

A lo largo del año 2009, la Dirección General de Salud Pública (DGSP) ha estado evaluando la Estrategia sobre Drogodependencias 2005-2008 del Gobierno de Cantabria. En el marco de dicha iniciativa, ha considerado la necesidad de realizar una evaluación en profundidad del *Programa Reducción del Daño en Atención Primaria*. Las cuestiones que han motivado dicha decisión han sido diversas:

1. Por una lado, el tratarse de un Programa de nueva implantación.

2. Por otro lado, el interés de incorporar elementos para el cambio y la mejora en un Programa que aún no ha terminado su implantación en todo el territorio.

La evaluación del Programa ha sido liderada por el equipo del Servicio de Drogodependencias, y desarrollada en colaboración con la Cátedra de Investigación Cualitativa (Cerq).

La evaluación se ha planteado desde la lógica de un proceso de aprendizaje, y ha sido realizada en base a un planteamiento de trabajo colaborativo. Dicha propuesta se ha desarrollado bajo el amparo de una **Comisión de Seguimiento de la Evaluación,** constituida por representantes del equipo del Servicio de Drogodependencias, profesionales de las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UADs), el Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) y la Cátedra de Investigación Cualitativa.

El *Programa de Reducción del Daño* se concibe como una **estrategia de intervención global** que se dirige tanto sobre la conducta adictiva como sobre **los problemas derivados del consumo de drogas**. En 1990 se implanta en Cantabria el *Programa de Mantenimiento con Metadona* dirigido a personas adictas a la heroína, llevado a cabo por las UADs. En 1996 se amplia con un programa móvil de dispensación realizado por Cruz Roja Española en Cantabria, que incrementa la cobertura territorial del programa.

En el año 2004, se valora que el perfil de las personas usuarias incluidas en el Programa había cambiado sustancialmente respecto a los años 90 (situación de estabilidad laboral y familiar y cronicidad del tratamiento). Por otra parte, el Observatorio Español sobre Drogas señalaba que estaba disminuyendo en España el consumo de heroína como los problemas derivados de su consumo. Esta misma situación ocurría en Cantabria, descendiendo notablemente las personas usuarias atendidas en las unidades móviles.

En el año 2005, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, siguiendo las líneas de actuación marcadas tanto a nivel Europeo como Nacional, se acogió a las recomendaciones que proponían realizar el tratamiento de las personas drogodependientes en Atención Primaria (AP) dadas las ventajas sanitarias y sociales que ello reportaba a las personas usuarias. En esta línea, el año 2005 la Consejería de Sanidad implantó el *Programa de Reducción del Daño en Atención Primaria*.

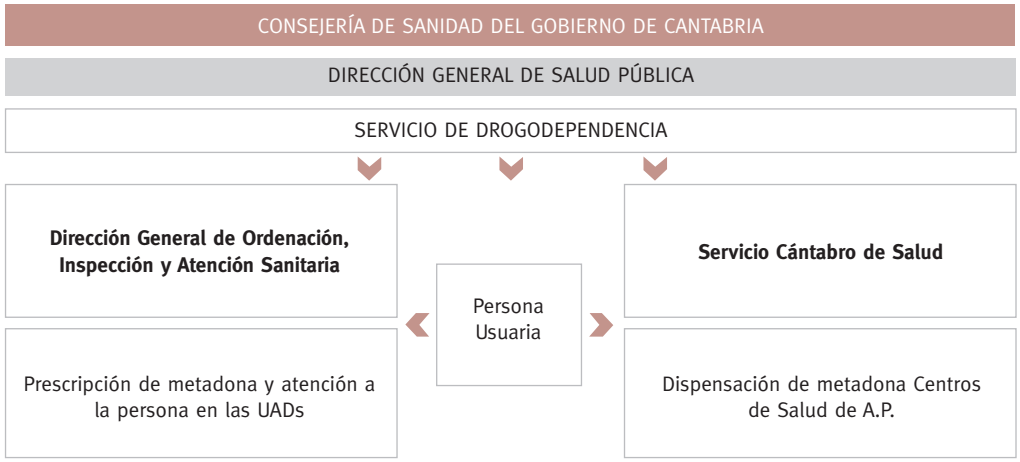
El Programa se orienta al abordaje conjunto de reducción del daño entre AP y las UADs. Los Equipos de AP desempeñan un papel importante en la atención a la persona usuaria en PMM, por tratarse un proceso crónico y recidivante que se acompaña frecuentemente de otras patologías y que requiere de una atención continuada y permanente.

El Programa plantea dos niveles de objetivos:

1. Primer nivel: **mejorar la calidad de vida de la persona** usuaria **en términos de dignidad y calidad de atención** con el cambio de localización de la dispensación de metadona en AP **y en coordinación con las UADs.**

2. Segundo nivel: **mejorar la situación de salud y la situación social** de la persona usuaria, a partir de **una atención continuada desde AP, en coordinación con las UADs.**

A continuación se muestra un diagrama de los diferentes servicios y recursos que intervienen en el *Programa de Reducción del daño en AP*:



Metodología

La evaluación se ha realizado en base a los principios de la llamada **evaluación participativa**. Eso ha implicado, entre otras cosas, la inclusión de las necesidades informativas de los diferentes agentes implicados en el Programa para determinar qué preguntas se deben responder con la evaluación, así

como la participación de éstos en el diseño e interpretación de los resultados de la misma. Desde este marco, las fases que ha seguido la evaluación son las siguientes:

Fase 1: Diseño de la evaluación

El primer paso para la planificación de cualquier evaluación es determinar las cuestiones sobre las que, en el futuro, querremos emitir un juicio de valor.
A esos efectos se realizó un trabajo exploratorio por parte del equipo del Servicio de Drogodependencias y el OSPC, con la finalidad de identificar las distintas "preguntas de evaluación" que debían ser respondidas a lo largo del proceso.

Se amplían las preguntas de evaluación como consecuencia del trabajo exploratorio con los médicos de las UADs de la zona de Laredo y Torrelavega[3] y con el equipo del Servicio de Drogodependencias y el OSPC. Finalmente en el marco del Taller 2 se completaron y sistematizaron las "preguntas de evaluación" y el trabajo de campo necesario para responderlas.

Fase 2: Realización del trabajo de campo

Implementar la evaluación de cualquier programa conlleva la ejecución de lo planificado en relación a la misma. Es decir, implica el desarrollo del trabajo de campo necesario para responder las preguntas de evaluación previamente formuladas.

Para dar respuesta a esas preguntas se consideraron fuentes primarias y secundarias, de carácter cuantitativo y cualitativo (entrevistas grupales e individuales; grupo de discusión, etc.).

Fase 3: Análisis y recomendaciones para el cambio

De la anterior fase de generación y recogida de datos se desprende una fase de análisis de la información generada y un trabajo conjunto con la Comisión de Seguimiento de la Evaluación para la interpretación de la misma. Para ello se realizó un taller orientado a la extracción de conclusiones y la construcción conjunta de recomendaciones (Taller 3) para la mejora del programa evaluado.

Participantes

Durante todo el proceso de evaluación, de entre los múltiples agentes que intervienen en el programa (gestores, planificadores, profesionales de la salud, de la educación, de aplicación del programa, personas usuarias…), han participado un total de 33 personas.

En la tabla siguiente se describen las diferentes fases de la evaluación y el trabajo realizado con diferentes profesionales en cada una de ellas.

[3] De acuerdo con la DGSP, la zona de Santander no se ha incluido en el proceso de evaluación por no estar terminada la implantación del Programa en su zona de influencia.

FASES DE LA EVOLUCIÓN
FASE 1
Trabajo exploratorio previo para construir las primeras preguntas de evaluación por el equipo del Servicio de Drogodependencias y el Observatorio de Salud Pública del Gobierno de Cantabria
Taller 1: La teoría del cambio y las preguntas de evaluación con el equipo del Servicio de Drogodependencias y el Observatorio de Salud Pública del Gobierno de Cantabria
Entrevista exploratoria con médico responsable de la UAD de Torrelavega
Entrevista exploratoria con médico responsable de la UAD de Laredo
Taller 2: De las preguntas de evaluación a los indicadores con la Comisión de Seguimiento de la Evaluación
FASE 2
Entrevista con Directora gerente de Centros de Atención Primaria. Gerencia Torrelavega-Reinosa
Entrevista con Directora de enfermería de centros de Atención Primaria. Gerencia Santander-Laredo
Grupo de discusión con profesionales de AP (trabajo social, enfermería y medicina)
Entrevista grupal equipo de la UAD de Torrelavega
Entrevista grupal equipo de la UAD de Laredo
Entrevistas individuales a personas usuarias de dispensación de metadona
FASE 3
Entrevista con Sub-directora General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
Entrevista con Sub-directora General de Ordenación y Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad
Taller 3: Taller de conclusiones y recomendaciones con la Comisión de Seguimiento de la Evaluación

A continuación quedan recogidos los principales resultados y recomendaciones de cambio que han emergido con el proceso, en relación a cada uno de los temas explorados con la evaluación.

Resultados y recomendaciones de cambio

Logros del Programa:

1. *El Programa de Reducción del Daño* en AP ha logrado que las 138 personas usuarias (133 hombres y 5 mujeres) atendidas en la zona de Laredo y las 117 (100 hombres y 17 mujeres) atendidas en la zona de Torrelavega tengan un **proceso de vinculación satisfactorio** a la AP y, en ese sentido, la percepción general ha sido que **las personas usuarias han ganado en términos de dignidad, de calidad de atención y comodidad** por el cambio de dispensación de la metadona.

2. En los **centros de AP donde la dispensación de la metadona** ha sido una tarea asumida por el equipo de salud o por un profesional que se ha ocupado de manera personalizada

de la persona usuaria, se ha facilitado que **la asistencia a los centros de salud se viva de una manera más natural por las personas usuarias**; que **éstas perciban un seguimiento más detallado de su estado de salud**; que se asuma la **atención como la propia de una persona con una enfermedad crónica**; y que las **personas usuarias perciban un trato confidencial y se sientan cómodas para hablar de necesidades y expectativas.**

3. Se ha logrado cristalizar el papel de las UADs, como **promotoras de los compromisos** que constituyen la base de mínimos sobre los que la persona usuaria se puede mantener en el *Programa de Reducción del Daño en AP*. Además, en algunas circunstancias, las UADs **han logrado dimensionar su papel como servicio que promueve las conexiones** entre diferentes recursos (AP, servicios de salud mental, servicios sociales) que es necesario que estén conectados **para mejorar la situación sanitaria y social de la persona drogodependiente.**

4. Es un logro del Programa que, a **través de la formación inicial y los espacios de coordinación con las UADs**, los profesionales de AP hayan aprendido y desarrollado una **metodología de trabajo para manejar mejor las situaciones conflictivas que puedan surgir.**

5. También se puede considerar un logro que, bajo determinadas circunstancias, se hayan **conseguido consolidar** algunos procedimientos en el **proceso de estabilización de la persona usuaria**, que van más allá de lo establecido inicialmente en el protocolo de actuación del Programa. Dichas iniciativas tienen carácter de **buenas prácticas**, porque persiguen la **progresiva implicación de la persona usuaria en la gestión de su vida, con la finalidad de que pueda convivir con su adicción tal y como lo hace cualquier persona con su enfermedad crónica.**

6. Es **un logro** del Programa **contar con mecanismos de coordinación** entre los diferentes servicios con el fin de: poder hacer un buen seguimiento de la evolución de la persona usuaria y lograr que exista una coherencia en la intervención entre las UADs y AP. **Otro de los logros del Programa** tiene que ver con la existencia de experiencias de coordinación que van más allá del traspaso de la información y se concretan **en la creación de redes de trabajo.**

7. Es **un logro** del Programa que la formación realizada a profesionales de AP (17 jornadas con la participación de 540 profesionales y 5 cursos con participación de 348 profesionales) **ha facilitado** el acceso a un conocimiento general sobre el tema de las drogas y un aprendizaje sobre cómo manejar la relación con las personas con drogodependencia.

Aspectos de mejora y recomendaciones de cambio:

1. Se recomienda que el Programa **recoja en su versión escrita un desarrollo teórico-metodológico, que permita explicitar (hacer visible) las implicaciones conceptuales de algunas de las prácticas que ya se están realizando** para alcanzar los objetivos (de 2º nivel) orientados a la mejora de la situación de salud y social de la persona usuaria. Concretamente, se recomienda:

a) Describir el significado que se quiere atribuir a la dispensación de la metadona (en términos de acto de salud).
b) Promover una organización interna en los centros de AP, que explicite la necesidad de atender a la persona usuaria a través del equipo de salud y en horarios personalizados.
c) Explicitar la necesidad de utilizar metodologías de abordaje y relación con la persona durante el "acto de salud" que es la dispensación, que vayan más allá del cumplimiento de las normas mínimas de relación e incluyan aspectos como los espacios de escucha, los vínculos de confianza, etc., con el objetivo de poder realizar una atención sanitaria global.
d) Precisar los objetivos y los mecanismos de coordinación entre UAD y AP.

2. En relación a lo enunciado en el punto anterior, se recomienda que la revisión de la versión escrita del programa se realice en el marco de un **espacio de trabajo colegiado e interdisciplinario** en los que **compartir y discutir los términos** en los que se debería concretar dicha ampliación.

3. Se recomienda que el Programa **difunda las bondades asociadas a los modelos de organización** de diversos centros de salud de AP (que asumen la dispensación de metadona como un "acto de salud" más amplio), con el objetivo de **transferir dichas buenas prácticas** a los centros cuya organización orbita entorno al simple suministro de metadona.

4. Se considera la necesidad de incluir la perspectiva **de género en el abordaje y tratamiento del consumo de drogas**. En ese sentido sería interesante que el Programa considerara **estudiar las diferencias de género asociadas a las causas de los consumos y a las consecuencias en la salud de hombres y mujeres**, así como a las alternativas terapéuticas existentes.

5. Se recomienda que el Programa dimensione **el papel de las UADs** como servicios **promotores del trabajo en red**, entre servicios que es necesario que estén conectados para garantizar una atención integral y de calidad a las personas usuarias. En este sentido, seria interesante que el Programa **impulsara las prácticas que ya se están realizando en esta línea, y estudiara los efectos positivos que de ellas se desprenden.**

6. Se recomienda que el *Programa de Reducción del Daño en Atención Primaria* se incorpore en la cartera de servicios de AP, como un servicio más de salud que se ofrece a la población usuaria drogodependiente.

7. Se recomienda que se incorpore en la Aplicación Informática OMI-AP de AP, el registro de la actividad de salud que se está realizando con las personas usuarias del programa.

8. Se recomienda que las UADs se integren en la misma estructura orgánica que AP y concretar en el futuro los mecanismos de comunicación entre la DGSP (responsable del Plan Autonómico sobre Drogas) y AP (Servicio Cántabro de Salud).

9. Se considera la necesidad de que, **en futuros programas de formación**, se incluyan los siguientes aspectos:

a) Cuestiones de **organización interna en AP** para la dispensación de metadona: **qué facilita y qué dificulta** el trabajo de los **objetivos** de segundo nivel (mejorar la situación de salud y la situación social de la persona usuaria).

b) Formación sobre salud y género en relación a las drogodependencias, con el objetivo de: dimensionar las desigualdades de género asociadas a las causas y a las consecuencias del consumo de drogas y facilitar la adecuación de la praxis profesional a las necesidades diferenciales de mujeres y hombres usuarios del programa.

c) Formación sobre **habilidades para generar espacios de habla y escucha** y habilidades para **generar vínculos de confianza.**

10. Se recomienda que se valore la **creación de espacios alternativos** a la formación reglada (como **encuentros, jornadas**, etc.) , con el objetivo de **promover cambios, compartir experiencias y retroalimentar las prácticas desde el aprendizaje común**. Concretamente seria interesante la posibilidad de hacer jornadas orientadas a compartir el trabajo realizado y reflexionar sobre los posibles aspectos.

5

DIAGNÓSTICO
DE SITUACIÓN

El análisis de la situación constituye el elemento base para la planificación estratégica. Es una actividad necesaria que tiene como propósito generar, analizar, difundir y utilizar la información con el fin de identificar las características del fenómeno, determinar las necesidades y establecer prioridades de actuación. Contar con información procedente de diversas fuentes, es un factor clave para ayudar a responsables políticos, profesionales, consumidores/as y ciudadania en la toma de decisiones en sus respectivos ámbitos, así como en el éxito de las futuras actuaciones.

Una adecuada planificación exige el análisis de la situación actual del fenómeno que se quiere abordar, más aún cuando hablamos de un fenómeno tan versátil como es el de las drogodependencias. Las drogas y su consumo se configuran como un fenómeno dinámico, cambiante, con múltiples dimensiones y sujeto a importantes variaciones, por lo que contar con información sólida para hacer un seguimiento de las evoluciones es clave en toda estrategia eficaz en materia de drogas.

El análisis de la situación actual requiere valorar tres perspectivas complementarias: el análisis de las prevalencias del consumo de drogas, de los indicadores de tratamiento y de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas y de las actuaciones derivadas durante el desarrollo de la Estrategia Regional sobre Drogas 2005 – 2008.

En Cantabria, para ello se han desarrollado sistemas de información a través de los cuales se realiza un seguimiento continuo de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma. Contamos con varias herramientas que nos proporcionan información sobre la evolución del fenómeno: los estudios bienales sobre la Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria y la Encuesta Escolar sobre Drogas a la Población Escolar, los datos de los indicadores de Admisiones a Tratamiento por Abuso o Dependencia de Drogas y de Urgencias Hospitalarias relacionadas con el Consumo de Drogas.

5.1. El CONSUMO DE DROGAS EN CANTABRIA

Junto con otras fuentes de información las encuestas sobre el consumo de drogas ofrecen una información, sobre hábitos de consumo, actitudes y opiniones ante las drogas de la población, de gran importancia para detectar cambios en el fenómeno de las adicciones en nuestra comunidad.

Las Encuestas sobre Drogas en la Población Escolar y las Encuestas Domiciliarias sobre Drogas en Cantabria se encuadran dentro del Programa de Encuestas Nacionales (ESTUDES y EDADES) promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, iniciado en 1994.

La Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar se viene realizando en Cantabria desde el año 1998, con el objetivo de 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. Estas Encuestas proporcionan una herramienta práctica para orientar programas y actuaciones de prevención, ya que el hecho de estar dirigidas 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.

La Encuesta Domiciliaria sobre Drogas bajo la denominación *"Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria"*, se viene realizando en nuestra Comunidad Autónoma desde el año 1997 a personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años. Estas encuestas nos permiten disponer de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes sin receta y drogas psicoactivas de comercio ilegal, así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de las personas consumidoras, las percepciones sociales ante el problema y las medidas que la población española consideran más efectivas para resolverlo.

En este apartado se presentan los datos más relevantes con relación a la evolución del consumo en Cantabria entre los años 1987- 2008 con relación a las sustancias con mayor incidencia en nuestra comunidad autónoma.

5.1.1. Encuesta sobre drogas a la población escolar

Los datos de la última Encuesta a la Población Escolar realizada en al año 2008 indican que el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas por los y las estudiantes de Cantabria, seguidas del cánnabis. El consumo del resto de las sustancias analizadas (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína, etc.) es mucho más minoritario, no superando el 4% el consumo más habitual.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en las frecuencias de consumo alguna vez en la vida (84,5%), últimos 12 meses (76,2%) y últimos 30 días (66,2%).

Entre las drogas ilegales, el cánnabis presenta las prevalencias más elevadas en todas las frecuencias de consumo estudiadas, alguna vez en la vida (38,3%), último año (34,7%) y últimos 30 días (24,9%); seguida de la cocaína, el 6,2% de la población de estudiantes la ha probado y un 4% mantiene el consumo en los últimos 12 meses. El resto de las sustancias ilegales están poco extendidas entre la población de estudiantes.

TABLA 1. Prevalencias de consumo de drogas (datos en %). Cantabria 2008

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
TABACO	46,1	40	36,3
ALCOHOL	84,5	76,2	66,2
CÁNNABIS	38,3	34,7	24,9
COCAÍNA	6,2	5,5	4
ÉXTASIS	3,9	3	1,6
ANFETAMINAS	5	4,3	3,1
ALUCINÓGENOS	4,5	3,7	2,7
HEROÍNA	1,6	1,6	1,1
INHALABLES	3,7	2,7	1,9
TRANQUILIZANTES	7,4	5,1	2,5

Al analizar la evolución temporal de los resultados obtenidos en relación con las drogas cuyo consumo

está más extendido entre la población escolar, se observa que:

- El consumo de tabaco ha aumentado con respecto a la encuesta realizada en el año 2006, 7,5 puntos porcentuales el consumo actual (últimos 30 días) y 1,3 puntos el experimental (alguna vez). Las prevalencias de consumo son también superiores a las registradas en 1998.

- Las prevalencias de consumo de alcohol, tanto el experimental (3,6 puntos porcentuales) como el actual (1,5 puntos), han aumentado respecto a la campaña anterior (año 2006), y prácticamente son las mismas que las obtenidas en el año 1998.

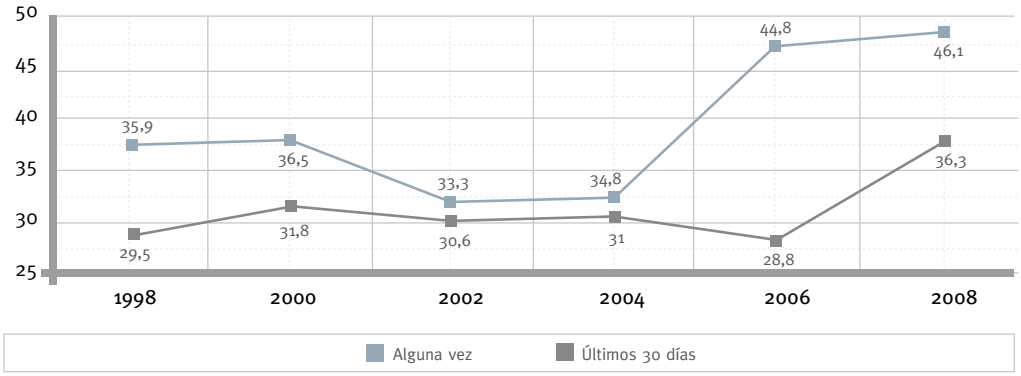
- El consumo de cánnabis aumenta, tanto el experimental como el actual, con respecto a campaña anterior (3,1 puntos porcentuales el consumo experimental y 5,4 puntos el actual) y a los resultados obtenidos en 1998.

- Con respecto al consumo del resto de sustancias ilegales, el mayor aumento se aprecia en el consumo de cocaína 1,7 puntos porcentuales el experimental y 1,4 el actual con respecto al año 1998.

Tabaco

El tabaco es la segunda sustancia más extendida entre la población de jóvenes de 14 a 18 años. Un 46,1% declara haber consumido alguna vez, un 40% en los últimos 12 meses y un 36,3% en los últimos 30 días. Estas prevalencias han aumentado respecto a la campaña anterior (año 2006) y a las registradas en 1998, también son superiores a los resultados obtenidos a nivel nacional.

GRÁFICO 1. Evolución del consumo de tabaco (datos en %). Cantabria 1998-2008

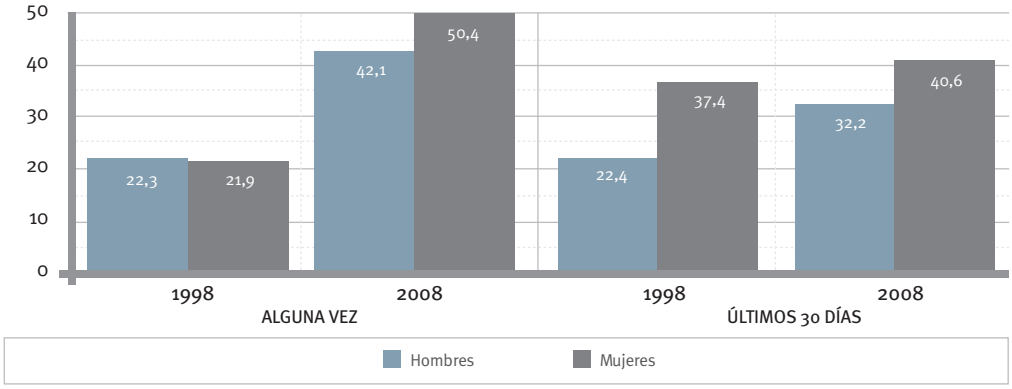


El tabaco es la sustancia con mayor consumo diario (el 14,9% de la juventud declara consumirlo diariamente), aunque se observa un descenso de 2,2 puntos porcentuales con respecto al año 2006.

El consumo medio de quienes fuman actualmente es de 5,3 cigarrillos/día por cada día que fuman. Al igual que ocurre con el consumo diario, la cantidad de cigarrillos fumados ha vuelto a disminuir, de hecho es la menor cantidad obtenida desde el año 2002 (8 cigarrillos/día).

Por sexo se establecen diferencias claras en el consumo de tabaco, siendo más frecuente entre las chicas. Al analizar la evolución temporal se observa que en el consumo experimental (alguna vez) la diferencia entre hombres y mujeres se ha hecho mayor debido a que el consumo ha aumentado en mayor medida en las chicas, casi 30 puntos porcentuales con respecto a 1998. Por el contrario, en el consumo actual (últimos 30 días) la diferencia ha disminuido, el consumo ha aumentado en mayor medida en los chicos.

GRÁFICO 2. Evolución del consumo de tabaco según sexo (datos en %). Cantabria 1998-2008.[4]



En el análisis por edad, al igual que por sexo, se establecen diferencias en el consumo, observándose un aumento del consumo con la edad, patrón que ya ocurría en las encuestas anteriores y ocurre asimismo en la encuesta nacional. Sin embargo, si en las anteriores campañas la máxima extensión del consumo se alcanzaba a los 18 años, en la actual campaña, por primera vez se alcanza a los 17, dándose a los 18 años un descenso del consumo. El mayor incremento en el consumo se da en el paso de los 16 a los 17 años.

TABLA 2. Evolución del consumo de tabaco según edad (datos en %). Cantabria 1998-2008.

	ALGUNA VEZ					ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	2000	2002	2004	2006	2008	1998	2000	2002	2004	2006	2008
14 AÑOS	17	12,6	15	26,8	25,6	15,3	13,4	10,9	12	12,3	19,6
15 AÑOS	30,2	31,3	32,2	39,1	37,3	26,9	25,5	29,9	28,9	25,4	27,2
16 AÑOS	40,8	34	37,5	42,1	49	30,7	32,6	32,1	33	26	37,8
17 AÑOS	46,6	38,7	43,9	54,4	64,3	37,9	44,4	34	39,2	34,7	55,3
18 AÑOS	56,6	49,2	49,8	64,1	62,9	50,9	52,4	45,9	47,7	48,5	50,8

Si tenemos en cuenta la edad y el sexo, la prevalencia más elevada de consumo actual (últimos 30 días) la presentan las chicas de 17 años (62,4%), siendo los chicos más jóvenes (14 años) los que presentan las más bajas (18,6%). En las frecuencias alguna vez y los últimos 30 días se observa que,

[4] En los porcentajes del consumo alguna vez correspondiente al año 1998 se han excluido las personas exfumadoras y las que sólo han consumido algunos cigarrillos en su vida

salvo a los 18 años, el consumo de las chicas es superior que el de los chicos. El mayor incremento de consumo en los chicos se da en el paso de 16 a 17 años y en las chicas de 15 a 16 años. En el caso de los chicos el consumo aumenta con la edad, mientras que en las chicas aumenta hasta los 17 años, reduciéndose considerablemente a los 18 años. Esta es la causa de que en el dato de la edad, sin tener en cuenta el sexo, se reduzca el consumo a los 18 años.

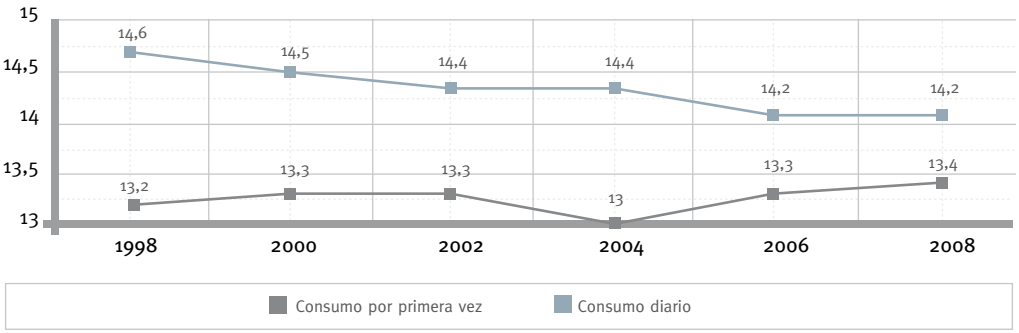
TABLA 3. Consumo de tabaco según sexo y edad (datos en %). Cantabria 2008

	HOMBRES					MUJERES				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
ALGUNA VEZ	22,1	36,6	42,9	54,5	66,2	29,2	38,3	57,1	72,8	60
ÚLTIMOS 12 MESES	18,6	31,7	33,8	49,1	55,6	23,6	31,6	53,4	66,4	55
ÚLTIMOS 30 DÍAS	18,6	27,4	29,2	48,2	53,5	20,8	27,1	48,7	62,4	46,7

La edad media de inicio al consumo de tabaco sigue siendo la más baja de todas las sustancias estudiadas, 13,4 años para el consumo por primera vez (una décima mayor que a nivel nacional) y 14,2 años para el comienzo del consumo diario. La edad de inicio de las mujeres es ligeramente menor que la de los hombres, tanto para el primer consumo (13,3 y 13,6 años, respectivamente), como para el inicio al consumo diario (14,1 años para ellas frente a 14,3 años para ellos).

Al analizar la evolución temporal se observa que, con respecto al año 1998, la edad de inicio al consumo por primera vez se ha retrasado, mientras que la edad de inicio al consumo diario se ha adelantado.

GRÁFICO 3. Evolución de la edad de inicio al consumo de tabaco. Cantabria 1998-2008.



La continuidad en el consumo de tabaco es la más elevada, puesto que un 91,6% de la población de estudiantes que han fumado alguna vez en la vida lo han hecho en los últimos 30 días.

El 66,3% de escolares que fuman en la actualidad se han planteado dejar de fumar en alguna ocasión, aunque solo el 38,1% lo han intentado. Existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la intención de dejar de fumar, haciéndose más patente en las chicas (73,4%) que en los chicos (57,6%).

En el 53,0% de los casos, las personas encuestadas viven o comparten su casa con gente fumadora, porcentaje superior al obtenido en el año 2006 cuando está situación afectaba al 46%. La situación se repite en cuanto al consumo de tabaco en los centros educativos, el 59,1% del alumnado ha visto fumar tabaco al profesorado (53,8% en 2006) y el 82,4% ha visto fumar tabaco a estudiantes (78% en 2006).

Alcohol

De todas las sustancias analizadas, el alcohol es la más consumida por la población escolar de 14 a 18 años. El consumo de bebidas alcohólicas está claramente generalizado entre estudiantes, el 84,5% han consumido alcohol alguna vez, el 76,2% en los últimos 12 meses y el 66,2% en los últimos 30 días.

Las prevalencias de consumo experimental (alguna vez en la vida) y actual (últimos 30 días) han aumentado respecto a la campaña anterior (año 2006), y son superiores a los resultados obtenidos en el total nacional, aunque prácticamente no existen variaciones con respecto a las registradas en el año 1998.

GRÁFICO 4. Evolución del consumo de alcohol (datos en %). Cantabria 1998-2008

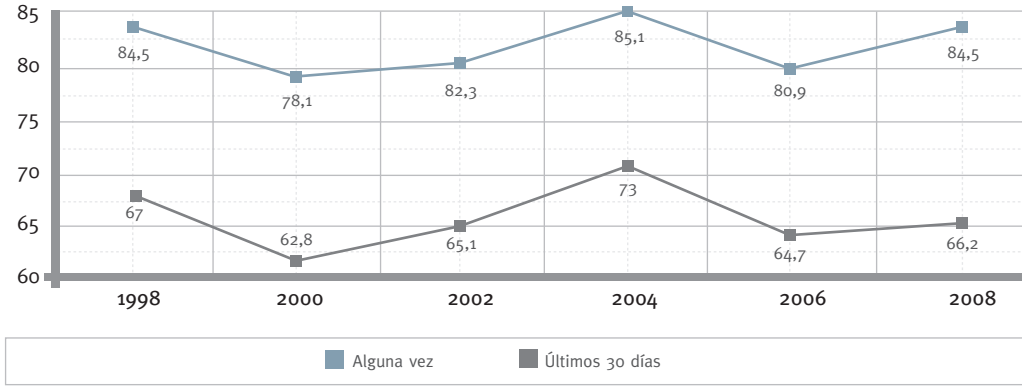
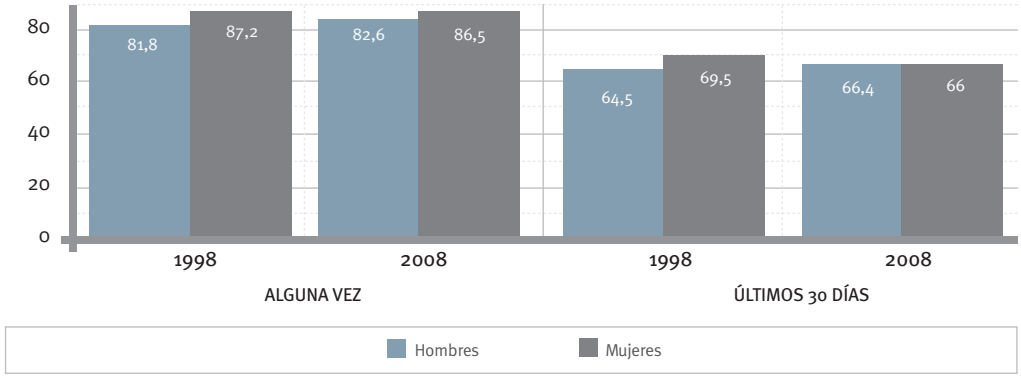


GRÁFICO 5. Evolución del consumo de alcohol según sexo (datos en %). Cantabria 1998-2008.



El consumo actual es prácticamente el mismo entre hombres y mujeres, 66,4% y 66% respectivamente, aunque el experimental es 5,4 puntos porcentuales superior en las mujeres. Al analizar la evolución temporal se observa que en el consumo experimental, aunque ha diminuido la diferencia entre hombres y mujeres con respecto al año 1998, el consumo sigue siendo mayor en las mujeres, habiendo prácticamente desaparecido estas diferencias en el consumo actual.

En el análisis por edad se establecen diferencias en el consumo, observándose un aumento del consumo con la edad y alcanzándose la máxima extensión del consumo a los 18 años, patrón que ya ocurría en las encuestas anteriores y ocurre en la encuesta nacional. El mayor incremento en el consumo se da en el paso de los 14 a los 15 años.

TABLA 4. Evolución del consumo de alcohol según edad (datos en %). Cantabria 1998-2008.

	ALGUNA VEZ						ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	1998	2000	2002	2004	2006	2008	1998	2000	2002	2004	2006	2008
14 AÑOS	70	51,2	66,3	67,2	57,1	59,8	40,9	31,8	32,3	49,7	34,1	37,4
15 AÑOS	81,5	77,7	70,4	79,8	75,5	81,2	64,3	56,5	51,3	64,1	49,9	59,3
16 AÑOS	90,2	83,3	86,4	91,2	84,1	90	74,5	70,5	71,3	81,4	72,1	72
17 AÑOS	90,1	90,6	92,5	92,9	88,8	95,3	82,3	82	81	86	77,6	80,9
18 AÑOS	97,4	96	96,1	92,3	93,4	97,7	86,8	82	87,7	80,2	83,8	88,5

Si tenemos en cuenta la edad y el sexo, la prevalencia más elevada de consumo actual la presentan los chicos de 18 años (88,9% porcentaje ligeramente superior al de las chicas de esa misma edad 88,3%), siendo los chicos más jóvenes (14 años) los que presentan las más bajas (36,3%). Se observa también que, salvo a los 18 años para el consumo experimental y a los 16 y 18 años para el consumo actual, el consumo de las chicas cántabras es superior que el de los chicos. El mayor incremento de consumo (experimental y actual) se da en el paso de 14 a 15 años tanto en las chicas como en los chicos.

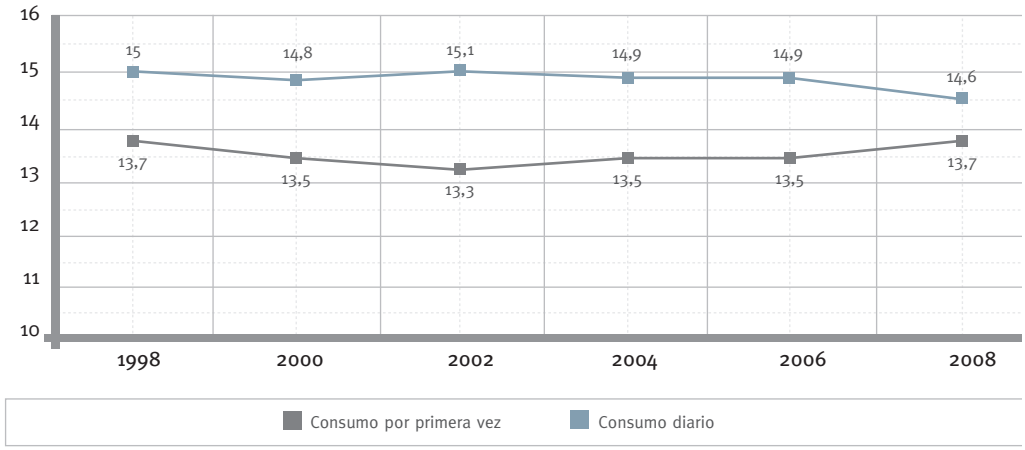
TABLA5. Consumo de alcohol según sexo y edad (datos en %). Cantabria 2008

	HOMBRES					MUJERES				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
ALGUNA VEZ	56,6	78,5	87,5	94,5	98,6	63,2	83,4	93,1	96	96,7
ÚLTIMOS 30 DÍAS	36,3	58,1	74,2	79,1	88,9	38,7	60,4	69,3	82,4	88,3

La edad media de inicio al consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en los 13,7 años para el consumo por primera vez (igual a la edad obtenida a nivel nacional) y en los 14,6 años para el comienzo del consumo semanal. La edad de inicio de los hombres es ligeramente menor que la de las mujeres tanto la del primer consumo (13,6 y 13,8 años, respectivamente), como para el inicio al consumo diario (14,5 años para ellas frente a 14,7 años para ellos).

Al analizar la evolución temporal se observa que, con respecto al año 1998, la edad de inicio al consumo por primera se ha mantenido sin variaciones, mientras que la edad de inicio al consumo semanal se ha adelantado.

GRÁFICO 6. Evolución de la edad de inicio al consumo de alcohol. Cantabria 1998-2008



El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana. De la población de escolares que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, prácticamente todos y todas (99,8%) han bebido en fin de semana, mientras que sólo un 39,3% lo ha hecho en días laborables. Un 37,6% del conjunto de estudiantes beben todos los fines de semana y un 3,9% lo hace además todos los días laborables. La bebida consumida en fin de semana por mayor número de estudiantes son los combinados/cubatas, si bien en días laborables la bebida predominante es la cerveza.

Se bebe sobre todo en bares o pubs, en discotecas o en espacios abiertos (calles, plazas, parques). En los últimos 30 días un 84,6% de quienes han consumido lo ha hecho en bares o pubs, un 71,3% en discotecas y un 61,9% en espacios abiertos.

En el alcohol la continuidad en el consumo es elevada, un 87,8% de la población escolar que ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, lo sigue haciendo en los últimos 30 días.

Los indicadores indirectos del consumo abusivo de alcohol presentan también cifras elevadas y superiores a las observadas a nivel nacional:

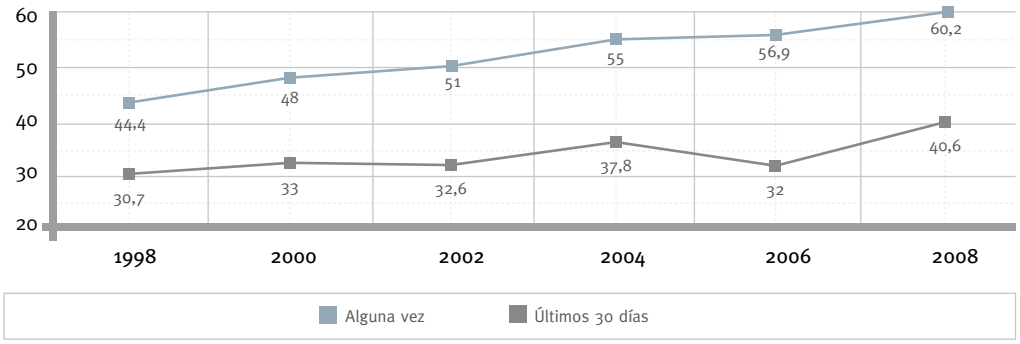
- Un 35,7% de los y las jóvenes ha consumido 5 o más vasos de alcohol en una misma ocasión durante 4 o más días en el último mes.

- El porcentaje de estudiantes que declara haberse emborrachado es superior al de las anteriores encuestas. Un 60,2% manifiesta haberse emborrachado alguna vez y un 40,6% en los últimos 30 días, porcentajes superiores a los obtenidos en las campañas anteriores.

- El 23,6% de la población de estudiantes reconoce haber sido pasajero de un vehículo a motor

conducido por alguien bajo los efectos del alcohol, cifra mayor a la obtenida en el año 2006 (19%), y un 7,5% ha conducido un vehículo a motor bajo los efectos del alcohol en el último año.

GRÁFICO 7. Evolución de la proporción de intoxicaciones etílicas (datos en %). Cantabria 1998-2008



En cuanto a los incidentes sufridos por la juventud en los últimos 12 meses en relación con el consumo de alcohol, en primer lugar destacan las peleas o agresiones físicas seguidas de los accidentes que requirieron asistencia médica.

TABLA 6. Incidentes sufridos por la población de jóvenes y relación con el consumo de alcohol en los últimos 12 meses (datos en %). Cantabria 2008

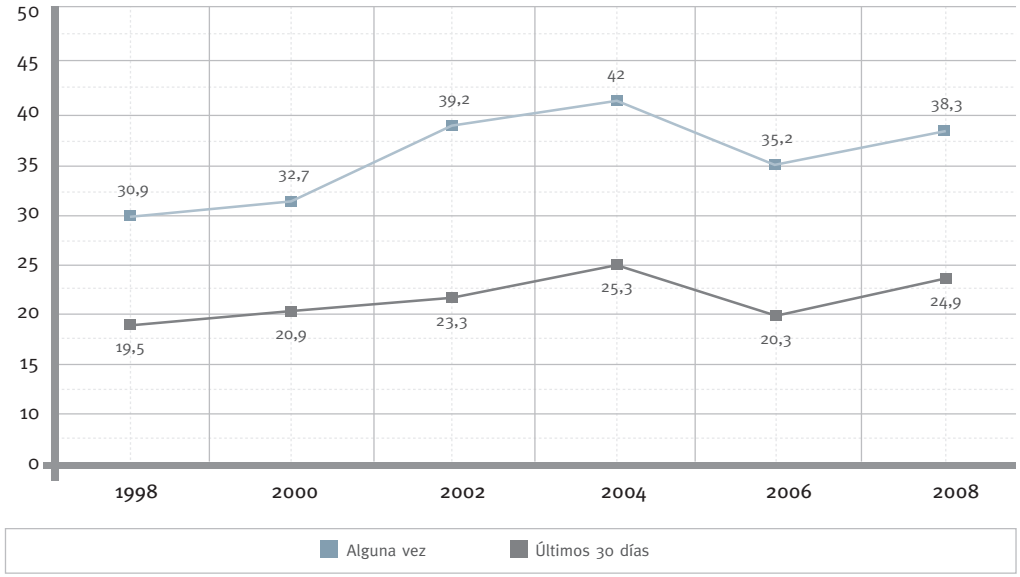
	JÓVENES IMPLICADOS/AS	JÓVENES IMPLICADOS/AS QUE CONSUMIERON ALCOHOL 2 HORAS ANTES
ACCIDENTE CON ASISTENCIA MÉDICA	22,5	16,7
PELEA O AGRESIÓN FÍSICA	31,2	36,4
ASISTENCIA MÉDICA URGENTE	27,9	12,8
DETENIDO POR LA POLICÍA	21,2	13,9

Cánnabis

El cánnabis es la droga ilegal que presenta mayores prevalencias de consumo entre la juventud de 14 a 18 años. El 38,3% declara haber consumido cánnabis alguna vez en su vida, el 34,7% en los últimos 12 meses, y el 24,9% en los últimos 30 días. Estas prevalencias han aumentado respecto a la campaña anterior (año 2006), y son superiores a los resultados obtenidos en el total nacional.

El cánnabis es la sustancia, después del tabaco, que en mayor medida ha aumentado el consumo con respecto al año 1998, 7,4 puntos porcentuales el experimental y 5,4 puntos el actual.

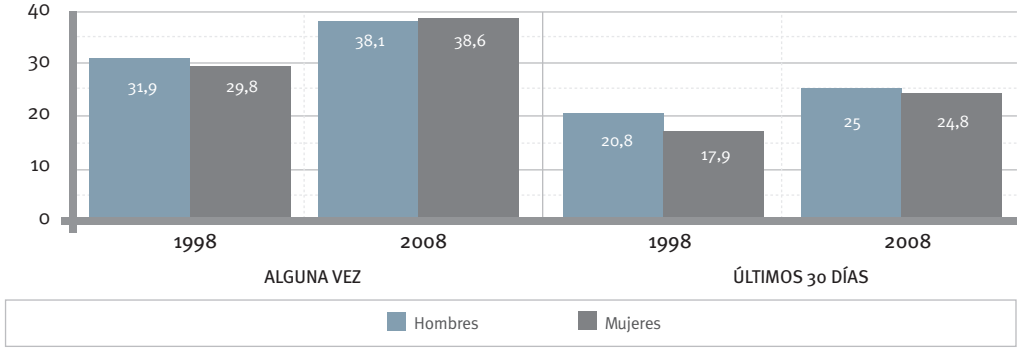
GRÁFICO 8. Comparación de la evolución del consumo de cánnabis (datos en %). Cantabria 1998-2008



El 14% de la juventud cántabra declara haber consumido cánnabis durante 4 o más días en el último mes.

Por primera vez apenas hay diferencias intergénero. El consumo tanto experimental como actual es prácticamente el mismo entre los chicos que entre las chicas. Al analizar la evolución temporal se observa que las diferencias que existían en el consumo a favor de los chicos en 1998 han desparecido, debido al aumento en estos años de las prevalencias de consumo de las mujeres, tanto experimental como actual, en mayor medida que de los hombres.

GRÁFICO 9. Evolución del consumo de cánnabis según sexo (datos en %). Cantabria 1998-2008.



En el análisis por edad se establecen diferencias en el consumo, observándose un aumento del consumo con la edad, alcanzándose la máxima extensión del consumo actual a los 17 años, al igual que ocurría en el año 1998. Sin embargo el mayor incremento se produce en el paso de los 16 a los 17 años, mientras que en el año 1998 se producía en el paso de los 14 a 15 años.

TABLA 7. Evolución del consumo de cánnabis según edad (datos en %). Cantabria 1998-2008

	ALGUNA VEZ						ÚLTIMOS 30 DÍAS					
	1998	2000	2002	2004	2006	2008	1998	2000	2002	2004	2006	2008
14 AÑOS	8,5	10,5	7,8	20,5	13,4	16	6	8,1	5,2	14,8	9,1	8,2
15 AÑOS	26	24,2	30,7	31,7	29,3	29,4	19,1	17,2	17,4	16,3	17,3	18
16 AÑOS	36	35,3	34,8	42,9	32,9	37,8	23,3	23,4	19,7	29,2	19,7	25,4
17 AÑOS	44,2	45,8	55,6	51,4	44,9	61,7	25,7	27,1	32,6	32,1	25,2	42,1
18 AÑOS	55,8	59,3	62,6	63,6	56,9	61,1	21,9	35,1	39,6	36,7	30,5	40,2

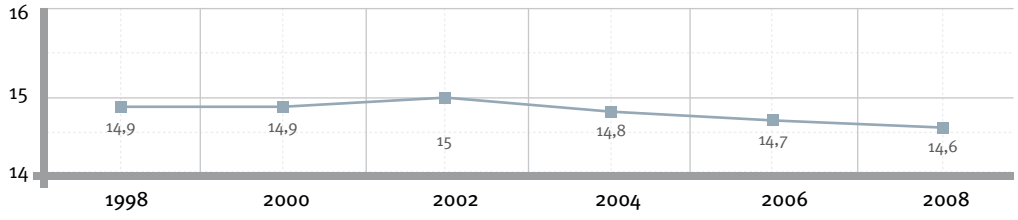
Si tenemos en cuenta el sexo y la edad simultáneamente, en general se aprecia que el consumo actual de cánnabis en jóvenes de 14, 15 y 18 años está más extendido entre los chicos que entre las chicas, y en los de 16 y 17 años está más extendido entre las chicas que entre los chicos. Los incrementos porcentuales más acusados en los chicos se registran en el paso de 14 a 15 años, mientras que en las chicas se registran en el paso de 15 a 16 años. La prevalencia más elevada de consumo actual la presentan los chicos de 18 años y la menor las chicas de 14 años.

TABLA 8. Consumo de cánnabis según sexo y edad (datos en %). Cantabria 2008

	HOMBRES					MUJERES				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
ALGUNA VEZ	15,9	34,1	36,3	51,8	67,6	16,8	24,9	39,7	69,6	53,3
ÚLTIMOS 30 DÍAS	8,8	22,7	22,4	38,2	45,8	7,5	13,5	29,6	45,6	33,3

La edad media de inicio al consumo es 14,6 años, igual que a nivel nacional. Al analizar la evolución temporal se observa que la edad de inicio se ha ido adelantando progresivamente desde el año 2002. Los chicos cántabros inician antes el consumo (14,5 años) que las chicas (14,8 años para ellas).

GRÁFICO 10. Evolución de la edad de inicio al consumo de cánnabis. Cantabria 1998-2008



Otras sustancias psicoactivas

El consumo del resto de sustancias (tranquilizantes, éxtasis, alucinógenos, cocaína, anfetaminas, etc.) es minoritario, situándose entre el 1,6% y el 6,2% la proporción de estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 1,1% y el 2,7% la proporción de las personas consumidoras actuales.

Si comparamos estos resultados con los de las encuestas precedentes, se aprecia con respecto al año 1998 un aumento en el consumo experimental de cocaína en 1,7 puntos porcentuales, de éxtasis en 1 punto porcentual y de alucinógenos y de heroína en 0,8 puntos. Por el contrario, desciende el consumo de anfetaminas en 0,5 puntos y el de inhalables volátiles en 0,2 puntos.

En cuanto al consumo actual (últimos 30 días) se observa que las sustancias cuyas prevalencias de consumo han aumentado en mayor medida, con respecto al año 1998, son la cocaína (1,4 puntos), los alucinógenos (0,7 puntos) y la heroína (0,5 puntos), mientras que en el resto de las sustancias el aumento es inferior a medio punto porcentual.

TABLA 9. Evolución del consumo alguna vez en la vida (datos en %). Cantabria 1998-2008

	1998	2000	2002	2004	2006	2008
TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA	6,4	6,9	5,3	5,4	7,1	7,4
ÉXTASIS	2,9	5,4	7,3	4,8	4,1	3,9
ALUCINÓGENOS	3,7	6	4,5	4,1	5,2	4,5
ANFETAMINAS	5,5	5	8,1	7	3,7	5
COCAÍNA	4,5	4,4	8,1	8,1	6,8	6,2
HEROÍNA	0,8	0,6	1,1	1	1,4	1,6
INHALABLES VOLÁTILES	3,9	4,1	4,9	3,9	2,6	3,7
GHB						3,2

TABLA 10. Evolución del consumo en los últimos 30 días (datos en %). Cantabria 1998-2008.

	1998	2000	2002	2004	2006	2008
TRANQUILIZANTES	2,6	2,2	1,7	2,5	2	2,5
ÉXTASIS	1,3	2,6	1,7	1,6	1,6	1,6
ALUCINÓGENOS	2	2,8	2,2	1,5	1,6	2,7
ANFETAMINAS	2,9	2,2	2,9	3	1,4	3
COCAÍNA	2,6	1,5	3,9	3,8	2,2	4
HEROÍNA	0,6	0,4	0,4	0,7	0,6	1,1
INHALABLES VOLÁTILES		1,8	1,9	1,4	0,7	1,9
GHB						1,4

La extensión del consumo de drogas en el conjunto de estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. Al igual que los resultados obtenidos en las anteriores campañas, los chicos consumen mucho más todas las drogas ilegales que las chicas, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir sucede lo contrario, tanto en el consumo experimental como en el actual.

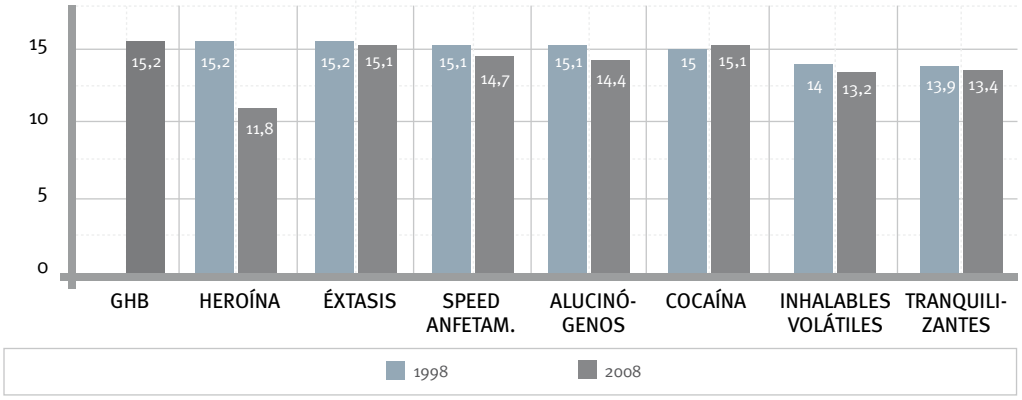
TABLA 11. Evolución del consumo en los últimos 30 días según sexo (datos en %). Cantabria 1998-2008.

	1998		2000		2002		2004		2006		2008	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
TRANQUILIZANTES	2,1	3,2	1,1	3,2	2	1,5	2,1	2,8	2,5	1,5	1,7	3,4
ÉXTASIS	1,9	0,7	3,1	2	5,4	2,6	2,5	0,7	2,1	1,1	2,6	0,6
ALUCINÓGENOS	2,5	1,3	4,5	1,4	0,9		2,7	0,3	2,3	0,9	4,6	0,6
ANFETAMINAS	3,9	1,6	3,1	1,3	2,7	3,2	5,2	0,9	1,7	1,1	4,2	1,8
COCAÍNA	3,4	1,6	2,9	0,4	2,5	0,9	5,7	1,9	2,7	1,8	5,7	2,2
HEROÍNA	0,6	0,5			3,5	1	1,4	0	0,8	0,3	1,9	0,3
INHALABLES VOLÁTILES	2,2	1,1	2,4	1,1	3,5	0,4	2,4	0,4	1,1	0,3	3,1	0,7
GHB											2,5	0,3

La edad es una variable que influye decisivamente en la extensión del consumo de drogas en esta población. La proporción de personas consumidoras aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre estudiantes de 18 años, para todas las sustancias estudiadas a excepción de los tranquilizantes o pastillas para dormir y de los alucinógenos cuya extensión máxima de consumo se produce a los 17 años.

El alumnado de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienza a consumir drogas a una edad temprana. En el año 2008, las sustancias que empezaban a consumirse más tempranamente, a excepción del tabaco, alcohol y cánnabis, eran los tranquilizantes, los inhalables volátiles y la cocaína, cuyas edades medias de inicio fueron los 13,9 años, los 14 años y los 15 años respectivamente. Por su parte, el éxtasis, la heroína y el GHB son las sustancias que se empiezan a consumir a una edad más tardía.

GRÁFICO 11. Evolución de la edad de inicio al consumo de sustancias psicoactivas. Cantabria 1998-2008



Con respecto a la evolución temporal, se aprecian con respecto al año 1998 un retraso de la edad media de inicio del consumo de todas las sustancias excepto de la cocaína.

Opiniones y actitudes ante las drogas, su disponibilidad y las conductas de riesgo

El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. En el año 2008, las conductas de consumo de drogas que el conjunto de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años asocia a un menor riesgo son: fumar esporádicamente, tomar 5 ó 6 cañas/copas en fin de semana, tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y fumar cánnabis esporádicamente. Por el contrario, las conductas asociadas a un mayor riesgo son el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de éxtasis, GHB, anfetaminas y heroína.

En general, el consumo habitual lleva asociado mayores problemas que el consumo esporádico. También se asocia a un nivel importante de riesgo, el consumo esporádico de cualquier droga de comercio ilegal.

A la hora de evaluar las tendencias temporales, se observa con respecto al año 1998 un aumento generalizado del riesgo percibido ante el consumo, ya sea esporádico o habitual de las diferentes sustancias. Asimismo, se observa un aumento marcado en el caso del consumo esporádico y habitual de éxtasis para el consumo de 1 ó 2 copas/cañas cada día y para el consumo de un paquete de tabaco diario.

TABLA 12. Percepción de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas (datos en %). Cantabria 2008

"MUCHOS PROBLEMAS"	CONSUMIR ALGUNA VEZ	CONSUMIR HABITUALMENTE
FUMAR UN PAQUETE DE TABACO DIARIO	36,4	84,8
5-6 CAÑAS/COPAS FIN DE SEMANA	-	41
5-6 CAÑAS/COPAS A DIARIO	-	54,7
TRANQUILIZANTES	52,4	86,9
ÉXTASIS	82,5	95,3
ANFETAMINAS	82,5	95,1
ALUCINÓGENOS	82,5	94,7
COCAÍNA	77,5	94,3
HEROÍNA	84,3	95

En 2008, al igual que en campañas anteriores, las drogas percibidas por el conjunto de estudiantes como las más disponibles o accesibles son las de comercio legal y el cánnabis. En este sentido, un 92% de la población encuestada piensa que les sería fácil o muy fácil si quisieran conseguir bebidas

alcohólicas, un 63,9% cánnabis y un 58,6% tranquilizantes o somníferos.

Se observa, con respecto a la encuesta de 1998, un aumento generalizado de la dificultad para obtener drogas, sin embargo en este último periodo 2006-2008 ha disminuido el porcentaje de estudiantes que piensa que las drogas son de muy fácil obtención.

TABLA 13. Evolución de la disponibilidad percibida para obtener drogas (datos en %). Cantabria 2008

	MUY FÁCIL O RELATIVAMENTE FÁCIL		
	1998	2006	2008
ALCOHOL	83,6	95,9	92,0
TRANQUILIZANTES	52,4	64,9	58,6
CÁNNABIS	50,6	69,5	63,9
COCAÍNA	27,7	43,1	37,8
HEROÍNA	21,8	32,0	26,6
SPEED O ANFETAMINAS	31,3	40,0	36,4
ÉXTASIS	29,5	36,8	32,5
ALUCINÓGENOS	28,5	39,4	35,6

En cuanto a la información sobre drogas, una amplia mayoría de estudiantes (86,9%) se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados, porcentaje que se ha incrementado respecto al año 1998 (75,7%).

Las principales vías por las que el alumnado recibe información son: las madres (65,3%), los padres (59,3%) y el profesorado (59,3%). En 1998 eran los medios de comunicación, los padres, hermanos y hermanas y el profesorado. Ha aumentado el porcentaje de estudiantes que han recibido información sobre drogas por parte de profesionales de la sanidad y de internet con respecto a años anteriores.

5.1.2. Encuesta domiciliaria sobre drogas

Los resultados de la última Encuesta Domiciliaria realizada en el año 2007 señalan que el alcohol, el tabaco y el cánnabis son las drogas más consumidas por la población de Cantabria de entre 15 y 64 años. El consumo del resto de las sustancias analizadas es minoritario, situándose por debajo del 1% el consumo más habitual.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por la población en las frecuencias de consumo: alguna vez en la vida (92,1%), últimos 12 meses (78,6%) y últimos 30 días (61,9%). En el consumo diario se sitúa tras el tabaco.

El tabaco es la sustancia que registra la prevalencia de consumo diario más elevada, el 34,9% de la población fuma diariamente, seguida del alcohol (13,5%), los tranquilizantes (2%), el cánnabis (1,6%) y los somníferos (0,5%). En el resto de las sustancias no se registra consumo diario.

TABLA 14. Consumo de drogas (datos en %). Cantabria 2007

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Diario
ALCOHOL	92,1	78,6	61,9	13,5
TABACO	72,4	39,9	38,1	34,9
CÁNNABIS	28,4	7,4	4,6	1,6
COCAÍNA	5,7	0,8	0,5	0
ÉXTASIS	2,5	0,1	0	0
ANFETAMINAS	3,0	0,2	0,1	0
ALUCINÓGENOS	2,3	0	0	0
HEROÍNA	0,3	0	0	0
INHALABES	0,2	0	0	0
TRANQUILIZANTES	7,6	3,3	2,7	2,0
SOMNÍFEROS	3,6	1,4	1,0	0,5

Entre las drogas ilegales el cánnabis presenta las prevalencias más elevadas en todas las frecuencias de consumo estudiadas: alguna vez en la vida (28,4%), último año (7,4%) y últimos 30 días (4,6%); seguida de la cocaína, el 5,7% de la población la ha probado y un 0,8% mantiene consumo en los últimos 12 meses.

El resto de las sustancias ilegales están muy poco extendidas en la población. El éxtasis y las anfetaminas presentan prevalencias de consumo en el último año en torno al 0,2%, siendo los alucinógenos, la heroína y los inhalables volátiles las sustancias de menor consumo en la población, ya que no presentan consumo en los últimos 12 meses (Tabla 1).

Al analizar la evolución temporal de los resultados obtenidos en relación con las drogas, cuyo consumo está más extendido entre la población de 15 a 64 años (tabaco, alcohol y cannabis), se observa que:

- El consumo diario de tabaco es prácticamente el mismo que en la campaña anterior, mientras en el resto de las frecuencias estudiadas ha disminuido. Con relación a 1997, las prevalencias de consumo son inferiores en todos los intervalos de tiempo analizados.

- Las prevalencias de consumo de alcohol han disminuido en todas las frecuencias estudiadas respecto al año 2005, a excepción del consumo actual (últimos 30 días) que en este último periodo ha aumentado 1,6 puntos porcentuales. Con relación a 1997 se registran prevalencias de consumo inferiores en todas las frecuencias estudiadas.

- El consumo experimental (alguna vez) de cánnabis ha aumentado en este último periodo 2005-2007. Con respecto a 1997 las prevalencias de consumo han aumentado en todas las frecuencias estudiadas, en mayor medida la del consumo experimental, 5,9 puntos porcentuales.

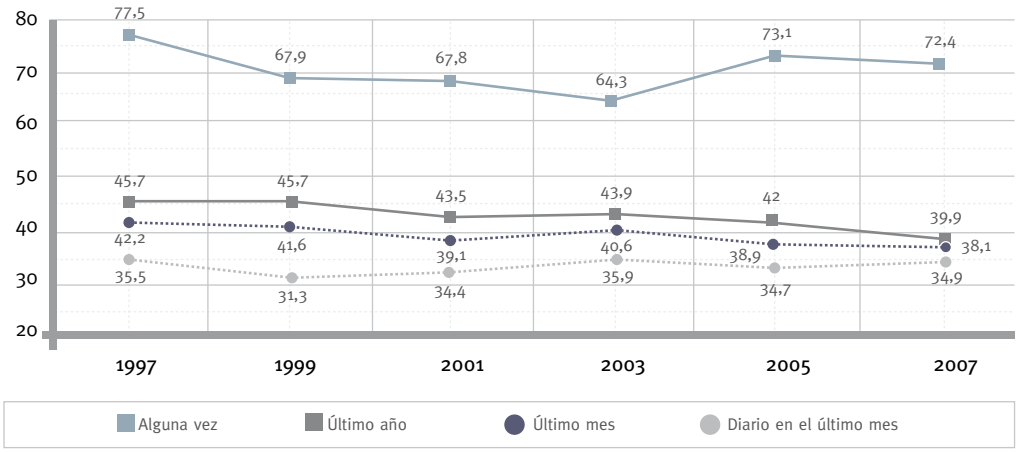
- Con respecto al resto de sustancias ilegales, ha aumentado el consumo experimental (alguna vez) con respecto al año 1997. El mayor aumento se registra en el consumo de cocaína, 2,1 puntos porcentuales.

Tabaco

La experimentación con tabaco está muy extendida en la población de Cantabria y es la sustancia que presenta la prevalencia de consumo diario más elevada. Un 72,4% ha fumado alguna vez en la vida, el 39,9% lo ha hecho durante el último año, el 38,1% a lo largo del último mes y más de la tercera parte (34,9%) ha fumado diariamente en el último mes. Estas prevalencias son superiores a las registradas a nivel nacional, 3,9 puntos porcentuales para el consumo experimental y 5,3 para el diario.

Con respecto al año 2005, la prevalencia de consumo diario se mantiene prácticamente sin variaciones, mientras que se observa un descenso en el resto de las frecuencias estudiadas. Las prevalencias de consumo son inferiores a las registradas en 1997.

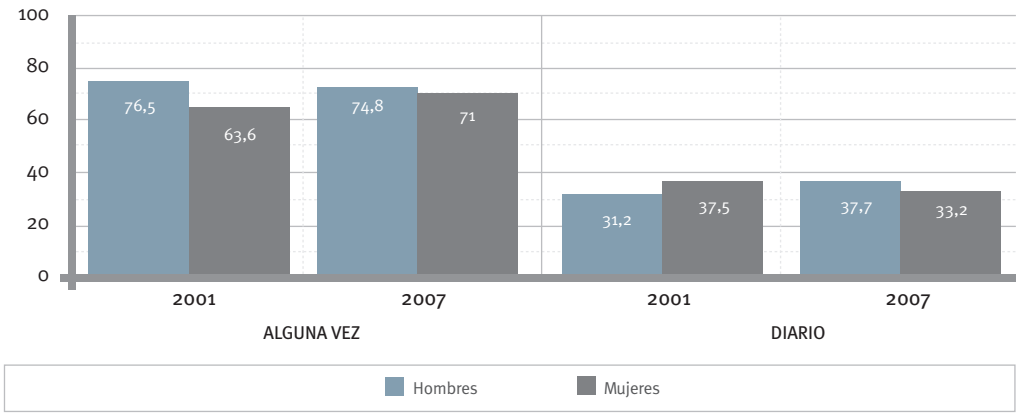
GRÁFICO 12. Evolución del consumo de tabaco (datos en %). Cantabria 1998-2008



Por sexo se establecen diferencias claras en el consumo de tabaco, presentando los hombres prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres, en todas las frecuencias de consumo estudiadas. La diferencia mayor entre hombres y mujeres se registra en el consumo diario, 4,5 puntos porcentuales mayor en los hombres.

Al analizar la evolución temporal se observa que, con respecto al año 2001, la diferencia entre hombres y mujeres ha disminuido en el consumo experimental (alguna vez), mientras en el diario se ha invertido 9,7 puntos porcentuales mayor en los hombres. El consumo experimental ha aumentado en mayor medida en las mujeres 7,4 puntos y el diario ha disminuido en ellas al tiempo que ha aumentado en los hombres.

GRÁFICO 13. Evolución del consumo de tabaco según sexo (datos en %). Cantabria 2001-2007



Por edad, al igual que por sexo, se establecen diferencias en el consumo, reflejando éste una prevalencia variable que es máxima entre la población de 45 a 54 en todas las frecuencias y mínima entre la población de más edad en los consumos más habituales.

TABLA 15. Consumo de tabaco según edad (datos en %). Cantabria 2007

	De 15 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años
ALGUNA VEZ	63,2	67,9	76,2	81,5	69,2
ÚLTIMOS 30 DÍAS	35,0	39,0	38,2	48,7	27,1
DIARIO	30,8	34,4	36,8	44,4	25,3

Si tenemos en cuenta la edad y el sexo, la prevalencia más alevada de consumo diario la presentan los hombres de 45 a 54 años (48%), siendo las mujeres de mayor edad (55-64 años) las que presentan la más baja (23,1%). Entre las personas más jóvenes las diferencias intergénero son menores que en la población de más edad, el 31,7% de los hombres de entre 15 y 24 años fuma diariamente frente al 29,8% de las mujeres, mientras que en la población de entre 55 y 64 años fuman diariamente el 30,2% de los hombres frente a un 21,1% de las mujeres.

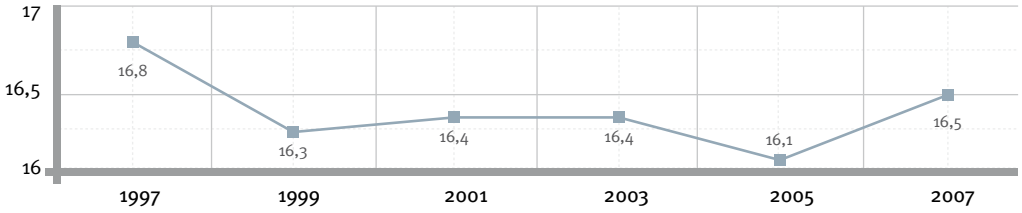
TABLA 16. Consumo de tabaco diario según sexo y edad (datos en %). Cantabria 2007

	De 15 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años
HOMBRES	31,7	35,7	41,6	48,3	30,2
MUJERES	29,8	33,3	34,1	42,7	23,1

El tabaco es la sustancia con mayor consumo diario, las personas que fuman a diario refieren llevar fumando una media de 20,6 años sin diferencias significativas según sexo. El 11,2% son personas fumadoras intensivas ya que consumen más de 20 cigarrillos al día. Este consumo intensivo se concentra en los varones, un 16,9% fuma más de 20 cigarrillos/día frente a un 7,3% de las mujeres. El consumo medio de cigarrillos es de 15,1 unidades, consumiendo más cantidad diaria de cigarrillos los hombres, con una media de 16,6 cigarrillos/día, frente a 14,1 de media en las mujeres.

El tabaco presenta la edad media de inicio al consumo más baja, 16,5 años para el consumo por primera vez y 18,3 años para el consumo diario. La edad de inicio de los hombres (15,3 años) es ligeramente menor que la de las mujeres (17,2 años).

GRÁFICO 14. Evolución de la edad media de inicio al consumo de tabaco. Cantabria 1997 - 2007



La continuidad en el consumo de tabaco es elevada, más de la mitad (52,7%) de quienes han probado el tabaco lo han consumido en los 30 días previos a la encuesta, y el 91,7% de este último grupo mantiene consumo diario. El 50,4% de los hombres y el 46,9% de las mujeres que han experimentado con el tabaco fuman diariamente.

El 51,6% de la población encuestada refiere haber fumado diariamente en alguna ocasión o hacerlo en la actualidad. De esta población el 67,3% sigue consumiendo diariamente, un 1% consume tabaco con menor frecuencia y el 31,5% son personas exfumadoras en el momento de la encuesta. Un 30,2% presenta una abstinencia por un periodo superior a un año y un 1,3% lleva más de un mes pero menos de un año sin fumar.

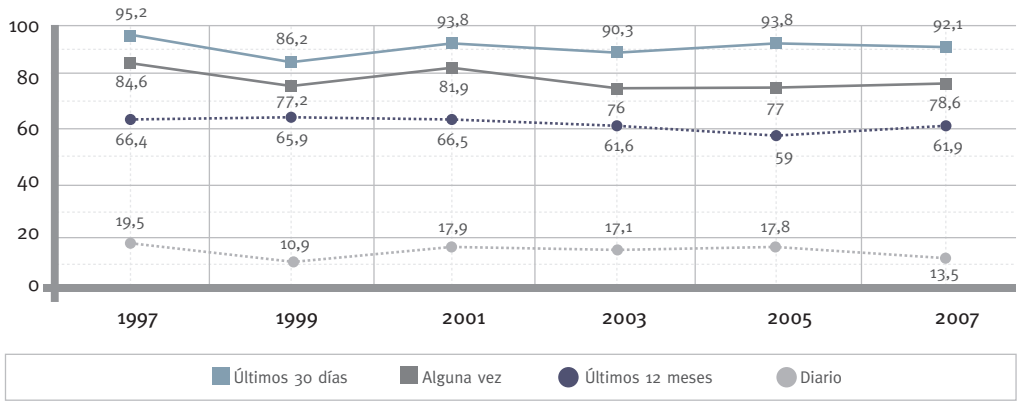
Alcohol

El alcohol es la sustancia más consumida por la población de Cantabria de entre 15 y 64 años en todas las frecuencias de consumo estudiadas a excepción del consumo diario que se sitúa tras el

tabaco. El 92,1% ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 78,6% lo ha hecho en los últimos 12 meses, el 61,9% en los últimos 30 días y un 13,5% diariamente. Estas prevalencias son superiores a las obtenidas a nivel nacional.

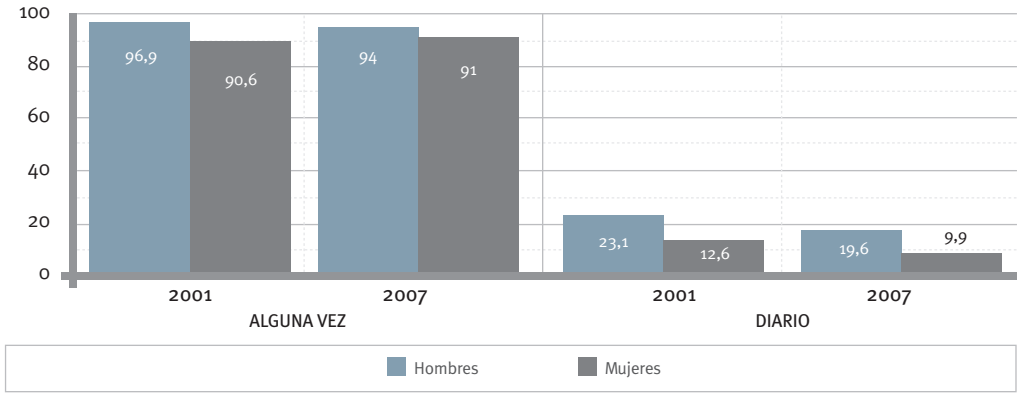
Al analizar la evolución temporal se observa que el consumo experimental (alguna vez en la vida) y el diario han disminuido con respecto a la campaña anterior y las prevalencias de consumo en todas las frecuencias estudiadas son inferiores a las registradas en 1997.

GRÁFICO 15. Comparación de la evolución del consumo de alcohol (datos en %). Cantabria 1997-2007



El consumo de alcohol se encuentra más extendido entre los hombres, presentando unas prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres en todas las frecuencias de consumo estudiadas. La mayor diferencia se registra en el consumo actual (últimos 30 días), 18 puntos porcentuales mayor en los hombres.

GRÁFICO 16. Evolución del consumo experimental y diario de alcohol según sexo (datos en %). Cantabria 2001 – 2007



Al analizar la evolución temporal se observa que la diferencia entre hombres y mujeres se ha reducido

en el consumo experimental (alguna vez), disminuyendo en los hombres y aumentando en las mujeres, mientras que en el consumo diario la diferencia intergénero se mantiene.

De acuerdo a la edad también se establecen diferencias en el consumo, siendo la población de entre 55 y 64 años en la que se alcanza la mayor extensión de consumo experimental y diario, mientras que la población más joven presenta las prevalencias más bajas. En el consumo actual (últimos 30 días) las prevalencias más bajas se registran en la población de más edad.

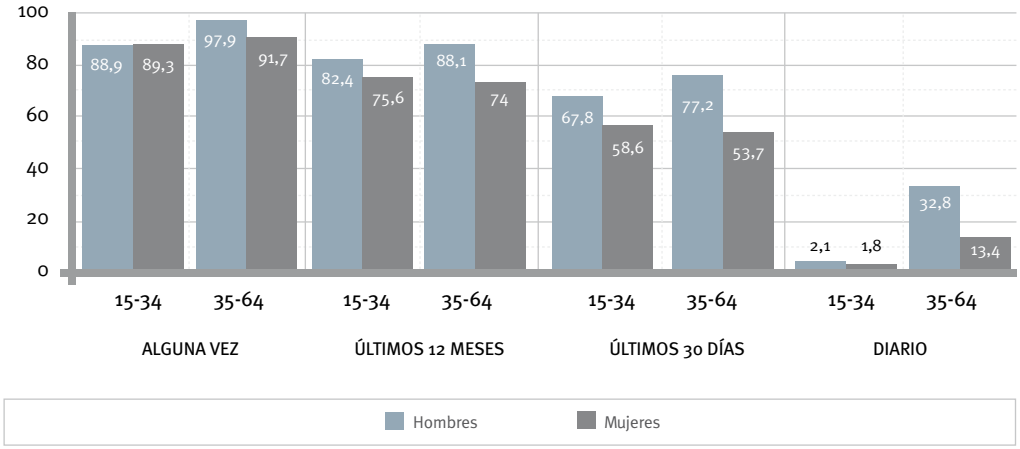
TABLA 17. Consumo de alcohol según edad (datos en %). Cantabria 2007.

	De 15 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años
ALGUNA VEZ	82,9	92,9	95,8	92,1	93,0
ÚLTIMOS 30 DÍAS	63,2	62,6	65,7	62,4	55,0
DIARIO	0,9	2,6	11,6	22,2	27,5

Si tenemos en cuenta la edad y el sexo, se observa que las diferencias entre hombres y mujeres son mayores entre el grupo de más edad (de 35 a 64 años) incrementándose éstas cuando el consumo es más frecuente (últimos 30 días y diario). En las personas más jóvenes las diferencias según sexo son menores y no se observan en el consumo alguna vez ni en el diario.

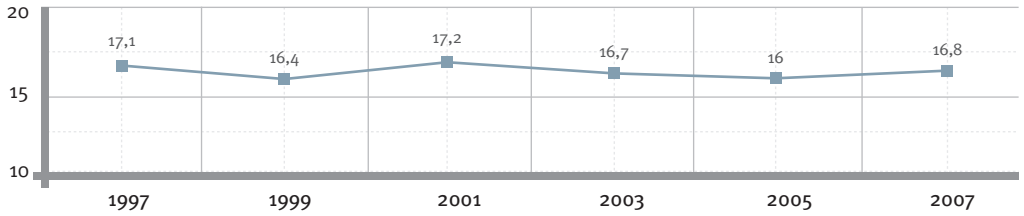
En los hombres las prevalencias de consumo más elevadas se dan entre los de más edad, mientras que en las mujeres esta diferencia entre las más jóvenes y las de más edad solo se observa en el consumo diario, siendo las prevalencias de consumo alguna vez, últimos 12 meses, y últimos 30 días bastante similares.

GRÁFICO 17. Consumo de alcohol en días laborables y en fin de semana según sexo y edad (datos en %). Cantabria2007



La edad media de inicio en el consumo de alcohol es de 16,8 años, habiéndose retrasado con respecto al año 2005, aunque es inferior a la registrada en 1997. Los hombres se inician antes que las mujeres en el consumo. El primer contacto con el alcohol entre los hombres se produce a los 15,6 años, retrasándose entre las mujeres a los 17,5 años.

GRÁFICO 18. Evolución de las edades de inicio al consumo de alcohol. Cantabria 1997-2003

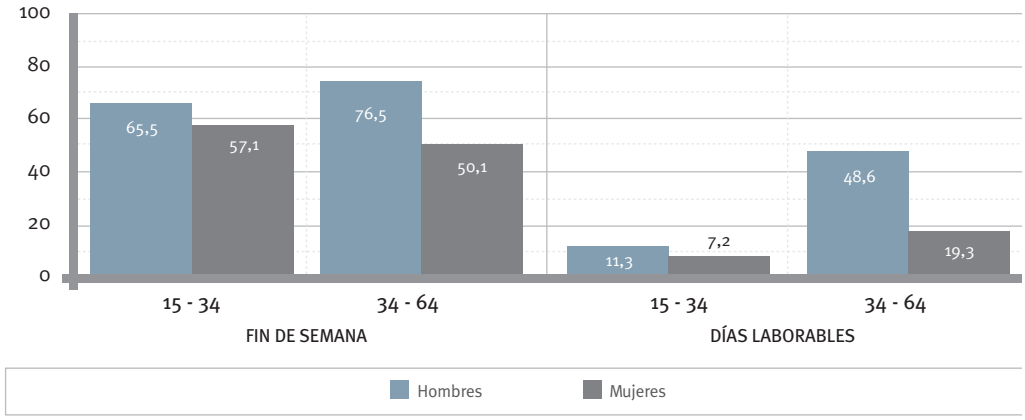


La continuidad en el consumo de alcohol es muy elevada. El 85,4% de los que han experimentado con el alcohol consume en los 12 meses previos a la encuesta. El 78,4 % de los que han consumido en los últimos 12 meses lo hace con alguna frecuencia en los últimos 30 días y el 21,8% de los que han consumido en los últimos 30 días lo han hecho diariamente.

En los 30 días previos a la realización de la encuesta, el 59% de la población había consumido bebidas alcohólicas en fin de semana (viernes a domingo) y el 21,9% en días laborables (lunes a jueves). Quienes consumieron en días laborables lo hicieron además en su práctica totalidad en fin de semana. Solo el 3% de las personas consumidoras actuales refiere consumo en días laborables sin consumo en fin de semana.

La población más joven presenta en mayor proporción consumo sólo en fin de semana, mientras que la de más edad consume en días laborables en mayor proporción que la población de jóvenes, sin diferencias por sexo. Entre la población de más edad las diferencias intergénero son mayores que en la población más joven en el consumo en días laborables y en el de fin de semana.

GRÁFICO 19. Consumo de alcohol según sexo y edad (datos en %). Cantabria 2007



Las bebidas alcohólicas más consumidas, tanto en días laborables como en fines de semana, son el vino seguido de la cerveza. En el fin de semana, los hábitos y volúmenes de consumo varían, incrementándose el consumo de todas las bebidas, y en mayor medida es la cerveza, que pasa de ser consumida en días laborables por el 8,7%, al 26,8% durante el fin de semana.

TABLA 18. Bebidas alcohólicas más consumidas en días laborables y en fin de semana (datos en %). Cantabria 2007

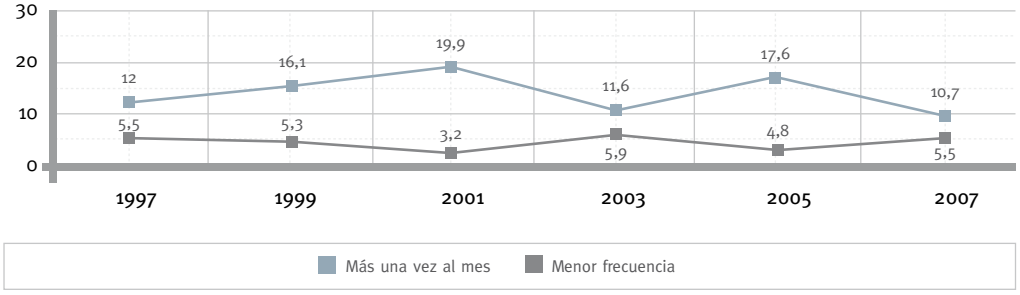
	DÍAS LABORALES	FIN DE SEMANA
VINO/CHAMPÁN	14,1	29,2
CERVEZA/SIDRA	8,7	26,8
COMBINADOS/CUBATAS	1,3	16,6
LICORES FUERTES	1,4	2,9
APERITIVOS/VERMUT	0,9	3,1
LICORES DE FRUTAS	0,2	0,7

En cuanto a los comportamientos de riesgo asociados al consumo de alcohol, hay que señalar que el 16,2% de la población encuestada se ha emborrachado en alguna ocasión y que el 8,3% de las personas encuestadas ha ingerido 5 o más copas en la misma ocasión en los últimos 30 días previos a la encuesta.

El 16,2% de la población refirió haberse emborrachado en alguna ocasión, en los últimos doce meses. Las borracheras son más frecuentes entre los hombres (26,1%) que entre las mujeres (10,3%), y entre los más jóvenes. La población más joven, tanto hombres como mujeres, refirieron intoxicaciones etílicas en mayor proporción que la de más edad; la prevalencia de borracheras disminuye a medida que aumenta la edad. Las borracheras se concentran entre los 15 y los 24 años en ambos sexos.

Al analizar la evolución temporal se observa que el porcentaje de la población que afirma haberse emborrachado más de una vez al mes en los últimos doce meses ha descendido en este último periodo 2006-2007 y es inferior al obtenido en el año 1997.

GRÁFICO 20. Evolución de intoxicaciones etílicas en los últimos 12 meses (datos en %). Cantabria 1997-2007

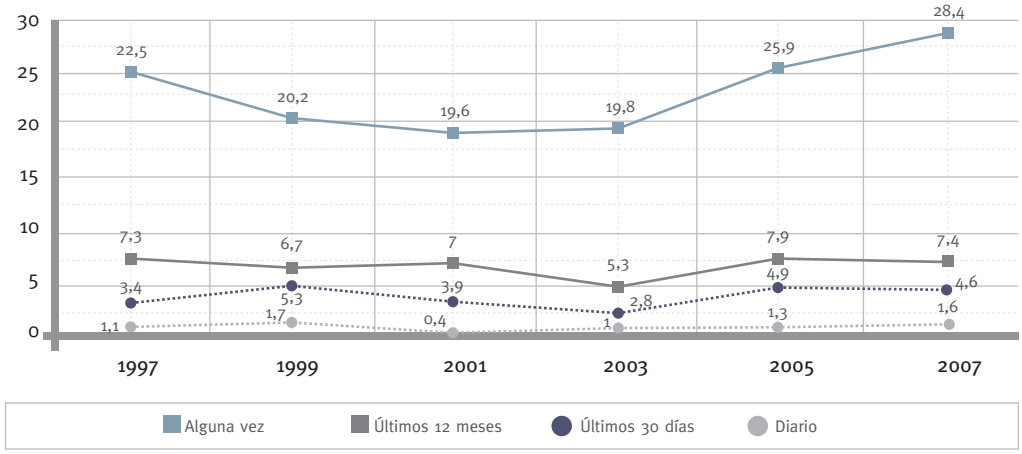


Cánnabis

El cánnabis es la droga ilegal más consumida en Cantabria por la población de entre 15 y 64 años, concretamente un 28,4% afirma haberla probado alguna vez, a su vez un 7,4% lo hizo en el último año, un 4,6% en el último mes y un 1,6% reconoce haberlo consumido diariamente. Estas prevalencias son inferiores a las registradas a nivel nacional para el consumo en los últimos 12 meses y el consumo en últimos 30 días; en el consumo diario no existe diferencia.

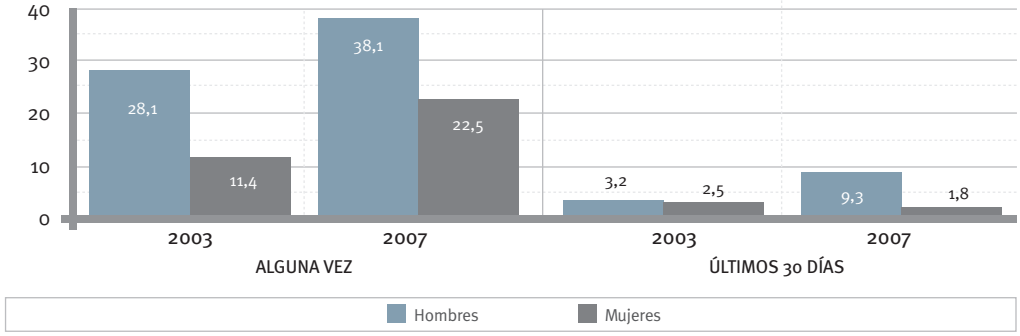
El cánnabis es la sustancia que en mayor medida ha aumentado el consumo en todas las frecuencias estudiadas en relación al año 1997. El consumo experimental (alguna vez), en este último periodo 2003-2005, ha aumentado en 2,5 puntos porcentuales y se encuentra 5,9 puntos por encima del registrado en 1997.

GRÁFICO 21. Evolución del consumo de cánnabis(datos en %). Cantabria 1997-2007



El consumo de cánnabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres en todos los intervalos de tiempo estudiados, aunque estas diferencias tienden a acercarse a medida que el consumo se vuelve más frecuente. La mayor diferencia entre sexos se observa en el consumo experimental, 15,6 puntos porcentuales.

GRÁFICO 22. Evolución del consumo de cánnabis según sexo (datos en %). Cantabria 2003-2007



Al analizar la evolución temporal se observa que mientras en el consumo experimental la diferencia intergénero se mantiene sin variaciones a lo largo de los años, aumentando en igual medida en hombres que en mujeres, en el consumo actual (últimos 30 días) la diferencia entre sexos ha aumentado, disminuyendo el consumo en las mujeres y aumentando en los hombres.

En relación a la edad las prevalencias de consumo son más altas entre las personas más jóvenes y van decreciendo a medida que aumenta la edad, llegando a no haber consumo actual en mayores de 55 años. El consumo experimental está más extendido en la población de entre 25 y 34 años.

TABLA 19. Consumo de cánnabis según edad (datos en %). Cantabria 2007

	De 15 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años
ALGUNA VEZ	33,3	40,7	35,7	26,1	4,7
ÚLTIMOS 30 DÍAS	9,4	9,3	3,8	2,1	0
DIARIO	2,6	3,6	0,5	1,6	0

La edad de inicio en el consumo se sitúa en los 19,2, iniciándose antes los hombres (17,7 años) que las mujeres (20,6 años). En este último periodo 2005-2007 la edad de inicio en el consumo de cánnabis se ha retrasado casi un año, aunque es un año inferior a la registrada en 1997.

GRÁFICO 23. Evolución de la edad media de inicio al consumo de cánnabis. Cantabria 1997-2007

La continuidad en el consumo de cánnabis es muy elevada; el 64,1% de las personas que han experimentado con el cánnabis en el último año consume actualmente y el 34,1% de quienes han consumido en los últimos 30 días lo hace diariamente.

Otras sustancias psicoactivas

La cocaína es la sustancia que presenta una prevalencia de consumo alguna vez en la vida más ele-

vada (5,7%) y es junto con las anfetaminas las dos únicas sustancias en las que se registra consumo actual (últimos 30 días). Por otra parte, los inhalables y la heroína no superan el 1% en el consumo experimental.

Al analizar la evolución temporal se observa descenso en el consumo de todas las sustancias analizadas con respecto al año 2005.

TABLA 20. Evolución del consumo alguna vez en la vida de sustancias psicoactivas (datos en %). Cantabria 1997-2007

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
COCAÍNA	3,6	4,8	3,3	1,8	7,3	5,7
ÉXTASIS	0,9	4,9	1,6	1,8	2,8	2,5
ANFETAMINAS/SPEED	2,1	2,6	1,6	1,5	3,1	3
ALUCINÓGENOS	1,5	1,9	1	0,5	2,9	2,3
INHALABLES	0,7	1,4	0,1	0,2	1,2	0,2
HEROÍNA	0,4	0,4	0,5	0,2	1,4	0,3

TABLA 21. Evolución del consumo en los últimos 12 meses de sustancias psicoactivas (datos en %). Cantabria 1997-2007

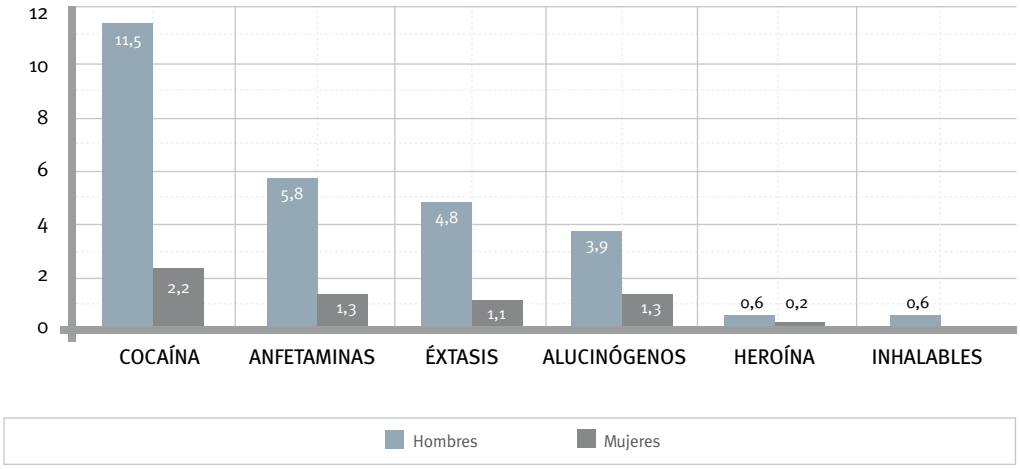
	1997	1999	2001	2003	2005	2007
COCAÍNA	1,1	2,5	1,3	0,4	2,1	0,8
ÉXTASIS	0,4	2,5	1	0,4	0,9	0,1
ANFETAMINAS/SPEED	0,6	1,4	0,7	0,2	4,1	0,2
ALUCINÓGENOS	0,6	0,1	0,3	0,2	1,3	0
INHALABLES	0,4	0,3	0,2	0	0,6	0
HEROÍNA	0,0	0,2	0,1	0	0,1	0

TABLA 22. Evolución del consumo en los últimos 30 días de sustancias psicoactivas (datos en %). Cantabria 1997-2007

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
COCAÍNA	0,4	1,0	0,4	0,1	0,7	0,5
ÉXTASIS	0,2	1,9	0,2	0,2	0,5	0
ANFETAMINAS/SPEED	0,2	1,1	0,0	0,2	0,3	0,1
ALUCINÓGENOS	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0
INHALABLES	0,0	0,0	0,2	0	0	0
HEROÍNA	0,0	0,2	0,1	0	0	0

El consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres en todas las sustancias aquí estudiadas, llegando a no haber consumo experimental de inhalables en las mujeres.

GRÁFICO 27. Consumo experimental de sustancias psicoactivas según sexo (datos en %). Cantabria 2007



Si tenemos en cuenta la edad, es la población de 15 a 34 años la que en mayor medida ha experimentado en alguna ocasión con cocaína, anfetaminas, éxtasis y con alucinógenos, mientras que para la heroína y los inhalables sólo se registra consumo entre la población de más de 35 años.

Las edades medias de inicio van desde los 19,3 años para la heroína hasta los 32,5 para los inhalables, iniciándose en general los hombres antes que las mujeres.

TABLA 23. Edad media de inicio en el consumo de otras sustancias psicoactivas según sexo. Cantabria 2007

	Total	Hombre	Mujer
HEROÍNA	19,3	19,5	19
COCAÍNA	19,6	19,4	20,4
ANFETAMINAS	20,3	20,5	19,9
ALUCINÓGENOS	20,4	20,2	20,7
ÉXTASIS	21,6	21,3	22,7
INHALABLES	32,5	32,5	0

Opiniones y actitudes ante las drogas, su disponibilidad y las conductas de riesgo

Al analizar la opinión sobre los efectos asociados a distintos patrones de consumo de drogas, se observa que las consideradas más peligrosas para la salud son el consumo de heroína, cocaína y éxtasis, independientemente de que su consumo sea ocasional o habitual. En el extremo opuesto, las

conductas que entrañan un menor peligro son el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana, seguida del consumo ocasional de cánnabis y del consumo de cinco o seis cañas o copas diariamente.

La percepción de peligrosidad, a excepción de la heroína, cocaína y éxtasis, varia según su consumo sea ocasional o habitual, aumentando en general la percepción de riesgo para todas las sustancias cuando su consumo es habitual.

Las mujeres son quienes en mayor medida evalúan los riesgos de cualquier tipo de consumo, excepto el consumo habitual de tranquilizantes. Sin embargo, si tenemos en cuenta la edad, la percepción de riesgo es muy similar en los diferentes grupos de edad.

Por lo que concierne a las variaciones con respecto a 1997, se aprecia que ha aumentado el riesgo percibido ante el consumo de todas las sustancias. Hay que destacar el aumento del riesgo asociado al consumo ocasional de tranquilizantes en 52,3 puntos porcentuales, al de éxtasis en 43 puntos y al de cocaína en 30,7 puntos.

TABLA 24. Percepción de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas (datos en %). Cantabria 1997-2007

Muchos problemas	1997	1999	2001	2003	2005	2007
CONSUMIR HEROINA HABITUALMENTE	86,0	90,8	91,7	97,1	95,7	94,6
CONSUMIR HEROÍNA ALGUNA VEZ	69,3	82,2	83,9	96,5	91,6	94,5
CONSUMIR COCAÍNA HABITUALMENTE	82,2	88,1	89,0	96,8	93,7	94,4
CONSUMIR COCAÍNA ALGUNA VEZ	63,4	74,0	77,9	93,1	88,6	94,1
CONSUMIR ÉXTASIS HABITUALMENTE	72,3	84,1	87,8	94,3	91,9	93,7
CONSUMIR ÉXTASIS ALGUNA VEZ	50,2	66,1	79,0	92,1	83,8	93,2
CONSUMIR TRANQUIL/SOMN HABITUALMENTE	38,9	50,8	69,7	87,5	66,4	79,9
CONSUMIR TRANQUIL/SOMN ALGUNA VEZ	22,8	34,9	57,6	81,4	54,2	75,1
CONSUMIR HACHÍS HABITUALMENTE	53,7	59,8	57,3	69,3	70,4	78,4
CONSUMIR HACHÍS ALGUNA VEZ	33,9	41,1	44,9	60,2	52,1	54,7
CONSUMIR 5-6 CAÑAS/COPAS A DIARIO	56,7	55,1	54,5	73,0	75,4	62
CONSUMIR 5-6 CAÑAS/COPAS FIN DE SEMANA	14,0	24,0	23,8	31,8	26,1	27
FUMAR PAQUETE TABACO DIARIO	33,5	32,4	50,8	71,2	62,8	71,1

Las sustancias ilegales más accesibles a la población continúan siendo el cánnabis, el 47,6% considera fácil o muy fácil su obtención, seguido de la cocaína. Los hombres consideran más fácil conseguir todas las sustancias que las mujeres, y si tenemos en cuenta la edad, son las personas más jóve-

nes quienes consideran más sencillo la obtención de las diferentes drogas, a excepción de la heroína.

Al analizar la evolución temporal, se observa que con relación al año 1999 se ha incrementado el grado de dificultad para conseguir las diferentes drogas. Sin embargo desde el año 2003 el porcentaje de personas que piensa que las drogas son de muy fácil obtención está aumentado progresivamente.

TABLA 25. Evolución de la dificultad percibida para obtener drogas ilegales (datos en %). Cantabria 1999-2007

	MUY FÁCIL O RELATIVAMENTE FÁCIL				
	1999	2001	2003	2005	2007
CÁNNABIS	48,4	38,9	36,2	45,6	47,6
COCAÍNA	39,7	27,3	27,4	32,1	34,7
ÉXTASIS	37,7	30,5	28,4	29,5	28,4
LSD	33,3	23,8	25,6	22,2	27,4
HEROÍNA	33,9	23,5	25,8	17,6	21,9

La intranquilidad derivada del consumo de drogas ilegales ha disminuido con respecto a 1997, aunque desde el año 2003 está aumentando. El porcentaje de quienes califican de "nada importante" el problema de las drogas ilegales en donde viven ha disminuido 9,3 puntos porcentuales con respecto a 1997 y 13,4 con respecto al año 2003. La importancia atribuida a este problema es mayor entre las mujeres y menor entre las personas más jóvenes.

TABLA 26. Evolución de la importancia atribuida al problema de drogas ilegales (datos en %). Cantabria 1997-2007

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
NADA IMPORTANTE	36,0	37,0	46,4	58,7	51,6	45,3
ALGO IMPORTANTE	25,1	31,9	22,7	21,2	23,1	22,8
MUY IMPORTANTE	32,2	28,7	26,9	15,3	20,1	31,9

En cuanto a las acciones propuestas para resolver el problema de las drogas, las cinco más importantes a juicio de la población cántabra, coinciden con las de años anteriores, aunque varían el orden de un año a otro.

TABLA 27. Acciones a realizar para resolver el problema de las drogas (datos en %). Cantabria 1997-2007

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
LEGALIZACIÓN DE TODAS LAS DROGAS	9	22,0	53,1	31,5	28,2	10,9
LEGALIZACION DEL HACHIS Y MARIHUANA	15,5	32,3	60,5	36,5	39,7	27,2
ADMINISTRACIÓN MEDICA DE HEROÍNA	19,5	42,5	68,5	72,4	43,7	52,7
TRATAMIENTO OBLIGATORIO A CONSUMIDORES	40,6	46,2	76,3	66,3	52,1	46
ADMINISTRACIÓN DE METADONA	45,8	58,1	78,1	76,2	63,5	77,3
CAMPAÑAS PUBLICITARIAS	73,6	75,5	90,4	89,2	84,5	95,6
LEYES ESTRICTAS CONTRA LAS DROGAS	69,6	64,9	81,1	82,2	84,9	94
CONTROL POLICIAL Y DE ADUANAS	74,5	71,1	82,4	83,6	87	95,2
TRATAMIENTO VOLUNTARIO A CONSUMIDORES	82	81,7	89,9	88,9	92	98,7
EDUCACIÓN EN LA ESCUELA	88,8	87,7	94,4	93,3	94,2	99,4

5.2. INDICADORES INDIRECTOS DEL CONSUMO DE DROGAS

Dada la dificultad que entraña la medición directa del consumo de drogas ilegales como los opiáceos, la cocaína y otras sustancias psicoactivas, tanto a nivel nacional como autonómico se utilizan indicadores indirectos (referidos a sucesos o consecuencias de su consumo) que se asume que están relacionados con el fenómeno, como son las demandas de tratamiento, la morbilidad y la mortalidad, entre otros. La recogida adecuada y sistemática de estos indicadores aporta un conocimiento que permite realizar un análisis más cercano del fenómeno.

Esta recogida de información se viene realizando desde que en 1987 el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con las comunidades autónomas, pone en marcha el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), que comienza a recoger información sobre tres indicadores específicos:

- Indicador de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
- Indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.
- Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Este Sistema Estatal de Información, que en su inicio se basaba en indicadores indirectos exclusivamente del consumo de opiáceos y cocaína, se amplía a partir de 1996 al resto de sustancias psicoactivas, desapareciendo como SEIT en 1998, aunque sus tres indicadores se incorporan al nuevo Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adiciones a Drogas (SEIPAD) sin ninguna modificación.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria se recogen los datos de los indicadores de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y de urgencias hospitalarias relacio-

nadas con su consumo, incluidos en el SEIPAD, incorporando paulatinamente las modificaciones que en su recogida se han ido produciendo.

5.2.1. Indicador de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas

El indicador de admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
Este indicador se viene recogiendo en Cantabria desde el año 1991 permitiéndonos registrar los cambios observados en las demandas asistenciales.

En el año 2008 se notificaron en nuestra comunidad autónoma 561 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, procedentes de cinco centros declarantes. La gran mayoría de las personas admitidas a tratamiento fueron hombres (83,6%), y aproximadamente una tercera parte (34,6%) correspondió a personas admitidas por primera vez en la vida.

En cuanto a las características sociodemográficas de las personas admitidas a tratamiento durante el año 2008 se observó que un 8,2% habían nacido en el extranjero, la edad media era de 37,7 años, el 50,4% no había llegado a completar ninguna etapa de enseñanzas secundarias y el 41% se encontraba en el paro.

En cuanto a las diferencias por sexo nos encontramos que la proporción de mujeres nacidas en el extranjero (14,1%) es casi el doble que la de los hombres (7,5%), la edad es algo superior en las mujeres (39,5 años) que en los hombres (37,3 años), y el nivel de estudios también es superior en las mujeres, el 52,1% de ellas ha finalizado algún tipo de enseñanza secundaria o universitaria frente al 42% de ellos. Por otra parte, la proporción de personas paradas es mayor entre los hombres.

TABLA 28. Edad media de las personas admitidas a tratamiento según sexo y existencia o no de tratamiento previo. Cantabria 2008

TOTAL	SEXO		TRATAMIENTO PREVIO	
	Hombre	Mujer	Si	No
37,7	37,3	39,6	38,7	35,1

TABLA 29. Personas admitidas a tratamiento nacidas fuera de España según sexo y existencia o no de tratamiento previo (datos en %). Cantabria 2008

TOTAL	SEXO		TRATAMIENTO PREVIO	
	Hombre	Mujer	Si	No
8,6	7,5	14,1	9	7,2

Si tenemos en cuenta la existencia de tratamiento anterior se observa que las personas admitidas a tratamiento por primera vez presentan un mayor porcentaje que las nacidas fuera de España, son más jóvenes, el nivel de estudios es superior y el índice de paro es ligeramente inferior al de las personas previamente tratadas.

TABLA 30. Nivel de estudios de las personas admitidas a tratamiento según sexo y existencia o no de tratamiento previo (datos en %). Cantabria 2008

NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADO	TOTAL	SEXO		TRATAMIENTO PREVIO	
		Hombre	Mujer	Si	No
SIN ESTUDIOS	19,2	18,7	21,7	19,4	19,1
ENSEÑANZA PRIMARIA	31,2	33	21,7	31,8	30,4
ENSEÑANZA SECUNDARIA	41,2	41,1	41,3	40,9	41,8
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	3,2	1,9	9,8	2,7	4,1
OTROS	0,2	0,2			0,5

TABLA 31. Situación laboral de las personas admitidas a tratamiento según sexo y existencia o no de tratamiento previo (datos en %). Cantabria 2008

NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADO	TOTAL	SEXO		TRATAMIENTO PREVIO	
		Hombre	Mujer	Si	No
TRABAJANDO	33,7	35,2	26,1	29,3	42,3
PARADO NO HABIENDO TRABAJADO	8,9	7,5	16,3	6,8	12,9
PARADO HABIENDO TRABAJADO	32,1	31,8	33,7	33,7	28,4
OTRAS	17,8	17,7	18,5	18,6	16,5

La heroína sigue siendo la droga que motiva un mayor número de admisiones a tratamiento (el 49,6% del total de las admisiones), situándose a continuación la cocaína (el 27,8%), el alcohol (el 16,6%) y el cánnabis (el 2,5%).

Las drogas que motivan el tratamiento varían si tenemos en cuenta el sexo y la existencia de tratamiento previo. Así en las mujeres, aunque la heroína sigue siendo la droga principal de admisión a tratamiento, el alcohol se sitúa en segundo lugar, seguido de la cocaína. Sin embargo, entre las personas que acuden por primera vez a tratamiento la cocaína ocupa el primer lugar seguida del alcohol y en tercer lugar de la heroína.

Las vías preferentes de administración de la droga principal que motiva el tratamiento son la pulmonar (29,2%), intranasal (27,6%) y parenteral (21%). En las mujeres y en las personas que acuden por primera vez a tratamiento la vía intranasal ocupa el primer lugar.

TABLA 32. Droga principal que motiva el tratamiento según sexo y existencia o no de tratamiento previo (datos en %). Cantabria 2008

	TOTAL	SEXO		TRATAMIENTO PREVIO	
		Hombre	Mujer	Si	No
HEROÍNA	49,6	51,6	39,1	68,5	13,4
COCAÍNA	27,8	28,8	22,8	13,7	54,6
ALCOHOL	16,6	13,9	30,4	14	21,6
CÁNNABIS	2,5	2,8	1,1	0,8	5,7
OTRAS	3,6	2,9	6,6	3	4,5

TABLA 33. Vía principal de administración de la droga según sexo y existencia o no de tratamiento previo (datos en %). Cantabria 2008

	TOTAL	SEXO		TRATAMIENTO PREVIO	
		Hombre	Mujer	Si	No
ORAL	18,9	15,4	37	16,4	23,7
PULMONAR	29,2	30,7	21,7	31,8	24,7
INTRANASAL	27,6	27,7	27,2	16,7	47,9
PARENTERAL	21	22,8	12	31	2,1
OTRAS	0,2		1,1	0,3	

Durante el periodo de la Estrategia Regional 2005-2008 las admisiones a tratamiento han pasado de 521 a 561 casos. En el año 2008 el número de admisiones notificadas fue prácticamente el mismo que en 2007 (562) pero superior al del 2005 (521) y al del 2006 (445).

La proporción de mujeres admitidas a tratamiento ha ido aumentando con los años, pasando de un 13,3% en el año 2005 a un 16,4% en 2008. Del mismo modo han aumentado las personas admitidas por primera vez en la vida, de un 30,8% a un 34,5%.

TABLA 34. Evolución de las admisiones a tratamiento según género y existencia o no de tratamiento previo (datos en %). Cantabria 2005 – 2008

	TOTAL	SEXO		TRATAMIENTO PREVIO	
		Hombre	Mujer	Si	No
2005	521	86,2	13,1	66,8	30,7
2006	445	84,3	15,7	63,8	35,3
2007	562	83,6	16,4	71	28,3
2008	561	83,6	16,4	65,1	34,5

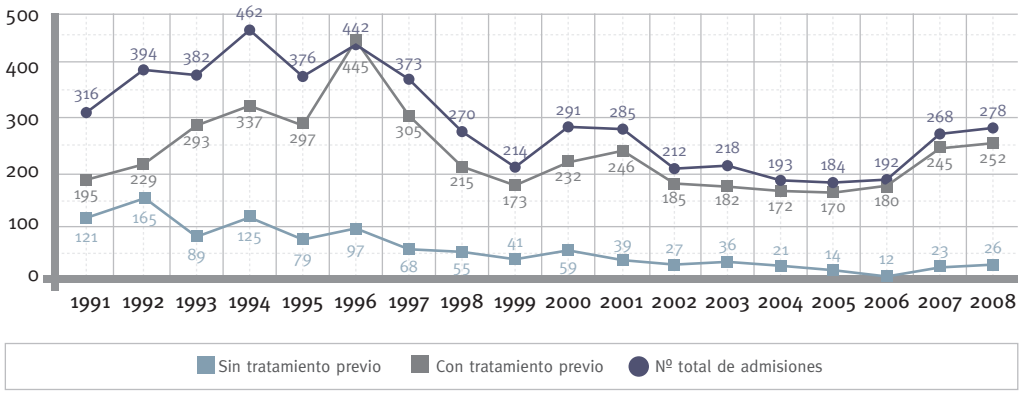
En este periodo ha descendido en un año la edad media de las personas admitidas a tratamiento. La edad media de los hombres pasó de 38,8 años en 2005 a 37,3 años en 2008. Algo más descendió la edad media de las personas admitidas por primera vez en la vida, de 37 a 35 años.

TABLA 35. Evolución de la edad media de las personas admitidas a tratamiento según género y existencia o no de tratamiento previo. Cantabria 2005 - 2008

	TOTAL	SEXO		TRATAMIENTO PREVIO	
		Hombre	Mujer	Si	No
2005	38,9	38,8	39,5	39,4	37
2006	38,1	37,8	38,1	39,2	35,6
2007	37,7	37,6	37,8	38,4	35,7
2008	37,7	37,3	39,6	38,7	35,1

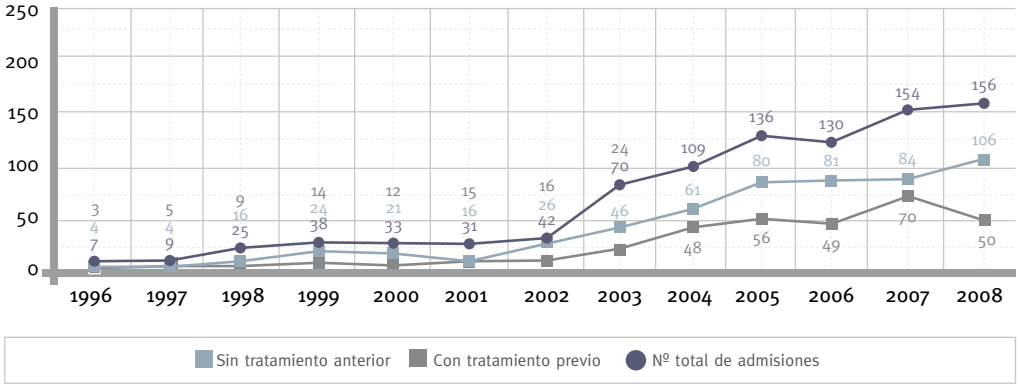
Al analizar la evolución temporal de las admisiones a tratamiento desde 1991, año en que se empiezan a recoger en Cantabria, se observa que las admisiones por heroína empiezan a descender a partir del año 1996, aunque a partir de 2006 se produce un aumento significativo. Esta situación varía si tenemos en cuenta la existencia o no de tratamiento previo. Las admisiones de personas a tratamiento por primera vez prácticamente no aumentan o no lo hacen de la misma manera. Hay que señalar que en el año 2006 se puso en marcha en Cantabria el Programa de Reducción del Daño en Atención Primaria lo que significa que las admisiones a tratamiento recogidas por las Unidades de Dispensación de Metadona están pasando a ser recogidas por los Centros Ambulatorios de Drogodependencias (apareciendo la heroína como principal droga de admisión).

GRÁFICO 28. Evolución del nº de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroina. Cantabria 1991 - 2008



En los últimos años se ha producido un gran aumento de las admisiones a tratamiento por cocaína, siendo más intenso entre 2001 y 2007, cuando el número de admisiones se multiplicó por 5. Desde el año 2004 prácticamente solo han aumentado las admisiones de personas a tratamiento por primera *vez.*

GRÁFICO 29. Evolución del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína. Cantabria 1996 - 2008

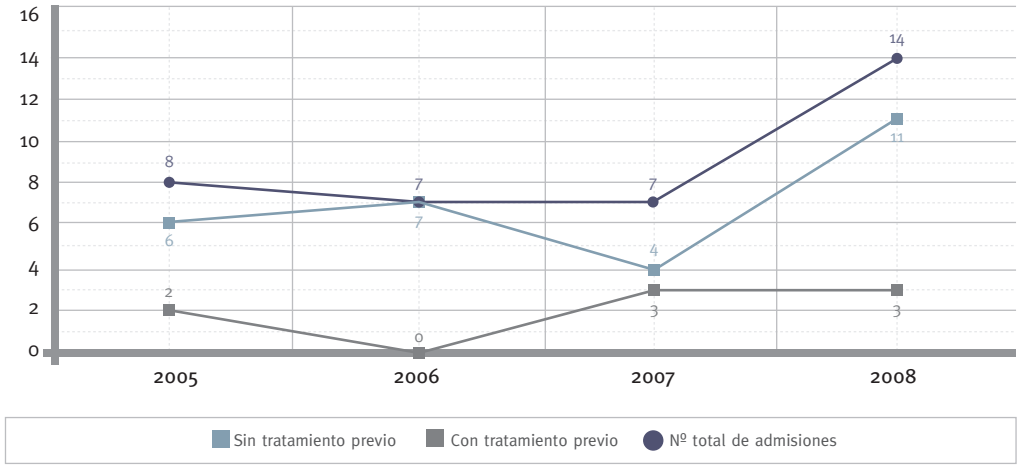


Las admisiones a tratamiento por alcohol comienzan a producirse en el año 2001 y han ido aumentando progresivamente hasta 2007, produciéndose el mayor incremento entre 2004 y 2006, sin existir diferencias significativas entre la existencia o no de tratamiento previo.

GRÁFICO 30. Evolución del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia del alcohol. Cantabria 1997 - 2008

El número de admisiones a tratamiento por cánnabis también ha aumentado durante el periodo de la Estrategia Regional 2005 – 2008. Entre 2007 y 2008 se ha duplicado el número de admisiones debido al aumento en concreto de las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida.

GRÁFICO 31. Evolución del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cánnabis. Cantabria 2005-2008



5.2.2. Indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas

Este indicador informa sobre el número de episodios de urgencias hospitalarias relacionados directamente con el consumo no médico de drogas (opiáceos, cocaína y otras sustancias psicoactivas). En Cantabria se viene recogiendo desde octubre de 2007.

En el indicador de urgencias, se hace una búsqueda activa de episodios de urgencias en personas de 15 a 54 años directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Se registran todos los episodios de urgencias hospitalarias en que se menciona consumo no médico o no terapéutico de drogas, excepto aquellos en que se menciona exclusivamente el uso de alcohol, tabaco o xantinas, independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, se registran las urgencias de los hospitales que se han considerado de referencia: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Sierrallana y Laredo.

En el años 2008 se recogieron 605 episodios de urgencias hospitalarias en los que se mencionaba consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas. El 44,3% de las urgencias recogidas estaban relacionadas con el consumo de drogas, aquellas incluidas por el médico o la médica en la historia clínica como evidencia de relación con el uso de drogas.

La mayor parte de las personas atendidas fueron hombres, tanto en el total de urgencias registradas (75,5%) como en las urgencias con relación directa entre el consumo de drogas y el motivo de la urgencia expresada en la historia clínica (69%).

Las sustancias cuyo consumo se mencionó más frecuentemente en la historia clínica fueron hipnosedantes (61,7% de los episodios), alcohol (54,7%), cocaína (38%) y cánnabis (29,2%). Si se conside-

ran exclusivamente las drogas que se relacionan con el episodio de la urgencia, el panorama es muy similar, siendo en 2008 los hipnosedantes las sustancias relacionadas con más frecuencia (92,9%), seguidas del alcohol (52,2%), la cocaína (35,1%) y el cánnabis (28,5%).

En el análisis por sexo no se observan diferencias en cuanto a las drogas más frecuentemente mencionadas (hipnosedantes, alcohol y cocaína), aunque los hombres mencionan en mayor proporción que las mujeres todas las drogas, excepto los hipnosedantes.

TABLA 36. Sustancias psicoactivas mencionadas en la historia clínica según tipo de urgencia y sexo (datos en %). Cantabria 2008

	TOTAL URGENCIAS EN PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS			URGENCIAS DIRECTAMENTE RELACIONADAS		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
HEROÍNA	11	13,9	11,6	10,2	1,2	7,5
OTROS OPIÁCEOS	30,8	24,6	29,7	22,7	7,2	18
COCAÍNA	38,6	35,3	38	44,3	14,5	35,1
ANFETAMINAS	1,9	6,1	2,7	2,2	1,2	1,8
MDMA Y DERIVADOS	0,4		0,3	1,1	2,4	1,5
HIPNOSEDANTES	61,4	63,1	61,7	83,1	112	92,9
CÁNNABIS	31,7	18,5	29,2	36,7	7,2	27,6
ALUCINÓGENOS	0,7	1,5	0,9			
ALCOHOL	57,7	40,6	54,7	57,8	39,7	52,2

TABLA 37. Sustancias psicoactivas relacionadas con la urgencia hospitalaria según sexo (datos en %). Cantabria 2008

	URGENCIAS DIRECTAMENTE RELACIONADAS		
	Hombre	Mujer	Total
HEROÍNA	9,1	1,2	6,7
OTROS OPIÁCEOS	15,1	7,2	12,7
COCAÍNA	30,8	12	25
ANFETAMINAS	1,6	1,2	1,4
MDMA Y DERIVADOS	0,5	2,4	1,1
HIPNOSEDANTES	53,4	100	67,9
CÁNNABIS	22,2	6	17,2
ALUCINÓGENOS			
SUSTANCIAS VOLÁTILES			
ALCOHOL	45,3	38,5	43,1

5.3. PRINCIPALES ACTUACIONES EN DROGODEPENDENCIAS DESARROLLADAS EN EL PERÍODO 2005-2008

En este apartado se describen las actuaciones derivadas del desarrollo de la Estrategia Regional sobre drogas 2005-2008, las cuales nos proporcionan información relevante sobre las necesidades y medidas a considerar en esta nueva Estrategia.

Las actuaciones se presentan a continuación según las áreas de intervención en las que se estructura la Estrategia. Además se da cuenta de la valoración de los resultados de los programas y recursos puestos en marcha hasta la actualidad.

La información obtenida de los informes de seguimiento de los programas y actuaciones, así como datos registrados en las memorias anuales del Servicio de Drogodependencias indican, en primer lugar, que los resultados más relevantes hacen referencia a:

- La consolidación de los programas de Prevención, especialmente los dirigidos a escolares y familias.
- La inclusión del Programa de Reducción del Daño en los Centros de Atención Primaria.
- La puesta en marcha del Programa de Intervención en Adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias adictivas.
- La ampliación de la cobertura y oferta de programas de formación dirigidos a profesionales implicados en la implantación de los programas con relación a la atención y/o prevención de las drogodependencias.

5.3.1. Prevención

En el área de prevención se han desarrollado, por un lado, medidas de carácter general tendentes a promover el conocimiento y divulgación de los problemas relacionados con el consumo de drogas, y por otro se han implantado programas de prevención universal en los diferentes ámbitos de intervención: escolar, familiar, laboral y de ocio.

Asimismo se han realizado campañas de sensibilización y se ha participado en diferentes eventos dirigidos a la juventud (Juvecant y Conciertos). Además, se ha editado diverso material divulgativo sobre las drogas y los efectos del abuso de las mismas, dirigido a la población general y especialmente a jóvenes con el objetivo de sensibilizar e informar sobre los problemas derivados del consumo de drogas.

En este contexto merece destacar la campaña *¿Y tú, qué eres?*, realizada en el año 2008 y dirigida especialmente a adolescentes y jóvenes con el objetivo de incrementar la percepción del riesgo que conlleva el consumo de drogas, y de forma especial el del alcohol, cánnabis y cocaína, impulsando al mismo tiempo una cultura de ocio sin utilización de drogas. Ésta se ha realizado a través de carteles y

folletos de mano distribuidos en centros educativos y de trabajo, cuñas en radio y anuncios en prensa, televisión y cine.

La prevención de las drogodependencias en el **ámbito escolar** tiene entre sus objetivos fomentar en el alumnado 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. Con este fin se desarrollan en los centros escolares distintos programas preventivos que han ido evolucionando en el tiempo para adaptarse a las necesidades de intervención en este ámbito.

TABLA 38. Evolución de la participación en los programa de prevención escolar

EL SECRETO DE LA BUENA VIDA	CURSO ESCOLAR			
	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
ALUMNADO		2.457 (28,37%)	2.558 (29,11%)	2.907 (32,16%)
PROFESORADO		106	111	126
CENTROS		34	40	44
PREVENIR PARA VIVIR	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
ALUMNADO	10.896 (51,79%)	11.262 (52,56%)	12.128 (54,47%)	12.916 (56,34%)
PROFESORADO	473	489	527	561
CENTROS	83	68	73	78
CLASE SIN HUMO	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
ALUMNADO	930 (8,7%)	1.757 (16,71%)	2.456 (23,45%)	2.246 (22,16%)
PROFESORADO	42	84	117	107
CENTROS	15	27	27	28
¡ÓRDAGO!	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
ALUMNADO	6.809 (32,09%)	5.108 (24,58%)	5.712 (27,99%)	5.202 (26,07%)
PROFESORADO	296	222	248	226
CENTROS	42	38	40	37
EL CINE EN LA ENSEÑANZA	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
ALUMNADO	4.974 (24,16%)	4.870 (24,47%)	4.664 (23,91%)	4.307 (23,11%)
PROFESORADO	291	302	261	249
CENTROS	87	91	84	80

Porcentajes sobre el total de la población diana cada uno de los programas, según los datos facilitados por la Consejería de Educación

Junto a estos programas se lleva a cabo el Programa *Y tú, ¿qué piensas?*, con un carácter más complementario y que permite a escolares de más edad (últimos cursos de la E.S.O. y Bachillerato) reflexionar en torno a temas relacionados con el consumo de drogas. El 80% de los centros escolares que imparten enseñanza en estos cursos cuenta con el material del programa.

Por otra parte, en este ámbito escolar, se ha realizado la evaluación del programa El Cine en la Enseñanza y del programa *¡Órdago!*.

La evaluación del programa *¡Órdago!*, se realiza tras cinco años de implementación del mismo en Cantabria. Durante el curso escolar 2004/2005 se comienza a realizar la evaluación sobre la eficacia y proceso de implementación del programa, que se desarrolla durante cuatro años consecutivos, finalizando en el curso 2007/2008, abarcando así el ciclo completo del programa.

El programa *El Cine en la Enseñanza* se ha evaluado tres veces desde su implantación en Cantabria, pero es durante el curso 2006/2007, tras diez años de experiencia en nuestra comunidad, cuando se realiza la primera evaluación cualitativa del programa, con el objetivo de conocer si los soportes didácticos del mismo (películas y unidades didácticas) proporcionan al alumnado los recursos que faciliten la reflexión y les ayuden a pensar sobre temas de relevancia para el consumo de drogas.

En el **ámbito familiar** las actividades se han encaminado a la formación de las familias ya que la prevención del consumo de drogas en y a través de la familia es de vital importancia. Los distintos programas utilizados para ello, tienen como objetivo general facilitar un adecuado enfoque del fenómeno del uso y abuso de drogas, así como dotar de estrategias de intervención que permitan a padres y madres actuar como agentes preventivos dentro del ámbito familiar.

TABLA 39. Evolución de la participación en los programas de prevención familiar

EN FAMILIA	2005	2006	2007	2008
Nº CURSOS	12	18	18	15
Nº PARTICIPACIONES	215	366	381	230
EL CINE EN LA ENSEÑANZA	2005	2006	2007	2008
Nº AYUNTAMIENTOS	7	5	4	3
Nº PARTICIPANTES	1.695	968	800	690

En el programa *En Familia*, en el año 2006 se empleó una nueva estrategia de difusión, mediante convocatoria personalizada que no se ha vuelto a utilizar debido al alto coste presupuestario a la luz de los resultados obtenidos.

El Programa *El Cine en la Enseñanza* para padres y madres, no se gestiona desde el Servicio de Drogodependencias, son las Administraciones Locales las encargadas de su promoción e implantación.

La prevención de las drogodependencias en el **ámbito de ocio** parte de la consideración del ocio y tiempo libre como un espacio educativo no formal que, sin renunciar a su carácter lúdico y voluntario, permite favorecer los vínculos y contactos con el grupo de iguales, desarrollar determinadas actitudes, valores y modelos de comportamiento personales. No persigue la ocupación sin más de adolescentes o jóvenes, sino la creación de espacios y oportunidades que faciliten la interrelación personal, a

través de los cuales puedan trabajarse y potenciarse una serie de factores de protección frente a los consumos de drogas.

En los años de vigencia de la Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008, la prevención a través del ocio y tiempo libre se ha realizado principalmente a nivel local, mediante la concesión de ayudas económicas a los Ayuntamientos para realizar programas en este ámbito.

En el **ámbito laboral** la prevención se ha realizado, de igual forma, a través de subvenciones a las principales organizaciones sindicales y empresariales para el desarrollo de programas preventivos. Las intervenciones realizadas consisten principalmente en el desarrollo de acciones de información y formación a trabajadores y trabajadoras y a las personas que ejercen la función de mediador social en las empresas.

5.3.2. Asistencia

Los datos que refleja la siguiente tabla corresponden a las personas usuarias con conductas adictivas que han utilizado por diversos motivos los recursos públicos especializados: UADs. Unidades de Dispensación de Metadona, Centro Terapéutico, Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

TABLA 40. Evolución de personas usuarias atendidas en la red asistencial

	2005	2006	2007	2008
Nº DE PERSONAS ATENDIDAS	1.700	1.817	1.598	1.522

El Programa de Reducción del Daño está implantado en los recursos especializados del abordaje de las drogodependencias desde 1990. Los cambios que se han producido tanto en el perfil de las personas usuarias como en la percepción social demandan nuevas actuaciones en la oferta asistencial. En el año 2005 se inicia la implantación del programa en Atención Primaria, normalizando la atención a las personas drogodependientes y realizando un abordaje como problema de salud.

TABLA 41. Evolución de personas atendidas en el programa de reducción del daño

	2005	2006	2007	2008
UNIDADES AMBULARORIAS DE DROGODEPENDENCIAS	213	226	200	186
UNIDADES DE DISPENSACIÓN DE METADONA	428	506	399	288
FARMACIAS	22	24	25	24
ATENCIÓN PRIMARIA	58	111	139	270
INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	181	157	125	145

En el año 2006 se pone en marcha el *Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas*, la creación de este nuevo espacio terapéutico específico está motivado por los cambios en los patrones de consumo – cada vez las prueban más, a una edad más temprana, de forma regular y con una percepción menor del riesgo -. Este programa tiene como objetivo la prevención, encaminada al abordaje de los factores de riesgo asociados al uso/abuso de drogas y a la resolución de los problemas asociados a esta situación. Se trata de prevenir la transición desde el uso al abuso de drogas, fortaleciendo la motivación hacia el cambio.

TABLA 42. Personas atendidas en el Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas

	2006	2007	2008
Nº ADOLESCENTES	13	25	44
Nº FAMILIAS	7	13	22
Nº ADOLESCENTES QUE FINALIZAN TRATAMIENTO	9	18	42

5.3.3. Formación

Dentro del área de formación los programas se han desarrollado con el fin de ampliar y mejorar los conocimientos y la capacitación de profesionales que se han implicado en la implantación de los mismos con relación a la atención y/o prevención de las drogodependencias, tratando de asegurar así la eficacia de los programas y una mejora de los resultados. Principalmente se ha dirigido la formación al profesorado de los centros educativos y al personal sanitario de Atención Primaria.

La formación del profesorado se ha realizado a través de cursos y seminarios organizados por los Centros de Innovación Educativa y Formación del Profesorado (CIEFP), instituciones de formación dependientes de la Consejería de Educación, que tienen como finalidad el desarrollo y la dinamización del Plan Regional de Formación Permanente del Profesorado.

TABLA 43. Evolución de la participación en los cursos organizados dirigidos al profesorado y profesionales de Atención Primaria

PROFESORADO	2005	2006	2007	2008
Nº CURSOS	2	2	2	3
PARTICIPANTES	51	43	102	167
PROFESIONALES DE A.P.	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Nº CURSOS		1	4	5
PARTICIPANTES		33	165	150

La formación de profesionales de Atención Primaria se ha dirigido principalmente a proporcionarles los conocimientos básicos teóricos, así como las habilidades prácticas en detección e intervención de drogodependencias desde el ámbito de Atención Primaria. Los cursos están organizados por el Servicio de Drogodependencias y acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

En el año 2005 se inicia el *Programa de Reducción del Daño en Atención Primaria* con la organización de 17 jornadas de sensibilización en las que participaron 540 profesionales de Atención Primaria.

5.3.4. Financiación

Las actuaciones que se han desarrollado durante el período 2005 – 2008 han estado 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.

La Consejería de Sanidad, como fuente principal de financiación, ha consignado en sus presupuestos anuales una partida presupuestaria específica que ha garantizado el mantenimiento de los programas y servicios, así como el desarrollo de las nuevas actuaciones recogidas en la Estrategia Regional sobre Drogas 2005-2008.

TABLA 44. Evolución presupuestaria

2005	2006	2007	2008
1.106.043	1.182.426	1.257.616	1.426.258

De los presupuestos anuales, la Estrategia Regional convoca ayudas dirigidas a corporaciones locales y a asociaciones o entidades sin ánimo de lucro y legalmente reconocidas, con el objeto de financiar el desarrollo y la realización de programas de sensibilización, formación, prevención, y asistenciales.

TABLA 45. Evolución económica de las subvenciones concedidas

	2005	2006	2007	2008
ASISTENCIA	389.900	343.675	295.780	271.780
PREVENCIÓN	291.500	301.500	305.000	331.000
LABORAL	146.643	159.426	166.671	149.313

6

PRINCIPIOS
RECTORES

La Estrategia sobre Drogas 2009-2013 se organiza a partir de una serie de principios rectores que orientan su definición e implementación, estando presentes por su naturaleza de fundamentos filosóficos, políticos y éticos que rigen las políticas públicas, en todos los objetivos señalados en la Estrategia.

Los principios rectores de la Estrategia 2009-2013 se concretan en los siguientes: el abordaje bio-psico-social de las drogodependencias, la integralidad, la equidad, la transversalidad de la perspectiva de género, la participación y la flexibilidad.

Abordaje bio-psico-social

Es fundamental para entender y considerar el fenómeno de las drogodependencias y las adicciones a todos los efectos como enfermedades comunes dentro de nuestro marco social, con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social de la persona, así como en su entorno familiar o de convivencia. Las drogodependencias son por tanto abordables con los mismos medios materiales y humanos y con la misma consideración y rigor científico y terapéutico que el resto del sistema sanitario público.

Integralidad

La integralidad de las intervenciones implica la aplicación de un amplio enfoque que ayude a comprender las motivaciones culturales, sociales y económicas que subyacen detrás del fenómeno. Comprende tanto el objeto de la Estrategia, que contempla las drogas legales e ilegales, como el ámbito de las intervenciones.

Equidad

La equidad en el abordaje de las drogodependencias garantiza la igualdad efectiva de todas las personas afectadas en el acceso a los diferentes programas y servicios en igualdad de condiciones, no pudiendo ser objeto de ningún tipo de discriminación por su sexo, edad, origen o procedencia, etnia e ideología o creencia.

Transversalidad de la perspectiva de género

La transversalidad de la perspectiva de género implica la superación de las desigualdades injustas y evitables que se producen por razones de género, teniendo en cuenta las diferentes situaciones y necesidades de hombres y mujeres.

Participación

La participación activa de los agentes implicados en el abordaje de las drogodependencias, desde los poderes públicos a las asociaciones y agrupaciones locales, entidades privadas, redes cívicas y socia-

les, y la ciudadanía en general, implica que todos ellos se configuran como motores de sus propios procesos de desarrollo, promoviendo su responsabilidad compartida y garantizando de esa forma que los objetivos y las actuaciones de la Estrategia respondan a las aspiraciones de la mayoría, y estén en consonancia con las necesidades sentidas por la comunidad.

El principio de participación está ampliamente contemplado en la legislación internacional, nacional y autonómica. La Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria 7/2002, en su Título III de Los Ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud, recoge que "La participación, tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control, es un derecho del ciudadano y de la sociedad en general, un valor social, una garantía de estabilidad y un instrumento de cooperación e información del Sistema Sanitario Público de Cantabria".

Flexibilidad

La flexibilidad en la ejecución de la Estrategia que conlleve el ajuste de las actuaciones a las necesidades de la sociedad, tratando de adecuarlas a las características cambiantes del fenómeno de las drogodependencias.

7

LÍNEAS
TRANSVERSALES

La Estrategia sobre Drogas 2009-2013 se articula en torno a tres áreas de actuación: Prevención, Atención Integral e Información y Formación, que cuentan con una estructura que responde a unos principios metodológicos definidos con un conjunto de objetivos, estrategias de actuación e indicadores que permiten su seguimiento y evaluación. Al mismo tiempo, la Estrategia considera cuatro líneas de aplicación transversal: la Coordinación, la Investigación, la Cooperación Internacional y la Evaluación, que tendrán cabida en todas y cada una de las áreas de actuación.

La importancia de establecer estas cuatro líneas transversales se sustenta en la necesidad de determinar el tipo de actuaciones que han de abordarse en estas materias de acuerdo a las prioridades y necesidades de cada área de actuación, impregnando así la totalidad de la Estrategia.

Coordinación

La coordinación se establece como línea transversal con el propósito de mejorar la integración de las actuaciones sobre drogas desde las instituciones, organizaciones y agentes que trabajan en el tema, y poder desarrollar una política sobre drogodependencias que posibilite la mejor ordenación y efectividad de las acciones, así como el aprovechamiento más racional de los recursos existentes, tanto materiales como humanos.

El abordaje del fenómeno de las drogodependencias requiere, por tratarse de una realidad compleja y en permanente evolución, de diferentes estrategias de intervención. Éstas se encaminan desde una amplia diversidad de agentes y disciplinas con responsabilidad en los sectores de actividad implicados en el trabajo sobre las drogodependencias. La respuesta frente al fenómeno debe ser en consecuencia, global, multidisciplinar e integrada.

Esto implica coordinar a todos los agentes que intervienen en el proceso, tanto de instituciones públicas o privadas como de las organizaciones de iniciativa social. 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.

Investigación

La importancia de la investigación se sustenta en la necesidad de mejorar el conocimiento y la comprensión de las circunstancias que rodean el consumo de drogas, lo cual contribuye a valorar las medidas puestas en marcha para abordarlo. De este modo, la investigación aporta la información necesaria para la mejora o renovación de los planteamientos terapéuticos de atención y de prevención de las drogodependencias y el desarrollo de una respuesta óptima al fenómeno.

Al establecer la investigación como línea transversal se pretende, por tanto, fomentar la realización de aquellos estudios que sean factibles dentro del ámbito de actuación propio de cada área, de acuerdo

a sus prioridades y necesidades, favoreciendo el mayor grado de aplicabilidad directa de los resultados obtenidos a las demandas asistenciales y de prevención.

Cooperación internacional

El carácter internacional del fenómeno de las drogodependencias hace que la coordinación internacional sea de especial importancia, tanto para la reducción de la oferta, como para abordar programas y estrategias comunes respecto a la reducción de la demanda y de los daños relacionados con los consumos.

La cooperación internacional posibilita la participación activa en el desarrollo de proyectos y programas en colaboración con países con los que compartimos este problema común. Al mismo tiempo, favorece el intercambio de conocimientos y experiencias, tanto relacionadas con la prevención, como con el abordaje asistencial de las drogodependencias.

La metodología para esta línea transversal se basa en el establecimiento de acuerdos de colaboración con otros países con el fin de potenciar la promoción y realización de proyectos y programas de prevención, asistenciales y de formación.

Evaluación

La evaluación es un ejercicio de transparencia de las instituciones que nos permite conocer el proceso, eficacia, eficiencia e impacto de los programas y actuaciones en materia de drogodependencias que se desarrollen en las distintas áreas de intervención de la Estrategia.

El ejercicio continuado e integral de la evaluación constituye un eslabón esencial para la planificación. El conocimiento que desencadena la evaluación posibilita establecer una retroalimentación de las diferentes estrategias y programas de intervención cuyo fin es la elaboración de recomendaciones que faciliten la toma de decisiones.

La evaluación favorece por tanto el aprendizaje y mejora continua de las intervenciones, permitiendo determinar la medida en que se han producido cambios deseables o las modificaciones que deben introducirse para optimizar la calidad de la atención en salud, además de incrementar la capacidad de los y las profesionales de mejorar el trabajo individual y colectivo.

8

ÁREAS DE **ACTUACIÓN**

8.1. ÁREA DE PREVENCIÓN

La Estrategia sobre Drogas 2009-2013 considera prioritaria, de acuerdo con la Estrategia Nacional 2009-2016, la prevención de las drogodependencias en el abordaje de los problemas generados por el abuso de droga, encuadrándola en el marco de la promoción de estilos de vida saludables.

Esto conlleva la implementación de iniciativas tendentes a modificar o mejorar la formación integral y la calidad de vida de las personas, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas. Asimismo las drogodependencias son un fenómeno que afecta al conjunto de la sociedad, por lo que es necesario que las actuaciones preventivas cuenten con el respaldo y la participación activa de las instituciones públicas y privadas, asociaciones, voluntariado, etc. Esto implica que las estrategias de prevención sean globales, debiendo desarrollarse en los principales ámbitos en los que las personas desarrollan su actividad escolar, familiar, de ocio o laboral.

Atendiendo a las personas destinatarias de las acciones se distinguen tres niveles de prevención: la universal, la selectiva y la indicada.

En la **prevención universal**, las intervenciones se dirigen a la población general, adaptada a los distintos colectivos (grupos de edad, ocupación, etc.). Estas intervenciones se centran en la promoción de actitudes y hábitos saludables y en reforzar los factores de protección frente al consumo de drogas. En las mismas se incluyen la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, habilidades para la vida, etc.

La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de población en situación de mayor vulnerabilidad y probabilidad de iniciarse tempranamente en el consumo de drogas. Los programas de prevención selectiva se centran en la reducción de los factores de riesgo que facilitan un uso problemático de drogas, caracterizado por un uso compulsivo de una o varias drogas, o habituación al consumo con riesgo de dependencia.

Finalmente, **la prevención indicada** se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que muestra consumos de drogas y otros problemas de comportamiento, se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo. El objetivo de estos programas no es sólo la reducción del consumo, sino también la reducción de los problemas asociados.

La Estrategia sobre Drogas 2009-2013 incorpora, de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada del diseño de la Estrategia Regional 2005 – 2008, el programa “Intervención en adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias adictivas” como un programa de prevención selectiva, ya que su situación en el Área de Atención Integral en la Estrategia anterior respondía más a la estructura de trabajo del Servicio del Drogodependencias que a la conceptualización del programa.

El área de prevención, de acuerdo al análisis de situación realizado, se plantea igualmente la necesidad de reforzar los programas escolares dirigidos a los diferentes niveles de Educación Primaria, además de la creación de una comisión técnica con representantes de la Consejería de Educación para el seguimiento de los programas escolares.

En su conjunto por tanto, La Estrategia sobre Drogas 2009-2013 centra el área de prevención en el desarrollo de programas de prevención universal en diferentes ámbitos: escolar, familiar, del ocio y laboral; así como en el desarrollo de un programa de prevención selectiva dirigido a adolescentes, para lo que plantea 5 objetivos generales de área.

1. Desarrollar en la población escolar hábitos de vida saludables y destrezas, competencias y habilidades para evitar el consumo de drogas y/o reducir los riesgos asociados al mismo.

2. Desarrollar en padres y madres competencias educativas que les permitan abordar la prevención del consumo de drogas en sus hijos e hijas.

3. Desarrollar en la población infantil y juvenil, hábitos saludables, destrezas, competencias y habilidades para evitar el consumo de drogas y/o reducir los riesgos asociados al mismo, a través del proceso educativo que se produce en los espacios de tiempo libre organizado.

4. Prevenir y reducir el consumo de drogas entre la población trabajadora.

5. Prevenir el inicio del consumo de drogas legales e ilegales en adolescentes en situación de vulnerabilidad y evitar que el consumo esporádico existente se convierta en problemático.

Objetivo 1

Desarrollar en la población escolar hábitos de vida saludables y destrezas, competencias y habilidades para evitar el consumo de drogas y/o reducir los riesgos asociados al mismo.

Objetivos específicos

1.1. Sensibilizar e informar a la población escolar sobre los riesgos asociados al consumo de drogas.

1.2. Aumentar la cobertura de los programas de prevención escolar en la Educación Primaria.

1.3. Sensibilizar, informar y motivar al profesorado para que se involucren en la implantación de actividades y programas de prevención.

1.4. Aumentar la participación de la población escolar en los programas de prevención.

Estrategias

1.1.1. Realizando campañas de sensibilización e información dirigidas a adolescentes y jóvenes introduciendo contenidos de riesgo y daño.

1.1.2. Incluyendo información sobre las diferentes drogas y el riesgo de su consumo en la Consulta Joven.

1.2.1. Ofertando a los centros escolares nuevos programas de prevención dirigidos al alumnado de Educación Primaria.

1.3.1. Difundiendo los programas y experiencias de prevención escolar en el marco de las Jornadas dirigidas al profesorado organizadas por la Consejería de Educación.

1.4.1. Presentando anualmente junto con la Consejería de Educación, al profesorado de los centros escolares, los programas de prevención.

1.4.2. Difundiendo los programas a través de los medios de comunicación local.

1.4.3. Orientando, asesorando y motivando a los equipos docentes para que pongan en marcha actividades y programas de prevención entre el alumnado.

1.4.4. Creando una comisión técnica con representantes de la Consejería de Educación para el seguimiento de los programas escolares.

Objetivo 2

Desarrollar en padres y madres competencias educativas que les permitan abordar la prevención del consumo de drogas en sus hijos e hijas.

Objetivos específicos

2.1. Sensibilizar e informar a padres y madres para que se involucren en la tarea educativa en relación con la prevención de drogodependencias.

2.2. Incrementar la participación de padres y madres en los programas de prevención familiar.

Estrategias

2.1.1. Realizando campañas informativas sobre las distintas sustancias y las consecuencias de su consumo.

2.1.2. Editando y distribuyendo material específico de información sobre prevención familiar de las drogodependencias.

2.1.3. Asesorando a Técnicos municipales y a las AMPAs en la sensibilización a padres y madres.

2.2.1. Ampliando los canales de difusión de los programas de prevención familiar.

2.2.2. Realizando cursos y sesiones de formación de los padres y madres en el entorno local de las familias.

2.2.3. Adaptando culturalmente y a las nuevas tecnologías los programas dirigidos a los padres y madres.

Objetivo 3

Desarrollar en la población infantil y juvenil hábitos saludables, destrezas, competencias y habilidades para evitar el consumo de drogas y/o reducir los riesgos asociados al mismo, a través del proceso educativo que se produce en los espacios de tiempo libre organizado.

Objetivos específicos

3.1. Sensibilizar e informar a la población adolescente y juvenil en sus lugares de ocio sobre los riesgos asociados al consumo de drogas.

3.2. Apoyar a las entidades locales y sociales que desarrollan iniciativas con la población infantil y juvenil en los espacios de ocio y tiempo libre para el desarrollo de actividades alternativas al consumo de drogas.

Estrategias

3.1.1. Realizando campañas de sensibilización e informativas sobre las distintas sustancias y los riesgos asociados a su consumo.

3.1.2. Difundiendo material informativo sobre las distintas sustancias y sus consecuencias en los espacios lúdicos dirigidos a la población infantil y en los conciertos organizados dirigidos a jóvenes.

3.1.3. Incorporando información sobre drogodependencias en las oficinas de información juvenil.

3.2.1. Concediendo subvenciones a los ayuntamientos y entidades sin ánimo de lucro para la realización de actividades de ocio alternativo continuado, dirigidas a la población infantil y juvenil.

3.2.2. Realizando acciones de orientación, asesoramiento e información dirigidas a profesionales de estas entidades.

Objetivo 4

Prevenir y reducir el consumo de drogas entre la población trabajadora.

Objetivos específicos

4.1. Apoyar a las organizaciones sindicales y empresariales para mejorar e incrementar las intervenciones de sensibilización, información, orientación y formación de los trabajadores y trabajadoras en el uso problemático de drogas y sustancias psicoactivas.

Estrategias

4.1.1. Concediendo subvenciones a organizaciones sindicales y empresariales para el desarrollo de actuaciones preventivas dirigidas a la población trabajadora.

4.1.2. Apoyando, asesorando y colaborando con los agentes laborales en la elaboración de los programas de intervención en drogodependencias.

4.1.3. Dinamizando la Comisión Tripartita para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral.

Objetivo 5

Prevenir el inicio del consumo de drogas legales e ilegales en adolescentes en situación de vulnerabilidad y evitar que el consumo esporádico existente se convierta en problemático.

Objetivos específicos

5.1. Fortalecer los factores de protección y promover la reducción de factores de riesgo asociados al consumo de drogas en adolescentes.

5.2. Fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de drogas en adolescentes que consumen.

5.3. Promover entre padres y madres, profesorado y profesionales de los equipos de Atención Primaria, la detección precoz de los consumos y situaciones de riesgo asociadas en adolescentes, y facilitar su derivación a los recursos especializados.

5.4. Aumentar las competencias de las familias en el manejo de los comportamientos conflictivos de hijos e hijas y en las competencias educativas encaminadas a reducir los factores de riesgo relacionados con los consumos.

5.5. Mejorar las competencias del profesorado para gestionar las situaciones de riesgo asociadas al consumo.

Estrategias

5.1.1. Revisando los programas específicos y materiales didácticos encaminados a superar los factores de riesgo destinados a menores en situación de vulnerabilidad, y analizando la viabilidad de su edición e implantación.

5.2.1. Realizando una intervención terapéutica temprana con adolescentes con consumos incipientes o en procesos de riesgo.

5.3.1. Asesorando y dotando a padres y madres, profesorado y profesionales de los equipos de atención primaria de habilidades o herramientas de detección precoz de los consumos y de situaciones de riesgo asociadas.

5.3.2. Elaborando nuevos materiales específicos para padres y madres, profesorado y profesionales de atención primaria, de difusión del Programa de Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Psicoactivas.

5.3.3. Estableciendo mecanismo de coordinación entre los profesionales de atención Primaria, profesorado y profesionales del Programa de Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Psicoactivas.

5.4.1. Apoyando, asesorando y formando a padres y madres para que manejen debidamente los comportamientos conflictivos de hijos e hijas y superen los factores de riesgo relacionados con los consumos de drogas.

5.5.1. Asesorando y formando al profesorado en habilidades, competencias o herramientas de detección precoz y gestión en el manejo de las múltiples circunstancias relacionadas con los procesos de riesgo y los consumos.

8.2. ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL

La diversidad y complejidad de los problemas que presenta la población drogodependiente, y la necesidad de proporcionar una respuesta asistencial ágil y con una buena adherencia a los programas terapéuticos, exige una paulatina especialización de los centros y servicios de tratamiento. Además, la continuada globalidad y normalización que debe regir la asistencia a las personas drogodependientes requiere profundizar en la implicación, participación y coordinación de los servicios generales y especializados de los sistemas de salud y servicios sociales.

Aunque partimos de que no todas las personas con problemas de consumo y adicción a las drogas sufren problemas de exclusión social, es necesario tener en cuenta que las personas drogodependientes con las que trabaja esta Estrategia si están en su mayoría en alguna de estas situaciones: menor nivel socioeconómico, vivienda precaria, dificultades de acceso al mercado laboral y/o mantenimiento del empleo, problemática asociada al deterioro de su salud física/o psíquica, carencias formativas y problemas jurídico-penales, entre otras. Por tanto, la atención de estas personas exige una intervención integral que incida en todos los ámbitos de su vida.

Consecuentemente, es preciso considerar desde esta perspectiva una serie de principios que garanticen un abordaje integral de la persona con problemas de adicción a las drogas tanto legales como ilegales. Estos principios incluyen la individualización, flexibilidad, participación, complementariedad y globalidad.

Por Individualización entendemos que todos los procesos de abordaje de las drogodependencias tienen que ser programas personalizados, que respeten las características individuales de cada persona.

La Flexibilidad se refiere a que los programas tienen que ser flexibles y adaptados a la dinámica personal.

La Participación hace referencia a que los programas tienen que ser diseñados conjuntamente con las personas usuarias, potenciando su protagonismo de forma que asuma progresivamente su proceso. El principio de Complementariedad implica que aunque el criterio general será la utilización de recursos normalizados, no es incompatible con la creación y desarrollo de actuaciones especificas que se han de entender como puente y complemento de estos recursos.

La Globalidad de la intervención en drogodependencias requiere de una intervención integral sobre los distintos planos de la persona (individual, familiar, educativo, recreativo, social, jurídico penal, laboral, etc.), así como en el entorno social que rodea a la persona.

Este abordaje integral implica un conjunto de actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención en drogodependencias y a la asistencia e incorporación social de las personas drogodependientes, regulado por la Ley de Cantabria, 5 / 1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias. Esta ley establece el marco legislativo que regula además las funciones, competencias y responsabilidades de las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones dedicadas a las drogodependencias en Cantabria.

Es en este marco legislativo donde se configura la red asistencial diversificada que integra de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema Público Sanitario y de los Servicios Sociales, complementados con recursos privados.

El artículo 16 de la citada ley estipula que el sistema de Asistencia e Incorporación Social del Drogodependiente en nuestra comunidad autónoma se estructura en tres niveles de intervención, con independencia de la estructura orgánica en la que esté ubicada.

- **Primer Nivel:** es la principal puerta de entrada al Sistema, ofreciendo los recursos más accesibles, como son los servicios de atención primaria de salud, los servicios sociales y los programas de asociaciones que se puedan desarrollar para orientar, motivar y desarrollar la detección precoz de cualquier tipo de drogodependencia.

- **Segundo Nivel:** es el eje sobre el que se centra el proceso de asistencia a las personas drogodependientes, conformado por centros específicos acreditados de atención ambulatoria, equipos de salud mental de Atención Primaria y asociaciones de ayuda y autoayuda.

- **Tercer Nivel:** Constituido por recursos específicos con alto nivel de especialización, que incluyen las unidades de desintoxicación hospitalaria, los centros terapéuticos acreditados, pisos de acogida, y la reinserción y apoyo a la desintoxicación de personas drogodependientes.

PRIMER NIVEL	
RECURSOS	COMPETENCIAS
Equipos de Atención Primaria de Salud. Servicios Sociales de Atención Primaria. Programas que se determinen para ser desarrollados por diversas entidades y asociaciones de ayuda y autoayuda.	Información, orientación y educación sanitaria. Diagnóstico y detección precoz. Atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al consumo de drogas. Apoyo a su proceso de incorporación social Apoyo a sus familias y entorno afectivo. Programas de desintoxicación y seguimiento sanitario.
SEGUNDO NIVEL	
RECURSOS	COMPETENCIAS
Unidades de Atención al Drogodependiente (UADs). Equipos de Salud Mental de Atención Primaria. Unidades de Psiquiatría de hospitales generales. Programas de rehabilitación en régimen intermedio. Hospitales generales. Centros y programas. Acreditaciones de tratamiento con sustitutivos opiáceos.	La desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria. El apoyo a los procesos de incorporación social. La atención a la patología somática asociada al consumo de drogas. La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas. La educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y personas enfermas de SIDA. La realización de programas de reducción de daños.
TERCER NIVEL	
RECURSOS	COMPETENCIAS
Unidades de Desintoxicación Hospitalaria. Comunidades Terapéuticas Acreditadas. Pisos de acogida, reinserción o apoyo a desintoxicación. Centros de emergencia social.	Desintoxicación. Deshabituación. Rehabilitación. Apoyo sociofamiliar. Apoyo temporal inmediato ante grandes carencias.

Por todo ello, la Estrategia sobre Drogas 2009-2013 plantea tres objetivos generales de área:

1. Mejorar el modelo de atención integral de las personas consumidoras de drogas legales e ilegales a través de la Red Asistencial.

2. Mejorar la atención integral de la población drogodependiente en instituciones penitenciarias (II.PP.).

3. Facilitar la incorporación social de las personas drogodependientes en riesgo de exclusión, desde el inicio del tratamiento.

Objetivo 1

Mejorar el modelo de atención integral de las personas consumidoras de drogas legales e ilegales a través de la Red Asistencial.

Objetivos específicos

1.1. Ofertar atención integral a través de la Red Asistencial a las personas consumidoras de drogas legales e ilegales.

1.2. Sistematizar el diagnóstico precoz y la derivación de personas consumidoras de drogas legales e ilegales dentro de la Red Asistencial.

1.3. Mejorar la atención integral de las personas drogodependientes con patología psiquiátrica asociada.

1.4. Mejorar el registro de las actuaciones en drogodependencias en Atención Primaria.

1.5. Promover la participación familiar en el tratamiento de las personas drogodependientes.

1.6. Actualizar el conocimiento de profesionales de drogodependencias sobre las nuevas tendencias de consumo.

1.7. Fomentar la orientación legal y facilitar los cumplimientos alternativos a los usuarios de la red asistencial.

1.8. Potenciar el desarrollo y mejora asistencial del Programa de Reducción del Daño.

1.9. Crear espacios alternativos a la formación reglada.

Estrategias

1.1.1. Adaptando la cartera de servicios de las Unidades Asistenciales de Drogodependencias, teniendo en cuenta las nuevas demandas de tratamiento.

1.1.2. Promoviendo la integración de la Red Asistencial en el Servicio Cántabro de Salud.

1.1.3. Promoviendo la incorporación en la cartera de servicios de Atención Primaria de los Programas de Drogodependencias.

1.1.4. Siguiendo las líneas de actuación del II Plan de Prevención y Control del Tabaquismo 2008 – 2011.

1.2.1. Facilitando la derivación entre los diferentes servicios implicados en el abordaje de las drogodependencias.

1.2.2. Elaborando y difundiendo una Guía de Atención al Alcoholismo para Profesionales de Atención Primaria.

1.3.1. Facilitando la coordinación en el tratamiento de drogodependientes con patología psiquiátrica asociada, entre las unidades asistenciales de drogodependencias y salud mental.

1.4.1. Promoviendo la implantación de las actividades en drogodependencias en aplicación informática OMI-AP.

1.5.1. Integrando y apoyando a las familias en el proceso de tratamiento de las personas drogodependientes.

1.6.1. Ofertando cursos formativos dirigidos a profesionales en drogodependencias sobre los últimos avances en este campo.

1.7.1. Ofertando información a la persona usuaria con causas judiciales pendientes.

1.7.2. Facilitando la accesibilidad en los cumplimientos alternativos.

1.8.1. Apoyando el Programa de Reducción del Daño en las oficinas de farmacia a través de la concesión de subvención al Colegio de Farmacéuticos.

1.8.2. Coordinando la articulación entre servicios del Programa de Reducción del Daño para la derivación de personas usuarias desde la Red Asistencial de Drogodependencias a los servicios de Atención Primaria y su posterior seguimiento.

1.8.3. Facilitando el intercambio de jeringuillas a personas consumidoras de drogas intravenosas.

1.9.1. Ofertando formación relativa a formas de organización, coordinación y vinculación con la persona usuaria, dirigida a los distintos niveles de profesionales de sanidad de AP.

Objetivo 2

Mejorar la atención integral de la población drogodependiente en instituciones penitenciarias (II.PP.).

Objetivos específicos

2.1. Apoyar a las II.PP. en la intervención en drogodependencias.

2.2. Facilitar la accesibilidad de la población drogodependiente de II.PP. a los servicios de la red asistencial.

Estrategias

2.1.1. Ofreciendo programas de intervención en drogodependencias dirigido a las personas drogodependientes internas en II.PP.

2.1.2. Coordinando la intervención psicológica con II.PP.

2.2.1. Ofreciendo información actualizada sobre recursos, programas y actuaciones de la red asistencial en drogodependencias.

2.2.2. Coordinando la accesibilidad de la población drogodependiente de II.PP., cuyas condiciones jurídico-penitenciarias lo permitan, a los servicios asistenciales.

Objetivo 3

Facilitar la incorporación social de las personas drogodependientes desde el inicio del tratamiento.

Objetivos específicos

3.1. Promover el acceso a la formación laboral de las personas drogodependientes.

3.2. Promover el acceso a los recursos laborales normalizados.

3.3. Promover la utilización de recursos normalizados de educación, cultura, ocio y tiempo libre.

Estrategias

3.1.1. Ofreciendo información y asesoramiento sobre recursos, tanto normalizados como específicos, en materia de formación profesional y ocupacional.

3.2.1. Facilitando formación a drogodependientes en tratamiento a través de programas adaptados a sus características y necesidades.

3.3.1. Informando sobre los recursos de educación, cultura, ocio y tiempo libre.

8.3. ÁREA DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN

Los cambios en el consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos son constantes y de una rapidez extraordinaria. En consecuencia, tiene una gran relevancia disponer de datos sobre las tendencias que van apareciendo, así como detectar a tiempo los nuevos comportamientos, nuevos consumos y/o nuevas drogas, teniendo así en consideración la evolución del fenómeno en la toma de decisiones y planificación de las intervenciones.

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. Este trabajo, realizado sistemáticamente desde los inicios del Plan Regional sobre Drogas de Cantabria, ha convertido el Centro de Documentación del Servicio de Drogodependencias en un centro de referencia importante para los distintos sectores vinculados con esta materia. Este Centro selecciona, adquiere, procesa, almacena y difunde toda la información objetiva y actualizada en aspectos relacionados con el fenómeno de las drogodependencias.

La Estrategia sobre Drogas debe posibilitar que todos los y las profesionales relacionados con las drogodependencias estén en proceso permanente de formación, teniendo así en consideración la evolución del fenómeno. Además, la formación es uno de los medios para mejorar los procesos de intervención de profesionales y asegurar así la eficacia de los programas y una mejora de los resultados.

La formación estará dirigida, por una parte, a los principales colectivos profesionales de la educación, de la sanidad y sociales que ejecutan los programas de intervención en drogodependencias en los distintos ámbitos y grupos diana.

Por otra parte, la Estrategia fomenta la formación especializada en materia de drogodependencias entre profesionales que trabajan en este campo, independientemente de cuál sea su dependencia administrativa y su titulación. El objetivo es promover un abordaje global, coherente y efectivo de los problemas relacionados con las drogas en la Comunidad de Cantabria.

De acuerdo al análisis de situación realizado, en este área se plantea la necesidad de reforzar los sistemas de información, incorporando por un lado el indicador de mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, y por otro, los programas de formación dirigidos a profesionales de atención primaria, a los mediadores y mediadoras sociales, y al profesorado.

Se plantean 3 objetivos generales de área:

1. Facilitar a la ciudadanía y a los niveles profesionales y políticos la información necesaria para adoptar las medidas adecuadas en las intervenciones preventivas, asistenciales y de integración social.

2. Fomentar la formación y el desarrollo profesional en drogodependencias y otros trastornos adictivos en estudiantes universitarios de Cantabria.

3. Ampliar y mejorar los conocimientos y la capacitación de profesionales de los diferentes sectores relacionados con la atención y/o prevención de las drogodependencias que les permita mejorar sus prácticas.

Objetivo 1

Facilitar a la ciudadanía y a los niveles profesionales y políticos la información necesaria para adoptar las medidas adecuadas en las intervenciones preventivas, asistenciales y de integración social.

Objetivos específicos

1.1. Analizar y difundir información sobre creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias del consumo de drogas, así como las tendencias de los patrones de comportamiento que puedan observarse.

1.2. Recoger sistemáticamente, a nivel autonómico, estatal y europeo información en materia de drogodependencias y difundirla a los distintos colectivos interesados en el tema.

Estrategias

1.1.1. 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.

1.1.2. Recogiendo información a través de los indicadores de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas y de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas.

1.1.3. Incorporando el indicador de mortalidad a los sistemas de recogida de información.

1.2.1. Mejorando y actualizando la página Web del Plan Regional sobre Drogas.

1.2.2. Difundiendo los estudios y publicaciones que en materia de drogodependencias son promovidos, directa o indirectamente por el Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos y por instituciones cántabras.

1.2.3. Difundiendo información sobre drogodependencias en otras páginas Web. Dirección General de Juventud, Consejería de Educación, etc.

1.2.4. Optimizar el Centro de Documentación de la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico sobre Drogas.

1.2.5. Facilitando la accesibilidad a los fondos documentales y bibliográficos especializados en drogodependencias tanto a profesionales implicados como en general a la población interesada.

Objetivo 2

Fomentar la formación y el desarrollo profesional en drogodependencias y otros trastornos adictivos en estudiantes de la Universidad de Cantabria.

Objetivos específicos

2.1. Explorar las posibilidades de inclusión de la formación en drogodependencias en los nuevos currículos académicos del Plan Bolonia.

2.2. Incluir formación en materia de atención y/o prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en las Facultades de Medicina y de Educación y en la Escuela Universitaria de Enfermería.

2.3. Potenciar el desarrollo de las prácticas profesionales en los recursos del Plan Autonómico sobre Drogas.

Estrategias

2.1.1. Realizando un estudio sobre las nuevas titulaciones y currículos académicos impartidos en Cantabria y sobre las posibilidades de inclusión de la formación en drogodependencias en los mismos.

2.2.1. Realizando cursos de extensión universitaria en materia de atención y/o prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en las Facultades de Medicina y de Educación, y en la Escuela Universitaria de Enfermería.

2.3.1. Estableciendo acuerdos de colaboración con la facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería para la realización de prácticas en las Unidades Ambulatorias de Drogodependencias y en el Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes.

2.3.2. Estableciendo acuerdos con la UNED y la Facultad de Educación de la Universidad de

Cantabria para la realización de prácticas en el Servicio de Drogodependencias.

2.3.3. Convocando anualmente becas de formación práctica y colaboración en el Servicio de Drogodependencias.

Objetivo 3

Ampliar y mejorar los conocimientos y la capacitación de profesionales de los diferentes sectores relacionados con la atención y/o prevención de las drogodependencias que les permita mejorar sus prácticas.

Objetivos específicos

3.1. Ofertar formación especializada en la atención y/o prevención de las drogodependencias a profesionales de la educación, de atención primaria, a la policía local y fuerzas de orden público, a diferentes mediadores y agentes sociales y a los delegados y delegadas de prevención laboral.

3.2. Incluir contenidos de prevención de drogodependencias en los planes de estudios de las titulaciones de Monitor y Director de Tiempo Libre.

3.3. Mejorar la formación especializada, en consonancia con las prioridades formativas identificadas por el Plan Nacional sobre Drogas, de profesionales de la Consejería de Sanidad e Instituciones vinculadas al Plan Autonómico sobre Drogas.

Estrategias

3.1.1. 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, acreditados por los Centros del Profesorado.

3.1.2. Realizando cursos de formación dirigidos a profesionales de atención primaria en la atención y/o prevención de las drogodependencias, acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

3.1.3. Diseñando y realizando actividades de formación en drogodependencias dirigidas a la Policía Local y Fuerzas de Orden Público.

3.1.4. Realizando actividades formativas específicas para mediadores y agentes sociales.

3.1.5. Estableciendo convenios con los sindicatos y asociaciones empresariales para el desarrollo de actuaciones de formación en las empresas.

3.2.1. Impartiendo sistemáticamente un módulo de prevención de drogodependencias como contenidos del módulo psicoeducativo que las escuelas de tiempo libre deben ofrecer dentro de los planes de estudios de las titulaciones de Monitor y Director de Tiempo Libre.

3.3.1. Facilitando a profesionales en atención y/o prevención de las drogodependencias vinculados al Plan Autonómico sobre Drogas la asistencia a Cursos, Jornadas y Congresos.

3.3.2. Organizando encuentros entre profesionales para el intercambio de experiencias, la puesta al día en conocimientos y la elaboración de propuestas de actuación.

9

EVALUACIÓN

Como ya se ha indicado desde el inicio de este documento, la evaluación representa una Línea Transversal a la Estrategia sobre Drogas 2009-2013 que nos permite, en primer lugar, detectar los cambios que se producen en un fenómeno tan dinámico como es el de las drogodependencias, así como reorientar nuestras actuaciones adecuándonos a los mismos. De esta forma la evaluación posibilita planificar nuestras decisiones ulteriores de una forma más razonada, en función del proceso de desarrollo de la Estrategia y de los resultados que vayamos recogiendo. Así obtenemos información en cuanto al logro de los objetivos y las metas previstas, valorando la medida en que nuestras estrategias han contribuido al cambio deseado, o si por el contrario tenemos que rectificar y reorientar nuestra política de actuación.

La evaluación es, por tanto, un instrumento imprescindible para la planificación y la gestión que nos facilita conocer el proceso, eficacia, eficiencia e impacto de los programas y actuaciones en materia de drogodependencias que se desarrollen en las distintas áreas de intervención de la Estrategia.

Esta Estrategia plantea por ende el desarrollo de una metodología de evaluación de sus actividades coordinada desde el Servicio de Drogodependencias con las colaboraciones necesarias, tanto internas como externas, en base a los siguientes criterios:

1. Se llevará a cabo un seguimiento y supervisión continua y permanente de la ejecución de las 3 áreas de actuación de la Estrategia (Prevención, Atención Integral, Información y Formación) para asegurar que las actividades del mismo se están desarrollando de acuerdo a los objetivos y recursos preestablecidos.

2. Se analizarán de forma continuada los aspectos técnicos de provisión de recursos humanos, técnicos y materiales, así como las desviaciones respecto a lo planificado.

3. La evaluación del proceso permitirá conocer las dificultades y oportunidades que surjan durante el transcurso de la implementación de la Estrategia y ayudar de esta forma a la toma de decisiones necesarias para reorientar las estrategias o actuaciones, si fuese preciso.

4. Se realizará la evaluación de los resultados obteniendo información sobre el cumplimiento y eficacia de los objetivos propuestos.

5. En el transcurso de la ejecución de la Estrategia se seleccionará los programas que serán evaluados en mayor profundidad, de acuerdo a criterios de necesidad y oportunidad.

6. Se evaluará asimismo el fenómeno en su conjunto de forma plural y polifónica, a través de la participación de los distintos agentes involucrados que puedan informar sobre los efectos de la Estrategia, tanto los deseados como los no deseados, y contribuyan con recomendaciones de mejora.

La metodología propuesta para realizar la evaluación plantea cometer el seguimiento y análisis continuo de las intervenciones a través de los indicadores cuantitativos y cualitativos parcialmente descritos en cada área de actuación. Es preciso tener en cuenta que como todo fenómeno dinámico, a lo

largo del proceso se va generando la necesidad de nuevos indicadores que den cuenta de los cambios ocurridos durante el mismo y de las nuevas necesidades evaluativas de los actores implicados en la Estrategia, desde el personal gestor y técnico del mismo hasta los diversos colectivos profesionales, tejido asociativo participante, personas usuarias y población general.

Las fuentes de información que se utilizarán durante todo el proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia serán del siguiente orden:

Fuentes primarias: la información se recogerá a través de la participación (mediante entrevistas, grupos de discusión, cuestionarios) de los diversos actores involucrados en la Estrategia (personal gestor y técnico, profesionales de salud, personal adscrito a programas apoyados directamente por la Estrategia, agentes sociales y sindicales, personas usuarias de los programas de la Estrategia, y población general).

Fuentes secundarias: entre los 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 Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD):

- Indicadores de Admisiones a tratamiento por abuso o dependencias de drogas.
- Indicadores de Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas.
- Indicadores de Mortalidad relacionada con las drogas.

2. Encuestas:

- Encuesta sobre consumo de drogas a la población escolar.
- Incidencia del consumo de drogas en Cantabria.
- Encuestas de Opinión a las diferentes poblaciones usuarias de los programas.
- Encuestas de satisfacción.

3. Memorias e Informes de actividad de:

- Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Servicios de las Consejerías de Sanidad, de Educación, de Empleo y Bienestar Social. Servicio Cántabro de Salud.
- Asociaciones y Entidades que trabajan en drogodependencias.

9.1. INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Área de prevención

OBJETIVO GENERAL 1		
Desarrollar en la población escolar hábitos de vida saludables y destrezas, competencias y habilidades para evitar el consumo de drogas y/o reducir los riesgos asociados al mismo.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
1.1. Sensibilizar e informar a la población escolar sobre los riesgos asociados al consumo de drogas.	1.1.1.	◂▸ Nº y descripción de campañas realizadas. ◂▸ Nº y descripción de materiales editados y distribuidos. ◂▸ Cobertura de medios de comunicación: Nº y descripción de medios. ◂▸ Nº y descripción de actuaciones realizadas.
	1.1.2.	◂▸ Nº y tipo de material editado. ◂▸ Nº y tipo de material distribuido. ◂▸ Nº y tipo de acciones informativas que se realizan en la consulta joven sobre drogas (Centros de Salud/Institutos).
1.2. Aumentar la cobertura de los programas de prevención escolar en la Educación Primaria.	1.2.1.	◂▸ Nº y descripción de nuevos programas ofertados. ◂▸ Nº y perfil del alumnado participante. ◂▸ Nº y perfil del profesorado participante. ◂▸ Nº de centros participantes.
1.3. Sensibilizar, informar y motivar al profesorado para que se involucren en la implantación de actividades y programas de prevención.	1.3.1.	◂▸ Nº y descripción de Jornadas de la Consejería de Educación en las que se participa difundiendo programas y experiencias de prevención escolar. ◂▸ Nº total de participantes.
1.4. Aumentar la participación de la población escolar en los programas de prevención.	1.4.1.	◂▸ Nº y tipo de presentación de los programas realizados junto con la Consejería de Educación. ◂▸ Programas presentados. ◂▸ Nº de profesorado que conoce los programas.
	1.4.2.	◂▸ Cobertura de los medios de comunicación: Nº y descripción de la difusión de los programas realizados en los distintos medios.
	1.4.3.	**Demandas de asesoramiento** ◂▸ Nº y tipo de demandas. ◂▸ Nº y perfil del personal/equipo docente demandante. **Respuesta a demanda y oferta de asesoramiento** ◂▸ Nº y tipo de acciones de asesoramiento realizadas. ◂▸ Nº y perfil de personal docente asesorado. ◂▸ Grado de satisfacción con la asesoría del Servicio de Drogodependencias y utilidad de la misma.
	1.4.4.	◂▸ Estructura y composición de la Comisión. ◂▸ Nº de reuniones y participación en las mismas. ◂▸ Nº y descripción de acuerdos adoptados. ◂▸ Seguimiento de los acuerdos adoptados.

OBJETIVO GENERAL 2		
Desarrollar en padres y madres competencias educativas que les permitan abordar la prevención del consumo de drogas en sus hijos e hijas.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
2.1. Sensibilizar e informar a padres y madres para que se involucren en la tarea educativa en relación con la prevención de la drogodependencia.	2.1.1.	◂▸ Nº y descripción de campañas realizadas. ◂▸ Nº y descripción de materiales editados. ◂▸ Cobertura de medios de comunicación: Nº y descripción de medios. ◂▸ Nº y descripción de actuaciones realizadas.
	2.1.2.	◂▸ Nº y tipo de material editado para madres y padres sobre prevención familiar en drogodependencias. ◂▸ Nº y tipo de material distribuido.
	2.1.3.	◂▸ Demanda de asesoramiento: tipo y perfil de la persona demandante. ◂▸ Respuesta a demanda y oferta de asesoramiento: Nº y tipo de acciones de asesoramiento realizadas. N1 y perfil de las personas y entidades asesoradas. ◂▸ Grado de satisfacción con la asesoría del Servicio de Drogodependencias y utilidad de la misma.
2.2. Sensibilizar e informar a padres y madres para que se involucren en la tarea educativa en relación con la prevención de drogodependencias.	2.2.1.	◂▸ Difusión realizada de los programas: Nº, tipo y descripción de las actuaciones de difusión.
	2.2.2.	◂▸ Nº y tipo de cursos. ◂▸ Nº y perfil de participantes. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida: Resultados de evaluaciones de los cursos.
	2.2.3.	**Oferta de cursos virtuales** ◂▸ Nº y tipo de cursos. ◂▸ Nº y perfil de participantes. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida: Resultados de evaluaciones de los cursos. **Oferta de cursos adaptados culturalmente** ◂▸ Nº y tipo de cursos. ◂▸ Tipo de adaptación y a que audiencias. ◂▸ Nº y perfil de participantes. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida: Resultados de evaluaciones de los cursos.

OBJETIVO GENERAL 3		
Desarrollar en la población infantil y juvenil hábitos saludables, destrezas, competencias y habilidades para evitar el consumo de drogas y/o reducir los riesgos asociados al mismo, a través del proceso educativo que se produce en los espacios de tiempo libre organizado.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
3.1. Sensibilizar e informar a la población adolescente y juvenil en sus lugares de ocio sobre los riesgos asociados al consumo de drogas.	3.1.1.	◂▸ Nº y descripción de campañas realizadas. ◂▸ Nº y descripción de materiales editados. ◂▸ Cobertura de medios de comunicación: Nº y descripción de medios. ◂▸ Nº y descripción de actuaciones realizadas.

	3.1.2.	◂▸ Nº y descripción de actividades realizadas en conciertos para jóvenes. ◂▸ Nº y tipo de material editado para adolescentes sobre prevención en drogodependencias. ◂▸ Nº y tipo de material distribuido en conciertos para jóvenes. ◂▸ Nº de participantes/actividad.
	3.1.3.	◂▸ Nº y tipo de material editado para adolescentes sobre prevención en drogodependencias. ◂▸ Nº y tipo de material distribuido en las oficinas de información juvenil. ◂▸ Grado de utilidad del material.
3.2. Apoyar a las entidades locales y sociales que desarrollan iniciativas con la población infantil y juvenil en los espacios de ocio y tiempo libre para el desarrollo de actividades alternativas al consumo de drogas.	3.2.1.	◂▸ Nº y tipo de programas subvencionados. ◂▸ Nº de programas presentados/Nº programas subvencionados. ◂▸ Inversión económica realizada.
	3.2.2.	**Demanda de asesoramiento** ◂▸ Nº y tipo de demandas. ◂▸ Nº y perfil de las personas o entidades demandantes. **Respuesta a demanda y oferta de asesoramiento:** ◂▸ Nº y tipo de acciones de asesoramiento realizadas. ◂▸ Nº y perfil de personas o entidades asesoradas. ◂▸ Grado de satisfacción con la asesoría del Servicio de Drogodependencias y utilidad de la misma.

OBJETIVO GENERAL 4		
Prevenir y reducir el consumo de drogas entre la población trabajadora.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	INDICADORES
4.1. Apoyar a las organizaciones sindicales y empresariales para mejorar e incrementar las intervenciones de sensibilización, información, orientación y formación de los trabajadores/as en el uso problemático de drogas y sustancias psicoactivas.	4.1.1.	◂▸ Nº y tipo de programas subvencionados. ◂▸ Nº de programas presentados/Nº programas subvencionados. ◂▸ Inversión económica realizada.
	4.1.2.	**Demanda de asesoramiento** ◂▸ Nº y tipo de demandas. ◂▸ Nº y perfil de las personas o entidades demandantes. **Respuesta a demanda y oferta de asesoramiento:** ◂▸ Nº y tipo de acciones de asesoramiento realizadas. ◂▸ Nº y perfil de personas o entidades asesoradas. ◂▸ Grado de satisfacción con la asesoría del Servicio de Drogodependencias y utilidad de la misma.
	4.1.3.	◂▸ Nº de reuniones y participación en las mismas. ◂▸ Nº y descripción de acuerdos adoptados. ◂▸ Seguimiento de los acuerdos adoptados.

OBJETIVO GENERAL 5		
Prevenir el inicio del consumo de drogas legales e ilegales en adolescentes en situación de vulnerabilidad y evitar que el consumo esporádico existente se convierta en problemático.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
5.1. Fortalecer los factores de protección y promover la reducción de factores de riesgo asociados al consumo de drogas en adolescentes.	5.1.1.	Nº y descripción de materiales analizados. Descripción del estudio de viabilidad realizado.
5.2. Fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de drogas en adolescentes consumidores.	5.2.1.	Nº y perfil de adolescentes atendidos en el Programa de Intervención con Adolescentes con Conductas de Riesgo. Nº de adolescentes que finalizan tratamiento.
5.3. Promover entre padres y madres, profesorado y profesionales de los equipos de Atención Primaria, la detección precoz de los consumos y situaciones de riesgo asociadas en adolescentes, y facilitar su derivación a los recursos especializados.	5.3.1.	Nº y tipo de acciones de asesoramiento realizadas. Nº y perfil de personas asesoradas. Grado de satisfacción con la asesoría del Servicio de Drogodependencias y utilidad de la misma.
	5.3.2.	Nº y descripción de actuaciones de difusión realizadas. Nº y descripción de medios utilizados. Nº y descripción de materiales editados y difundidos.
	5.3.3.	Nº de reuniones de coordinación y participación en las mismas. Nº y descripción de acuerdos adoptados. Seguimiento de los acuerdos adoptados.
5.4. Aumentar las competencias de las familias en el manejo de los comportamientos conflictivos de hijos e hijas y en las competencias educativas encaminadas a reducir los factores de riesgo relacionados con los consumos.	5.4.1.	Nº y tipo de acciones de formación realizadas. Nº y perfil de participantes. Grado de satisfacción con formación recibida.
5.5. Mejorar las competencias del profesorado para gestionar las situaciones de riesgo asociadas al consumo.	5.5.1.	Nº y tipo de acciones de formación realizadas. Nº y perfil de participantes. Grado de satisfacción con formación recibida.

Área de atención integral

OBJETIVO GENERAL 1		
Mejorar el modelo de atención integral de las personas consumidoras de drogas legales e ilegales a través de la Red Asistencial.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	INDICADORES
1.1. Ofertar atención integral a través de la Red Asistencial a las personas consumidoras de drogas legales e ilegales.	1.1.1.	◂▸ Modificaciones realizadas a la cartera de servicios de las Unidades Asistenciales de Drogodependencias para adaptarse a las nuevas demandas de tratamiento. ◂▸ Nº personas drogodependientes admitidas a tratamiento de acuerdo al tipo de sustancias consumidas. ◂▸ Grado de satisfacción de las personas drogodependientes admitidas a tratamiento.
	1.1.2.	◂▸ Indicadores del II Plan de Tabaquismo.
1.2. Sistematizar el diagnóstico precoz y la derivación de personas consumidoras de drogas legales e ilegales dentro de la Red Asistencial.	1.2.1.	◂▸ Nº de derivaciones. ◂▸ Nº y perfil de personas derivadas.
	1.2.2.	◂▸ Guía de atención al alcoholismo elaborada. Nº de Guías enviadas de acuerdo a nº de centros de salud. ◂▸ Nº de profesionales que conocen la guía por centro de salud. ◂▸ Nº de profesionales que utilizan la guía por centro de salud.
1.3. Mejorar la atención integral de las personas drogodependientes con patología psiquiátrica asociada.	1.3.1.	◂▸ Acuerdos de coordinación entre las UAD, Salud Mental y Servicio de Drogodependencias. ◂▸ Nº derivaciones de las UAD a Salud Mental.
1.4. Mejorar el registro de las actuaciones en drogodependencias en Atención Primaria.	1.4.1.	◂▸ Implantación del registro en aplicación informática OMI - AP.
1.5. Promover la participación familiar en el tratamiento de las personas drogodependientes.	1.5.1.	◂▸ Nº de familias atendidas. ◂▸ Grado de satisfacción de las familias atendidas.
1.6. Actualizar el conocimiento de profesionales de drogodependencias sobre las nuevas tendencias de consumo.	1.6.1.	◂▸ Nº y tipo de cursos. ◂▸ Nº y perfil de participantes en los cursos. ◂▸ Nº de centros participantes. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida: Resultados de evaluaciones de los cursos.
1.7. Fomentar la orientación legal y facilitar los cumplimientos alternativos a usuarios/as de la red asistencial.	1.7.1.	◂▸ Nº de informaciones.
	1.7.2.	◂▸ Nº de cumplimientos alternativos. ◂▸ Nº de informes emitidos.
1.8. Potenciar el desarrollo y mejora asistencial del Programa de Reducción del Daño.	1.8.1.	◂▸ Nº de oficinas de farmacia con personas usuarias en PMM. ◂▸ Nº de personas usuarias en PMM en farmacias.
	1.8.2.	◂▸ Nº de derivaciones a AP. ◂▸ Mejora de la articulación entre servicios.
	1.8.3.	◂▸ Nº kits distribuidos.
1.9. Crear espacios alternativos a la formación reglada.	1.9.1.	◂▸ Nº y tipo de cursos realizados. ◂▸ Nº y perfil de participantes. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida: Resultados.

OBJETIVO GENERAL 2		
Mejorar la atención integral de la población drogodependiente en instituciones penitenciarias (II.PP.).		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
2.1. Apoyar a las II.PP. en la intervención en drogodependencias.	2.1.1.	◂▸ Nº de programas realizados. ◂▸ Nº de personas contratadas.
	2.1.2.	◂▸ Coordinación entre profesionales de IIPP, profesionales del programa y Servicio de Drogodependencias . ◂▸ Grado de satisfacción de los internos /as drogodependientes en IIPP
2.2. Facilitar la accesibilidad de la población drogodependiente de II.PP. a los servicios de la red asistencial.	2.2.1.	◂▸ Nº y tipo de informaciones y materiales sobre recursos elaborados y difundidos. ◂▸ Nº y perfil de internos/as drogodependientes en IIPP que reciben información sobre recursos. ◂▸ Utilidad de la información recibida.
	2.2.2	◂▸ Nº de derivaciones externas realizada.

OBJETIVO GENERAL 3		
Facilitar la incorporación social de las personas drogodependientes, desde el inicio del tratamiento.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
3.1. Promover el acceso a la formación laboral de las personas drogodependientes.	3.1.1.	◂▸ Nº y perfil de usuarios/as que reciben información. ◂▸ Utilidad de la información recibida.
3.2. Promover el acceso a los recursos laborales normalizados.	3.2.1.	◂▸ Nº de talleres ofertados. ◂▸ Nº y perfil de usuarios/as participantes en los talleres. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida. ◂▸ Nº de usuarios/as incorporados en el mundo laboral.
3.3. Promover la utilización de recursos normalizados de educación, cultura, ocio y tiempo libre.	3.3.1.	◂▸ Nº y perfil de usuarios/as que reciben información sobre recursos. ◂▸ Utilidad de la información recibida.

Área de información y formación

OBJETIVO GENERAL 1		
Facilitar a la ciudadanía y a los niveles profesionales y políticos la información necesaria para adoptar las medidas adecuadas en las intervenciones preventivas, asistenciales y de integración social.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
1.1. Analizar y difundir información sobre creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias del consumo de drogas, así como las tendencias de los patrones de comportamiento que puedan observarse.	1.1.1.	◂▸ Estudios sociológicos realizados.
	1.1.2.	◂▸ Admisiones a tratamiento por consumo. ◂▸ Urgencias hospitalarias por consumo.
	1.1.3.	◂▸ Mortalidad por consumo.
1.2. Recoger sistemáticamente, a nivel autonómico, estatal y europeo información en materia de drogodependencias y difundirla a los distintos colectivos interesados en el tema.	1.2.1.	◂▸ Modificaciones realizadas a la Página Web de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad. ◂▸ Índice de utilización de la Web. ◂▸ Opiniones sobre la Web.
	1.2.2.	◂▸ Informes y estudios publicados. ◂▸ Informes y estudios difundidos. ◂▸ Tipo de difusión utilizada.
	1.2.3.	◂▸ Información sobre drogas incluida en otras webs.
	1.2.4.	◂▸ Conocimiento de los perfiles de usuarios/as del Centro de Documentación ◂▸ Conocimiento del tipo de demanda de información
	1.2.5.	**Incremento de la oferta:** ◂▸ Nº de estudios y publicaciones colgados en la Web. **Incremento de la demanda:** ◂▸ Consultas al Servicio de Drogodependencias. ◂▸ Nº y tipo de difusión de la Web realizada. ◂▸ Nº de consultas.

OBJETIVO GENERAL 2		
Fomentar la formación y el desarrollo profesional en drogodependencias y otros trastornos adictivos en estudiantes universitarios de Cantabria.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
2.1. Explorar las posibilidades de inclusión de la formación en drogodependencias en los nuevos currículos académicos del Plan Bolonia.	2.1.1.	◂▸ Conocimiento del marco Bolonia y factibilidad de introducción de materia en drogodependencias en curricula universitaria.
2.2. Incluir formación en materia de atención y/o prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en las Facultades de Medicina y de Educación y en la Escuela Universitaria de Enfermería.	2.2.1.	◂▸ Nº y descripción de cursos organizados. ◂▸ Nº y descripción de cursos realizados. ◂▸ Nº y perfil de participantes. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida.

2.3. Potenciar el desarrollo de las prácticas profesionales en los recursos del Plan Autonómico sobre Drogas.	2.3.1.	◂▸ Tipo de acuerdo adoptado con la UNED. ◂▸ Nº de estudiantes en prácticas.
	2.3.2.	◂▸ Tipo de acuerdos adoptados y con qué facultad. ◂▸ Nº de estudiantes en prácticas.
	2.3.3.	◂▸ Nº y tipo de becas concedidas.

OBJETIVO GENERAL 3		
Ampliar y mejorar los conocimientos y la capacitación de los profesionales de los diferentes sectores relacionados con la atención y/o prevención de las drogodependencias que les permita mejorar sus prácticas.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**ESTRATEGIAS**	**INDICADORES**
3.1. Ofertar formación especializada en la atención y/o prevención de las drogodependencias a profesionales de la educación, de atención primaria, a la policía local y fuerzas de orden público, a los diferentes mediadores y agentes sociales y a los delegados/as de prevención laboral.	3.1.1. 3.1.2. 3.1.3. 3.1.4.	◂▸ Nº y descripción de cursos organizados acreditados. ◂▸ Nº y descripción de cursos realizados acreditados. ◂▸ Nº y perfil de participantes. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida.
	3.1.5.	◂▸ Nº y descripción de acuerdos adoptados. ◂▸ Nº y descripción de actuaciones de formación realizadas. ◂▸ Nº y perfil de participantes.
3.2. Incluir contenidos de prevención de drogodependencias en los planes de estudios de las titulaciones de Monitor y Director de Tiempo Libre.	3.2.1.	◂▸ Nº y tipo de demandas de formación. ◂▸ Nº y descripción de módulos impartidos. ◂▸ Grado de satisfacción con la formación recibida.
3.3. Mejorar la formación especializada, en consonancia con las prioridades formativas identificadas por el Plan Nacional sobre Drogas, de profesionales de la Consejería de Sanidad e Instituciones vinculadas al Plan Autonómico sobre Drogas.	3.3.1.	◂▸ Nº y tipo de jornadas, cursos, congresos, seminarios...en los que se participa. ◂▸ Nº y perfil de participantes vinculados al Plan. ◂▸ Grado de utilidad de las actividades en las que se ha participado.
	3.3.2.	◂▸ Nº y tipo de jornadas, cursos, congresos, seminarios...organizados. ◂▸ Nº y perfil de participantes.

10

FINANCIACIÓN

Las actuaciones desarrolladas por el Plan Autonómico 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.

La Consejería de Sanidad, como fuente principal de financiación de la Estrategia sobre Drogas, en sus presupuestos anuales consignará una partida presupuestaria suficiente, que garantice el mantenimiento y continuidad de los programas y servicios que a lo largo del tiempo (muchos de ellos se llevan desarrollando desde hace más de una década) han demostrados su eficacia y viabilidad, así como el desarrollo e implantación de nuevos programas.

La financiación de las actuaciones en el período 2009-2013 deberá ajustarse a la consecución de los objetivos marcados en la presente Estrategia. Se realizará mediante la dotación de recursos humanos y materiales ya existentes en la Consejería de Sanidad, así como de la asignación presupuestaria específica para su desarrollo.

11

PARTICIPANTES EN LA **ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA**

COMISIÓN TECNICA

Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
Angela Higuera Soldevilla
Auristela Alvarado Alonso
Inés Ruiz Llerandi
Mª Antonia Rueda Gutiérrez

Observatorio de Salud Pública de Cantabria
Ángeles Cabria García

COLABORACIONES

Alejandra Ugarte Santos
Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Mª del Carmen Diego Santamaría
Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Mª José Pinillos Bolado
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Myriam Martínez Muñoz
Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Representantes del Consejo Asesor en materia de Drogodependencias.

PARTICIPANTES EN LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS *"INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS" y "REDUCCIÓN DEL DAÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA"* QUE HAN REALIZADO APORTACIONES PARA LA ACTUAL ESTRATEGIA.

Directora Gerente de Atención Primaria Torrelavega - Reinosa. Servicio Cántabro de Salud.

Directora de Enfermería de Atención Primaria Santander - Laredo. Servicio Cántabro de Salud.

Familias usuarias del Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas.

Médicos Pediatras de Centros de Atención Primaria. Gerencia Santander - Laredo. Servicio Cántabro de Salud.

Personas usuarias del Programa de Reducción del Daño en Atención Primaria.

Población adolescente atendida en el Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas.

Profesionales de la Cátedra de Investigación Cualitativa. Universidad Autónoma de Barcelona.

Profesionales de la Educación (Docentes, Orientadores, Directores) de Centros Educativos.

Profesionales de la Educación Social del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia.

Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

Profesionales de la Psiquiatra y Psicología de la Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil de Santander. Servicio Cántabro de Salud.

Profesionales Médicos, de Enfermería y del Trabajo Social de Atención Primaria de los Centros de Salud de Campoo, San Vicente de la Barquera, Suances, Castro Urdiales, Laredo, Santoña y Gama.

Servicio Cántabro de Salud.

Profesionales Médicos de las Unidades de Atención Ambulatoria de Drogodependencias de Torrelavega y Laredo. Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria.

Psicólogas del Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas. Dirección General de Salud Pública.

Subdirectora General de Salud Pública.

Subdirectora Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria.

GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Plan
Regional
sobre
Drogas