

NUM. SUS. 00163

CC.AA. CANTABRIA

CONSEJERIA DE PRESIDENCIA  
J. SECC. REGIMEN INTERIOR  
DIPUT. REG. DE CANTABRIA

CANTABRIA

SANTANDER  
D.P. 39003

Año LV

# Boletín Oficial de Cantabria

Lunes, 1 de julio de 1991. — Ed. especial nº 15

Página 83

## SUMARIO

### I. DIPUTACIÓN REGIONAL DE CANTABRIA

#### 1. Disposiciones generales

1.2	Decreto 66/1991, de 20 de junio, sobre indemnizaciones por razón de servicio .....	84
1.2	Decreto 68/1991, de 16 de mayo, por el que se aprueba el Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria y sus órganos de coordinación .....	85
1.2	Decreto 69/1991, de 20 de junio, sobre concesión de subvenciones para fomento de la investigación y el desarrollo tecnológico .....	99

#### 2. Personal

2.2	Consejería de Presidencia.— Convocatoria de pruebas selectivas para la provisión con carácter interino de dos plazas de técnico de Actividades Pesqueras, vacantes en la Consejería de Ganadería, Agricultura y Pesca.	101
2.2	Consejería de Presidencia.— Resolución en relación con la reclamación interpuesta por don Luis Antonio Calderón Sainz .....	102

# I. DIPUTACIÓN REGIONAL DE CANTABRIA

## 1. Disposiciones generales

### DECRETO 66/1991, de 20 de junio, sobre indemnizaciones por razón de servicio.

El Decreto 49/1.985, de 20 de junio, regulador de indemnizaciones por razón de servicio del personal al servicio de la Administración Autónoma establece en su disposición final -- cuarta que el importe de las indemnizaciones se revisará anualmente mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno.

Posteriormente el Decreto 48/1.990, de 27 de junio, establece que las indemnizaciones a percibir por el personal de la Diputación Regional de Cantabria que se desplace al extranjero serán análogas a las dietas establecidas para el personal de la Administración Central según los países y grupos a los que se desplace el correspondiente personal.

Por último, el Acuerdo firmado en fecha 16-5-91 por la Administración Regional y las Organizaciones Sindicales fija el aumento de las indemnizaciones por razón de servicio que percibirá el personal de la Diputación Regional en, al menos, el 6% de lo establecido al respecto en 1.990.

En base a lo anterior y al objeto de equiparar las indemnizaciones por comisión de servicio de la Administración Regional a las fijadas por la Administración Central cuando aquéllas sean inferiores a ésta y respetando, en todo caso, el aumento pactado para las indemnizaciones que actualmente se vienen percibiendo y cumplido ya un año desde la última revisión de éstas, a propuesta de los Consejeros de Economía, Hacienda y Presupuesto y de Presidencia, y previo Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 20 de junio de 1.991,

#### DISPONGO

ARTICULO 1º.- Las cuantías fijadas en los anexos son los importes a percibir día a día por manutención, alojamiento, kilómetro o asistencia a tribunales de oposición o concurso.

ARTICULO 2º.- Se percibirán el 50% de los gastos de manutención cuando la salida sea anterior a las catorce horas y el regreso posterior a las dieciséis o cuando la salida sea anterior a las veintiuna horas y el regreso posterior a las veintitres.

Cuando la salida sea anterior a las catorce horas y el regreso posterior a las veintitres se percibirá el 100% de los gastos de manutención.

En los viajes extraregionales en los que se haya pernoctado uno o más días fuera de la región se percibirán el 100% por 100 de los gastos de manutención si el regreso es posterior a las 16 horas y del 75% si es anterior a dicha hora.

ARTICULO 3º.-

1.- Se indemnizará por el importe del billete o pasaje utilizado dentro de las tarifas correspondientes a las clases que para los distintos grupos comprendidos en el anexo I se señalan a continuación:

- Primero, segundo y tercero: Clase primera.
- Cuarto y quinto: Clase segunda.

2.- Cuando el medio de transporte sea el avión, se autorizará, en todo caso, la clase turista.

3.- Serán indemnizables como gastos de viaje los gastos de desplazamiento en taxi hasta o desde las estaciones de ferrocarril, autobuses, puertos y aeropuertos, cuando expresamente se autorice su utilización en la orden de comisión de servicio y sean debidamente justificados. Igualmente serán indemnizables como gastos de viajes, debidamente justificados, el peaje de autopistas y los aparcamientos de guarda del vehículo -- cuando hubiese sido éste el medio de transporte autorizado.

ARTICULO 4º.- El personal que forme parte de las delegaciones -- oficiales presididas por el presidente o consejeros, tanto dentro como fuera de la región, no percibirá ninguna indemnización por razón de servicio, siendo resarcidos por la cuantía de los gastos producidos, que estarán conformados por la autoridad a -- quien se acompañó y debidamente justificados.

ARTICULO 5º.- Se considerarán incluidos en el artículo 5.1 del Decreto 49/1985, de 10 de junio, la asistencia a cursos de capacitación, especialización o perfeccionamiento por parte del personal de la Administración Autónoma siempre que cuente con autorización expresa y los mismos no tengan una duración superior a un mes en territorio nacional y a tres en el extranjero. Los cursos con duración superior a dichos períodos de tiempo se considerarán residencia eventual.

ARTICULO 6º.- La revisión de las indemnizaciones por razón de -- servicio, que se aprueban por este Decreto, no podrán suponer -- incremento del gasto público.

ARTICULO 7º.- Los anexos I al V del Decreto 49/1.985, de 10 de junio, quedan redactados de la siguiente manera:

#### ANEXO I

##### Clasificación del personal

Grupo 1º Secretarios generales técnicos, directores regionales, funcionarios en puesto de trabajo con nivel 30 ó asimilados.

Grupo 2º Jefes de servicio o asimilados

Grupo 3º Funcionarios del grupo A no comprendidos en el grupo anterior y funcionarios del grupo B.

Grupo 4º Funcionarios del grupo C.

Grupo 5º Personal no incluido en los apartados anteriores.

#### ANEXO II

##### Dietas dentro del territorio nacional

	Por Alojamiento	Por Manutención	Diet Entera
Grupo 1º .....	13.300	7.600	20.900
Grupo 2º .....	10.050	6.300	16.350
Grupo 3º .....	6.800	5.000	11.800
Grupo 4º .....	4.900	3.600	8.500
Grupo 5º .....	3.800	2.700	6.500

#### ANEXO III

##### Dietas en el extranjero

En las comisiones de servicio que se desempeñen fuera del territorio nacional, se percibirán las dietas que, según -- los países y grupos en los que esté clasificado el personal, -- tengan establecidas las Administraciones del Estado para estos supuestos.

A estos efectos los grupos 1º y 2º establecidos en el artículo 7º se corresponderán con el primero de la clasificación de la Administración del Estado y los grupos 3º, 4º y 5º -- con el 2º, 3º y 4º, respectivamente, de la clasificación de la Administración del Estado.

#### ANEXO IV

Asistencia por participación en tribunales de oposición o concurso y otros órganos encargados de la selección de personal.

Presidente y secretario ..... 6.743 pesetas  
Vocales ..... 6.262 pesetas

#### ANEXO V

El precio por kilómetro en vehículo propio será de 26 pesetas.

## DISPOSICION ADICIONAL

En todo lo que no esté previsto expresamente en los Decretos y Ordenes que los desarrollan, en relación con las indemnizaciones por razón de servicio del personal al servicio de la Administración de la Diputación Regional de Cantabria, regirán con carácter supletorio las disposiciones vigentes de la Administración del Estado.

## DISPOSICION FINAL PRIMERA

Lo dispuesto en el presente Decreto será de aplicación a las indemnizaciones por razón del servicio devengados a partir del día 1º de julio del presente año.

## DISPOSICION FINAL SEGUNDA

Se faculta a los Consejeros de Economía, Hacienda y -- Presupuesto y de Presidencia para el desarrollo del presente Decreto.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DE GOBIERNO

Jaime Blanco García

EL CONSEJERO DE PRESIDENCIA  
Jesús Mª Corona FerreroEL CONSEJERO DE ECONOMIA, HACIENDA  
Y PRESUPUESTO  
Antonio Relea Sarabia

91/43778

## DECRETO 68/1991, de 16 de mayo, por el que se aprueba el Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria y sus órganos de coordinación.

### EXPOSICION DE MOTIVOS

#### 1.- El consumo de drogas como motivo

El consumo de drogas es un fenómeno social que se ha convertido en uno de los problemas más preocupantes en las sociedades modernas.

Si bien el uso de determinados tóxicos provocadores de drogodependencia puede ser simplemente la decisión de una persona en el marco de su libertad de elección, constituye hoy un grave problema de salud pública, dado el abuso individual y colectivo que se hace de ellos. Tal ocurre con el arraigado consumo de alcohol y tabaco y de determinados fármacos, así como de otras drogas no institucionalizadas y de más reciente implantación, como los derivados de cannabis, la heroína y la cocaína. Su existencia se percibe ya como conflicto social, económico y político-legislativo de primera magnitud, que hipoteca el desarrollo de la Comunidad Autónoma de Cantabria a nivel sanitario, cultural y de orden público. Por tanto su abordaje implica de hecho a diversas estructuras sanitarias, económicas, pedagógicas, educativas y legales. Y también implica un correspondiente e imprescindible desarrollo normativo que defina la política de ésta Comunidad Autónoma, identificando con nitidez los problemas e instrumente los cauces para afrontarlos.

#### 2.- Fundamentación en la Ley y el Derecho

##### I

Este Plan Autonómico sobre Drogas, está elaborado conforme al mandato de la Constitución Española - art. 43.2 - de organizar y tutelar la Salud Pública. Se ajusta asimismo a la normativa europea y al Nacional sobre Drogas, que establecen directrices generales y acciones concretas frente al problema de las drogodependencias, instando a las Comunidades Autónomas a desarrollar sus propios planes.

El Plan Nacional sobre Drogas, fue elaborado mediante colaboración conjunta de la Administración del Estado, la Administración Autonómica y la Administración Local. Recoge en su texto - aprobado por el Gobierno de la Nación el 24 de julio de 1.985 - propuestas de actuación en materia de prevención, asistencia, coordinación y formación-investigación en drogodependencias, así como un conjunto de medidas particulares para colectivos específicos de población, proponiendo prioridades. Su texto afirma que las competencias para la lucha contra la droga se reparten entre la Administración Central, la Autonómica y la Local, ya que las medidas frente a este problema y sus consecuencias son responsabilidad de toda la sociedad. Con especial énfasis insta además a las Administraciones Autonómicas -6º punto, capítulo primero- a que conforme a los consejos de la Organización de las Naciones Unidas, creen órganos de coordinación de las diferentes acciones que hayan de emprenderse desde las distintas Administraciones Públicas. Acción que considera "la más importante en las actividades de prevención, represión, tratamiento y reinserción social de toxicómanos". "Porque", solo así será posible formular una política coherente que permita orientar racionalmente el conjunto de

programas del Estado, así como establecer con carácter general mecanismos de evaluación y control que midan no sólo la eficacia de los programas, sino también su impacto".

El Plan Nacional sobre Drogas se inscribe en el Ministerio de Sanidad y Consumo y para su coordinación cuenta con un Delegado del Gobierno.

Conforme a las directrices expuestas, las diferentes CC.AA. han ido estableciendo sus Planes Regionales o Autonómicos sobre Drogas, así como diversos órganos con la misión de propiciar una colaboración recíproca entre las diversas Instituciones y Asociaciones implicadas. Crean también otros órganos técnicos de apoyo y evaluación de los diferentes programas y acciones a desarrollar.

La ejecución viene garantizada por una estructura (generalmente un "Servicio de toxicomanías" para el problema de drogas no institucionalizadas) encuadrada en Bienestar Social. También por un Comisionado o Coordinador Regional que garantiza la ejecución de los programas en la Región actuando como responsable de las acciones técnicas en dicho ámbito.

##### II

En Cantabria, no obstante, no existe la definición de un Marco Legal y Organizativo para el tema de las Drogodependencias. Este vacío normativo, resta eficacia y reduce, tanto las posibilidades de acción como las de coordinación entre instituciones, profesionales y programas. Asimismo, es evidenciado por el colectivo de expertos del actual Plan Regional sobre Drogas de Cantabria, como el problema principal de la política sanitaria regional en materia de drogodependencias.

En consecuencia, el Plan Autonómico elaborado para Cantabria, se documenta en una abundante legislación previa de otras Autonomías. También se apoya en su propia andadura y experiencia, puesto que existe, de hecho, un Plan Regional para las drogas no institucionalizadas en conexión con el Plan Nacional de Drogas. Se desarrolla en la práctica por la actual Sección de Toxicomanías de la Dirección Regional de Bienestar Social.

Partimos también de la otra importante estructura constituida por los recursos y programas del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, dependiente del INSALUD, que tradicionalmente viene asumiendo la principal carga asistencial a nivel regional, del problema de alcoholismo. A través de una amplia consulta, entre otros, a los técnicos y responsables de estas dos estructuras, se ha elaborado el estudio técnico en que se fundamenta este Decreto.

Aparte de la obligada consideración de estos puntos de partida, en la elaboración del Plan Autonómico sobre Drogas, se han tenido también presentes otras consideraciones legales:

El mandato de la Ley General de Sanidad - Ley 14/86, 25 de abril - dispone en el Título III, Capítulo IV, que cada Comunidad Autónoma deberá elaborar un Plan de Salud comprensivo de todas las acciones necesarias para cumplir lo objetivos de sus Servicios de Salud; y que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer Planes de Salud conjuntamente. Ello, configura a este Plan sobre Drogas, como parte del Plan Integrado de Salud.

Se ajusta, asimismo, a las indicaciones del Real Decreto 938/89, de 21 de julio, que desarrollando la Ley General de Sanidad establece el esquema de los Planes de Salud. Estos, deberán incluir al menos los siguientes capítulos: análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios; objetivos, programas a desarrollar, financiación, ejecución y evaluación. También incluirán las acciones concertadas con otras administraciones sanitarias y no sanitarias.

Se han tenido, asimismo, presentes los Proyectos de Ley de Acción Social - B.O.A.R.C. Nº 51, mayo/89 - y de Reforma de la Asistencia y Salud Mental - B.O.A.R.C. 27 de febrero y 20 de marzo/90 - ambos para la Comunidad Autónoma de Cantabria. Hacen referencia y relación a los drogodependientes, y en consecuencia cualquier acción a favor de los mismos deberá coordinarse con estas estructuras.

El Plan Autonómico se inspira igualmente en los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, conscientes de la importancia de considerar su principio supremo de "igualdad de todos los hombres frente a la ley", cuando la población objeto de este Decreto es una población, de hecho, frecuentemente marginada.

Todo lo cual se realizará en el marco de las competencias exclusivas en asistencia y bienestar social que el Estatuto de Autonomía de Cantabria confiere a su Diputación Regional - art. 22.18 - ejercidas en los términos dispuestos en la Constitución - art. 148.1.20 -.

Estas consideraciones y sobre todo la problemática socio-sanitaria de la droga en Cantabria, obligan al Consejo de Gobierno, a asumir la necesidad normativa con carácter ineludible y urgente, al objeto de definir un Plan Regional sobre Drogas, su estructura, sistema de gestión y órganos de coordinación, así como establecer un marco legal y organizativo.

##### III

En virtud de lo expuesto y a propuesta del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, previa deliberación del Consejo de Gobierno de fecha 16 de Mayo de 1.991, de la Comunidad Autónoma Regional de Cantabria,

### DISPONGO

Art. 1º.- Por el presente Decreto se aprueba el Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria, cuyas directrices aparecen en el Anexo I.

Art. 2º.- El Plan Autonómico sobre Drogas, tiene como finalidad orientar las actuaciones que en materia de drogodependencias se lleven 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 no Gubernamentales con ámbito de actuación en nuestro territorio autonómico.

**Art. 3º.- Objetivo General del Decreto.**

El decreto tiene por objeto crear el marco normativo y organizativo idóneo para nuestra Región, que establezca y regule las medidas o acciones del Gobierno Autónomo y de las demás administraciones públicas de Cantabria, tendentes a disminuir el consumo de drogas y a paliar los daños sociosanitarios que ocasione a la población.

Ordenará los recursos necesarios, optimizando los disponibles para mejorar la acción preventiva, la atención social y sanitaria de personas y familias afectadas, coadyuvando con el esfuerzo solidario de toda la sociedad.

**Art. 4º.- Objetivos Específicos.**

Para el desarrollo del objetivo general, se establece, con criterios técnicos un Plan Autónomo sobre drogas con los siguientes objetivos:

- 1.- Ordenar el conjunto de recursos disponibles en materia de drogodependencia en nuestra Comunidad, procedentes de diferentes dependencias patrimoniales, en orden a atender eficaz y coordinadamente las necesidades de los ciudadanos de Cantabria en el aspecto de toxicomanías.
- 2.- Crear una estructura de coordinación interinstitucional para los diferentes niveles de la Administración Pública de modo que se obtenga la mayor participación e interacción entre la Administración Autónoma, la Municipal y la Central, unificando criterios y rentabilizando al máximo programas y actuaciones.
- 3.- Definir y establecer unas directrices, criterios y líneas de acción en los campos de prevención, tratamiento y rehabilitación de las toxicomanías, científicamente rigurosas y eficaces, definiendo funciones, vías de participación ciudadana y prioridades.
- 4.- Promocionar la política preventiva de las drogodependencias, con el apoyo de las estructuras generales de salud, educación, cultura, servicios sociales, empresas e iniciativa ciudadana; estableciendo acciones educativas y tendentes a disminuir la demanda de droga y acciones de reducción de la oferta y disponibilidad de la misma.
- 5.- Mejorar la calidad asistencial integral que se presta a los drogodependientes, mediante la creación fundamentalmente, de dispositivos intermedios de rehabilitación - Centros de día - y dispensarios para alcohólicos.
- 6.- Normalizar la asistencia a los drogodependientes dentro de la red general de salud pública y servicios sociales.
- 7.- Potenciar la política de reinserción social de los toxicómanos, mediante compromisos interinstitucionales, el impulso del movimiento asociativo y de participación ciudadana y el resto de cauces previstos en el Plan.

**Art. 5º.- Objeto del Decreto.**

El Decreto se refiere globalmente al fenómeno de la drogodependencia, considerando ésta, como proveniente del uso inadecuado o abusivo tanto del alcohol, tabaco y fármacos, como de las denominadas drogas no institucionalizadas.

**Art. 6º.- Se crean los Organos de Coordinación que se enumeran a continuación:**

- 1.- La Comisión Regional de Drogodependencias. Presidida por el Presidente de la Comunidad Autónoma, se establece como Organo Supremo de coordinación y decisión de la política regional en materia de drogas.
- 2.- Comisión Interinstitucional de Drogodependencias para Cantabria. Se constituye como Comisión de amplia participación que integra tanto los Poderes Públicos como los Agentes Sociales y Organizaciones no Gubernamentales con posibles respuestas al posible problema de las toxicomanías. Su Presidente será igualmente el de la Comunidad Autónoma.
- 3.- La Comisión Técnica de Drogas.
- 4.- El Comisionado Regional para Drogas; como figura responsable de la ejecución de los distintos planes de acciones sectoriales.

**Art. 7º.- Dichos Organos Coordinadores, tendrán la estructura y funciones que se describen en el Plan Autónomo Regional del Anexo I.**

**Art. 8º.- Definición de Términos.**

Se consideran, pues, como sustancias que generan dependencia, tanto las drogas no institucionalizadas como las bebidas alcohólicas, el tabaco, ciertos medicamentos y algunos productos de uso industrial o vario.

A los efectos normativos pretendidos por el estudio entendemos por:

**DROGA:** sustancia que administrada al organismo es capaz de originar una dependencia y de producir efectos perniciosos sobre la salud.

**DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS:** La heroína, cocaína, marihuana, hachís, ácido ligérisico y otras sustancias incluidas en la legislación vigente sobre estupefacientes.

**DEPENDENCIA:** Estado psico-orgánico que resulta de la absorción repetida de una sustancia y en el cual se desencadenan en el organismo una serie de fuerzas que impulsan a su utilización continuada.

**DESINTOXICACION:** Proceso terapéutico de lucha contra la intoxicación producida por una sustancia exógena al organismo.

**DESHABITUACION:** Proceso terapéutico de eliminación de una dependencia.

**REHABILITACION:** Proceso de recuperación de los aspectos de comportamiento individuales dentro de la sociedad.

**REINSERCIÓN:** Proceso de inserción social de una persona como ciudadano responsable y autónomo.

**DISPOSICIONES ADICIONALES**

- 1.- El Plan Autónomo de Drogas deberá revisarse cada cuatro años por la Comisión Técnica, cuyo coordinador presentará las modificaciones oportunas y la correspondiente norma rectificadora, a la Comisión Regional de Drogodependencias, para su aprobación y ratificación.
- 2.- Se autoriza a la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a dictar cuantas disposiciones exija la ejecución de lo dispuesto en este Decreto.

**DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

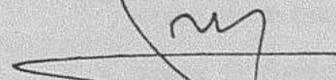
- 1.- Se dispone que la actual Sección de Toxicomanías de la Dirección Regional de Bienestar Social, se configure conforme a la estructura descrita en el Plan Autónomo del Anexo I, como Servicio de Toxicomanías, en virtud de atribuir el rango equivalente a su volumen y competencias y a la necesidad urgente de dotar de carácter legal a la estructura operativa del Plan Autónomo de Drogas, que de hecho viene funcionando desde el año 1985.
- 2.- Para ello y con carácter prioritario, el Consejo de Gobierno definirá su nueva estructura, al amparo del Decreto 2/89, del 31 de enero sobre elaboración de estructuras, relaciones de puestos de trabajo y retribuciones.

**DISPOSICION FINAL**

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el "Boletín Oficial de Cantabria".

Santander 17 de Mayo de 1991

El Consejero de Sanidad,  
Consumo y Bienestar Social



Fdo. Enrique Gutiérrez Rivas  
91/43782

El Presidente del Consejo de Gobierno



Fdo. Jaime Blanco

**ANEXO I**

**PLAN AUTONOMO SOBRE DROGAS DE CANTABRIA**

**- INDICE -**

**APARTADO A.- INTRODUCCION**

CAPITULO I.- CONTENIDOS .....	14
CAPITULO II.- ALCANCE DEL PROBLEMA EN CANTABRIA .....	15
1.- Los estudios epidemiológicos .....	15
2.- Para las drogas institucionalizadas .....	15
3.- Para las drogas no institucionalizadas .....	16
CAPITULO III.- RECURSOS PREVIOS EXISTENTES EN CANTABRIA PARA EL PROBLEMA DE LAS DROGODEPENDENCIAS .....	17
1.- Alcoholismo (recursos del INSALUD) .....	18
2.- Drogas no institucionalizadas: recursos del actual Plan Regional Sobre Drogas .....	19
CAPITULO IV.- OTROS RITERIOS PARA LA ELABORACION DEL PLAN AUTONOMO SOBRE DROGAS .....	20
1.- Criterios estructurales .....	20
2.- Criterios funcionales .....	20
CAPITULO V.- BREVE HISTORIA DEL PLAN REGIONAL DE DROGAS .....	21

**APARTADO B.- PREVENCION**

CAPITULO VI.- MARCO GENERAL Y OBJETIVOS .....	22
1.- Modelo psicosocial de intervención .....	22
2.- Objetivos generales .....	22
CAPITULO VII.- PREVENCION INESPECIFICA .....	23
1.- Antecedentes .....	23
2.- Concepto y ámbito .....	23
3.- Implicación ciudadana .....	23
4.- Educación inespecifica .....	24
5.- Los programas de prevención .....	24
6.- Implicación de las estructuras sanitarias .....	24
7.- Implicación de la acción social, especialmente municipal .....	25
CAPITULO VIII.- REDUCCION DE LA DEMANDA .....	25
1.- Principios generales .....	25
2.- Acciones educativas .....	25
3.- Acciones sobre grupos específicos de riesgo .....	26
4.- La Comunidad Escolar: Orientaciones Preventivas .....	26
5.- Los Centros Laborales: Estrategias Preventivas .....	28
6.- Los medios de comunicación .....	30
CAPITULO IX.- REDUCCION DE LA OFERTA .....	30
1.- Principios Generales .....	30
2.- Medidas específicas .....	31
3.- Medidas ejemplarizantes .....	32
4.- Acciones a través del Plan Autónomo de Drogas .....	32

## APARTADO C. LA ASISTENCIA AL DROGODEPENDIENTE

CAPITULO X.- OBJETIVO Y PRINCIPIOS GENERALES DE ACCION .....	34
1.- Objetivo general .....	34
2.- El Derecho a la Salud y a la Atención Sanitaria, como principios .....	34
3.- Ambito asistencial .....	35
4.- Programas Integrados .....	35
5.- Programas diversificados .....	35
6.- Objetivos Terapéuticos .....	36
7.- Derechos del enfermo .....	36
8.- Prioridades .....	36
9.- Autorización y Registro de Centros .....	37
CAPITULO XI.- CRITERIOS DE ACTUACION .....	37
1.- Prioridades .....	37
2.- Programas varios .....	37
3.- Estructuras intermedias como prioridad .....	37
4.- Familiares .....	38
5.- Continuidad Asistencial .....	38
6.- Criterios para la Desintoxicación .....	38
7.- Control de Medicación .....	39
8.- Criterios sobre la rehabilitación .....	39
9.- Rehabilitación en la comunidad Terapéutica .....	39
10.- Rehabilitación en Centros de Día .....	40
11.- Programas de Agonistas Opíacos .....	40
12.- Programas de Alcoholismo .....	41
CAPITULO XII.- ESTRUCTURAS ASISTENCIALES Y SUS FUNCIONES .....	41
1.- Primer nivel de intervención .....	41
1.1.- Servicios Sociales Comunitarios .....	42
1.2.- Centros de Salud .....	42
2.- La Atención en el segundo nivel .....	43
2.1.- Centros Asistenciales de Drogodependencias C.A.Ds (para drogas ilegales) .....	43
2.2.- Centros y Equipos de Salud Mental .....	43
2.3.- Unidades Dispensariales de Alcoholismo (No Hospitalarias) .....	43
2.4.- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria .....	44
3.- La Atención en el Tercer Nivel .....	44
3.1.- Ambito .....	44
3.2.- Comunidades Terapéuticas .....	44
3.3.- Centros de día (para toxicómanos no alcohólicos) .....	45

## APARTADO D.- PROMOCION SOCIAL Y REINSERCIÓN

CAPITULO XIII.- INTRODUCCION .....	46
1.- Objetivo General .....	46
2.- Justificación y Desarrollo .....	46
CAPITULO XIV.- ACTIVIDAD PROFESIONAL Y PRONOSTICO DE REINSERCIÓN .....	47
1.- Pronóstico de Reinscripción .....	47
2.- Profesiones Indicadas .....	47
3.- Papel de las Empresas y sus Servicios de Salud .....	47
CAPITULO XV.- RECURSOS ESPECIFICOS .....	48
1.- Red de Talleres y Autónomos .....	48
2.- Centros de Día .....	48
3.- Centros Ocupacionales y Escuelas Taller .....	48
4.- Planificación de los Talleres .....	49
5.- Promoción de la integración laboral .....	49
6.- Viviendas de Reinscripción .....	49
CAPITULO XVI.- DE LA PARTICIPACION SOCIAL .....	49
1.- Iniciativas Privadas, en general .....	49
2.- Movimiento Asociativo .....	50
3.- El voluntariado Social .....	50

## APARTADO E.- EVALUACION Y FORMACION

1.- Evaluación .....	52
1.a.- Significado .....	52
1.b.- Actividades y funciones .....	52
2.- Formación .....	53
2.a.- Formación interna .....	53
2.b.- Sensibilización .....	53
2.c.- Intermedia .....	53
2.d.- De expertos .....	53
2.e.- Actividades científicas y de actualización .....	53

## APARTADO F.- ORGANIZACION Y ESTRUCTURA DEL PLAN AUTONOMICO SOBRE DROGAS DE CANTABRIA.

CAPITULO XVII.- ESTRUCTURAS DE COORDINACION .....	54
1.- La Comisión Regional de Drogodependencias .....	54
1.1.- Estructura .....	54
1.2.- Funciones .....	54
2.- El Comisionado Regional para Drogas .....	55
2.1.- Funciones .....	55
3.- La Comisión Técnica de Drogodependencias .....	56
3.1.- Estructura .....	56
3.2.- Funciones .....	56
4.- La Comisión Interinstitucional de Drogodependencias para Cantabria .....	57
4.1.- Estructura .....	57
4.2.- Funciones .....	58
5.- Propuesta a la Asamblea Regional de una Comisión Parlamentaria de Seguimiento del Plan Autonómico .....	58
CAPITULO XVIII.- ESTRUCTURAS OPERATIVAS .....	59
1.- Servicio de Toxicomanías de la Diputación Regional de Cantabria .....	59
1.1.- Constitución del Servicio .....	59
1.2.- Relaciones de Dependencia .....	59
2.- Otras estructuras del Plan Autonómico de Drogas .....	59

CAPITULO XIX.- ORGANIZACION DEL SISTEMA ASISTENCIAL .....	60
1.- Recursos Sanitarios y Sociales de la red general: fundamentalmente de asistencia primaria .....	60
2.- Recursos terapéuticos especializados .....	60
2.1.- Para el problema del alcoholismo .....	60
2.2.- Para el problema de las drogas no institucionalizadas .....	61
2.3.- Coordinación progresiva .....	61
3.- Recursos de rehabilitación y reinserción social .....	61
CAPITULO XX.- LA GESTION DEL PLAN AUTONOMICO DE DROGAS .....	62
1.- Principios de gestión .....	62
2.- Líneas generales de actuación .....	62
2.1.- Planificación estratégica .....	62
2.2.- Política de personal .....	63
2.3.- Dirección por objetivos .....	63
2.4.- Política de calidad .....	64
3.- Actividad de soporte de la gestión: investigación y documentación .....	65
a.- El Centro de Documentación .....	65
b.- Política de investigación .....	65
CAPITULO XXI.- FINANCIACION DEL PLAN AUTONOMICO .....	66
CAPITULO XXII.- PRIORIDADES .....	66
CAPITULO XXIII.- MAPA DE RECURSOS .....	67

## CUADROS EXPLICATIVOS.-

I.- Actuaciones y Funciones .....	69
II.- Intervención Terapéutica .....	70

## ANEXO I

## PLAN AUTONOMICO SOBRE DROGAS DE CANTABRIA

## APARTADO A.- INTRODUCCION

## CAPITULO I.- CONTENIDOS

- Resume los estudios epidemiológicos recientes mostrando la problemática global de consumo de drogas en Cantabria.
- El núcleo central expone el contenido propiamente tal del Plan Autonómico sistematizando objetivos, estrategias y planes de acción respecto a:
  - La prevención de las toxicomanías en Cantabria que incluye:
    - Acciones sobre la educación de la población.
    - Acciones sobre los colectivos específicos y de especial riesgo.
    - El control de las sustancias generadoras de drogodependencias.
  - Una asistencia que abarque desde la desintoxicación hasta la rehabilitación y la reinserción social de los drogodependientes.
  - Unas alternativas para la mejora de la calidad de vida, a través de las cuales la realización personal y colectiva evite el recurso a las drogas como evasión.
- Se integran en una planificación general fijando criterios de coordinación interinstitucional y ciudadana.
- En los apartados finales se describe la estructura organizativa con los organos de coordinación y de gestión interinstitucional cuya creación prevee el Decreto, así como las estructuras asistenciales y operativas que instrumenta el Plan Autonómico a partir de las actualmente existentes.
- Se relacionan las prioridades.
- Por último, se organizan los medios y recursos necesarios para la gestión y se exponen un mapa de recursos sobre drogas existentes en Cantabria.

## CAPITULO II.- ALCANCE DEL PROBLEMA EN CANTABRIA

## 1.- Los Estudios Epidemiológicos

Se establecen como base para la planificación de acciones preventivas y asistenciales.

A continuación exponemos unos datos basados en los estudios que con mayor amplitud se comentan y justifican en el estudio técnico previo al Decreto. Básicamente constituidos por la recopilación de diferentes investigaciones sobre la población de Cantabria, realizadas por el Equipo E.D.I.S. 1.984 (1), Díez Manrique J.F., Peña C., Vázquez J.L. y colb. 1.991 (4), Higuera A., Ruiz I. 1.987-88 (2), Cantera J. 1.983 (5) y S.O.A.M. 1.989 (3).

Todos los datos se refieren a los años 89-91, salvo los del estudio E.D.I.S. y los referidos a la población laboral que se sitúan en el año 1.982.

## 2.- Para las Drogas Institucionalizadas

Alcohol y tabaco son tóxicos de masas en nuestro medio, muy arraigados culturalmente. El alcohol, sobre todo, constituye quizá el mayor problema social y sanitario principalmente grave por su elevado costo en sufrimiento familiar y personal, con una tasa de consumo excesivo superior a 100 cc. de alcohol puro/día-del 7,3% para la población general y en 14,36% para los varones (4). Lo cual arrojaría unas cifras de 37.120 varones, al menos, con consecuencias orgánicas y psíquicas a la larga, consiguientes a su elevada ingesta. Y considerando -según estudios epidemiológicos globales- que un 5% aproximadamente de la población puede considerarse en una clara dependencia alcohólica de tipo físico y clara sintomatología médica, tendríamos una población necesitada de importantes cuidados asistenciales, de 26.400 enfermos.

El tabaco, con su 41,4% de fumadores diarios mayores de 12 años (1), representa 182.700 fumadores/as en Cantabria; lo cual configura también un importante problema sanitario.

**Sector Juvenil:** alcohol y tabaco son las drogas de inicio. Entre los 15 y 17 años (B.U.P. - F.P.) un 19% de los chicos/as fuma a diario y un 28% bebe diariamente alcohol (2).

De ellos, un 15,8% bebe excesivamente (100 cc/día); sobre todo los fines de semana. Sus pautas de bebida son en general de menor cantidad de consumo que el adulto y más ocasional o irregular. Beben más los de clases sociales bajas, en paro, y de zonas rurales; lo cual coincide con la población de adultos. Las mujeres, si bien distan mucho del varón en cuanto a consumo de alcohol se refiere, van acortando distancia, progresivamente, respecto al mismo en las edades juveniles.

En 8º de E.G.B. fuman diariamente el 5,4% de los alumnos y beben diariamente el 2,8%. Se constata un rendimiento escolar inferior en los consumidores y el dato importante de que cuanto más temprana es la edad de inicio, mayores posibilidades existen de convertirse más tarde en politoxicómanos. Así un 75% de los que empezaron a fumar antes de los 11 años, hoy consumen cannabis; el 13% heroína y el 13% cocaína. El 77% de los que empezaron a beber antes de los 11 años, consumen cannabis y el 34% cocaína o heroína.

El alcoholismo, coincide más en la edad de 30 a 50 años, sobre todo en varones en situación laboral; con graves desavenencias familiares y malos tratos; problemas laborales como elevado absentismo, baja productividad y relaciones conflictivas que se extienden al medio social, frente al cual se aíslan progresivamente.

Afecta especialmente a la clase trabajadora -un 33% son bebedores excesivos más a los trabajadores de taller o manuales, que a los empleados. (5) Dentro de los primeros especialmente a los que trabajan en condiciones penosas (de intemperie, suciedad; esfuerzo físico, etc), trabajadores poco cualificados, gente del mar y agrícolas, entre otros.

**3.- Para las Drogas no Institucionalizadas**

a.- Prácticamente ausentes en nuestro medio hasta los años 70, en que empezaron a consumirse, para aumentarse en la década de los 80.

Están teniendo una rápida penetración con consecuencias perniciosas tanto individualmente como colectiva o socialmente; creando en ocasiones fuertes problemas de orden público.

b.- Estimación del número de drogodependientes en Cantabria (a partir del estudio E.D.I.S. 1984).

**Criterios de Drogodependencia:** Personas que consumen en el mes de la encuesta, 2 días a la semana como mínimo y una o más veces al día.

Cannabis .....	26.795
Heroína .....	1.854
Cocaína .....	1.236
Hipnóticos .....	19.026
Tranquilizantes .....	18.363
Anfetaminas .....	8.387
Alucinógenos .....	353
Inhaladores .....	309

El estudio es orientativo, pues se realiza extrapolando las cifras del estudio nacional, para la población de Cantabria. Dadas las variables diferenciales conocidas en nuestra región, hay sospechas de un error de pronóstico.

Ello confirma la necesidad de un estudio epidemiológico a nivel Regional.

c.- Perfil de toxicómano que accede a los C.A.Ds. de Cantabria, según sus características, demográficas y toxicológicas (1.990).

Heroínómano con una media de edad de 26,7 años ha iniciado el consumo a los 19,6 años. Varón en un 82% de los casos. Lleva consumiendo el tóxico 7 años y generalmente es politoxicómano (el 24% consume 4 ó más drogas; el 23% tres; el 34% dos y el 19% tan sólo una; por regla general la heroína).

Durante el año hubo 330 inicios de tratamiento notificados al Sistema Estatal de Toxicomanías en los tres Centros Asistenciales y la droga principal por la que iniciaron el tratamiento fue: 97% heroína; el 7% cocaína; 2% otros opiáceos; 0% metadona.

d.- Implicación del SIDA como patología asociada.

Según datos de la memoria año 89, un 24,8% de los 322 pacientes era seropositivo; siendo negativos un 58,4% y desconocidos el 16,8% generalmente por negativa a realizar análisis.

Nuestra Comunidad está considerada como la 5ª Comunidad Autónoma en incidencia general a el SIDA, respecto del resto de CC.AA. del Estado, con 1.580 casos registrados como seropositivos (presencia de anticuerpos en Octubre 1.990) y 103 casos de enfermos de SIDA declarados en Noviembre de 1.990. Según datos procedentes del Hospital Marqués de Valdecilla, los casos que reúnen los criterios de enfermedad en Febrero de 1.991 serían ya 115.

Se sabe que en colectivos específicos como los internos reclusos, la proporción de infectados aumentan.

**CAPITULO III.- RECURSOS PREVIOS EXISTENTES EN CANTABRIA PARA EL PROBLEMA DE LAS DROGODEPENDENCIAS**

Otro punto de partida para la planificación de acciones del Plan Autonómico de Drogas la constituyen los recursos humanos, materiales y estructurales con que en la actualidad cuenta nuestra Comunidad Autónoma.

**1.- Alcoholismo (recursos del INSALUD).**

Tradicionalmente en nuestra región la atención del alcoholismo ha sido asumida en gran parte por los médicos generales, en la mayoría de los casos sin la especializada preparación que requiere el tratamiento de estos casos. También se lleva a cabo por las Unidades de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental. Finalmente por los Servicios Psiquiátricos hospitalarios, cuando existen ya problemas clínicos o exigen la atención a las consecuencias médicas relacionadas con este tóxico. Las posibilidades de intervención psicosocial son limitadas, pues la presión asistencial impide otro tipo de labores a los escasos recursos especializados disponibles.

El Hospital Universitario "MARQUES DE VALDECILLA", a través de su Servicio de Psiquiatría, absorbe un altísimo porcentaje de la atención pública especializada que se destina al alcoholismo.

Según datos publicados por el Servicio en 1.980, sus posibilidades asistenciales se extienden a cuatro áreas diferenciadas, referenciando unas cifras que en la actualidad se mantienen aproximadas.

- **URGENCIAS:** Aproximadamente un 20 % de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo alcohólico.
- **INTERCONSULTAS CON SERVICIOS MEDICO-QUIRURGICOS:** Un 30 % aproximadamente de las peticiones de colaboración a psiquiatría, serán por problemas alcohólicos.
- **UNIDAD DE DESINTOXICACION Y ADMISIONES:** Aproximadamente un 17 % de las admisiones psiquiátricas son de alcoholismo. Existen 10 camas para la desintoxicación, generalmente utilizadas para cuadros muy cronicados.
- **ATENCION AMBULATORIA:** Para seguimiento de antiguos ingresados y los casos remitidos por psiquiatras de zona, u otras fuentes como Alcohólicos Anónimos o Judiciales.

Los tratamientos son individuales y grupales: existiendo un equipo pluridisciplinar.

• **FUNCIONES INVESTIGADORAS Y DOCENTES:** Paralelamente desarrollan una importante labor de investigación epidemiológica sobre el alcoholismo en la Región, en colaboración con la O.M.S., así como docente, a través de la Facultad de Medicina.

Concluyendo, podemos informar que un altísimo porcentaje de los recursos públicos para el tratamiento del alcoholismo, pertenecen al INSALUD. Están medicalizados y muy centralizados en un solo hospital, a todas luces insuficientes dada la demanda y necesidades.

La red prevista de atención especializada en Salud Mental, está en estado embrionario -dos centros de Santander, otro en Torrelavega y otro en Laredo- careciendo de unidades específicas para el problema del alcoholismo. Actualmente no se configura como tal red.

**2.- Drogas no institucionalizadas: Recursos del actual Plan Regional Sobre Drogas**

Existe una importante estructura material y humana para atender los problemas que plantean otras drogas como la heroína, y la cocaína, principalmente.

Constituida por los efectivos del actual Plan Regional Sobre Drogas, que depende orgánicamente de la Dirección Regional de Bienestar Social (Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social). Nacen como respuesta a una necesidad social nueva, desvinculados de la estructura Médico-Psiquiátrica en la mayor parte de las Comunidades Autónomas, pues si bien tradicionalmente se ha aceptado el alcoholismo en la misma, no ha ocurrido así por regla general con la drogadicción ilegal.

Como síntesis de los recursos instrumentales propios con que cuenta hoy el Plan Regional de Drogas, resumimos los siguientes:

• **Area Asistencial**

C.A.Ds. Centros Asistenciales de Drogodependencias: (Centros específicos ambulatorios) en número de 3. Ubicados en Santander, Torrelavega y Laredo. cuentan con un equipo multiprofesional de tratamiento.

U.M.I.S.T. o Unidades Municipales de Información y Seguimiento de Toxicomanías: en funcionamiento en 8 Municipios.

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria: Enclavada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Liencres. 1 cama.

• **Area de Prevención**

Equipo Técnico: Desarrollando programas preventivos, epidemiológicos y de formación; sobre todo de mediadores, profesorado, A.P.A.S., Escuelas de Padres, etc.

• **Area de Rehabilitación y Reinserción**

Comunidad Terapéutica "VICTOR MEANA" de Pedrosa; con capacidad de 48 plazas.

Convenios con Asociaciones, Corporaciones Locales, INEM, etc.

Subvención a familias para internamiento en Comunidad Terapéutica.

• **Area de Coordinación**

Una Oficina Técnica con funciones de Coordinación Institucional, apoyo al movimiento asociativo y formación de estructuras de participación, información y documentación y divulgación. Formación e investigación y Gestión del propio Plan.

• **Programas Especiales**

Intervienen con Reclusos Toxicómanos en la Prisión Provincial y Penal del Dueso.

Colaboración con el Programa Regional del S.I.D.A.

Intervención comunitaria en población de riesgo.

#### CAPITULO IV.- OTROS CRITERIOS PARA LA ELABORACION DEL PLAN AUTONOMICO DE DROGAS

Además de los criterios legislativos en que se sustenta el Plan Autonómico y su razón de ser en las necesidades planteadas, existen otros criterios de tipo estructural y funcional.

##### 1.- Estructurales

Todas las acciones que el Plan instrumenta para la atención a los toxicómanos tendrán una inclusión máxima en la Red Sanitaria Pública y en la de Servicios Sociales.

Es preciso un esfuerzo para orientar y controlar acciones dispersas con fines similares, coordinándolas con las acciones sanitarias, educativas y sociales de las estructuras generales y oficiales, respetando el criterio de independencia y no ingerencia pero estableciendo el de complementariedad, a fin de aprovechar eficazmente los recursos.

##### 2.- Funcionales

En su operatividad este Plan Autonómico se apoya en las estructuras descritas, que son el grueso de los recursos de Cantabria para el abordaje del Problema drogas ilegales y Problema alcohólico.

No obstante existe a partir de la década de los 80 una dinámica de reforma sanitaria mediante el desarrollo del 1er. y 2 nivel, aún embrionarios. Se intenta crear una red comarcal que adecue nuestra estructura sanitaria al espíritu de la Ley General de Sanidad.

En base a ambas realidades, el Plan Autonómico de Drogas reorganiza y estructura los recursos existentes; propone alguno nuevo para su aprobación e implantación progresiva, y establece una filosofía preventiva, asistencial y de gestión.

#### CAPITULO V.- BREVE HISTORIA DEL PLAN REGIONAL DE DROGAS

Sus comienzos pueden situarse en el año 1.985 con el nombramiento del primer coordinador Regional; siendo datos relevantes de su breve historia la implantación, durante el periodo 1.986-1.988 de los primeros Centros de Atención de Toxicómanos para drogas no institucionalizadas, que dependientes en un principio de Cruz Roja y del Ayuntamiento de Santander, pasan en 1.988 a configurar una red comarcal de tres Centros Asistenciales y una Oficina de Coordinación, dependientes en exclusiva de la Diputación Regional. Configuran la Sección de Toxicomanías de la Dirección Regional de Bienestar Social, que tiene a su cargo el Plan de Drogas, como subprograma de Servicios Sociales.

#### APARTADO B.- PREVENCIÓN

#### CAPITULO VI.- MARCO GENERAL Y OBJETIVOS

##### 1.- Modelo Psicosocial de intervención

1.- Este Plan Autonómico ha de transmitir el mensaje fundamental a la población de que existen respuestas al problema de droga, superando las actitudes de indefensión.

Se propone un modelo de acción que concibe la salud individual y colectiva no solo como ausencia de enfermedad sino también como equilibrio y desarrollo físico, psíquico y social. Se amplía así el horizonte de frecuentes modelos que consideran el problema de la droga como exclusivamente jurídico-legal; o al toxicómano como mero enfermo o víctima social, fomentando comportamientos pasivos.

2.- Proponemos un modelo psicosocial creador de estrategias de modificación de la calidad de vida, promoción de valores ciudadanos y de la educación para la salud, como alternativas de vida más responsables, saludables y solidarias, a las que ofrece un marco vital con drogas, individual y socialmente destructivo.

3.- La intervención educativa, constituye un elemento imprescindible de cualquier plan de actuación frente a la problemática de las drogas.

##### 2.- Objetivos generales

1.- La política preventiva de disminución del consumo de drogas adquiere para este Plan Autonómico carácter prioritario, sobre todo respecto a importantes colectivos de riesgo como adolescentes y jóvenes. Entendiendo que sólo a través de una mentalización social progresiva se irá logrando un cambio de actitudes y comportamiento.

2.- Siendo conscientes de la multicausalidad de las drogodependencias, ésta política engloba un conjunto de actuaciones respecto a factores directa o indirectamente relacionados con ellas. Desde acciones sobre aquellos que predisponen a la drogadicción como el fracaso escolar, la carencia de oportunidades y de empleo; o las deficiencias de equipamiento urbanístico, sociocultural o de condiciones de trabajo; hasta a los factores directamente relacionados con la droga como su permisibilidad y oferta y su consumo masivo.

3.- Concretamos, pues, el objetivo general de disminuir el consumo, en tres grandes líneas de actuación:

- Acciones sobre la población general o prevención inespecífica.
- Actuaciones tendentes a disminuir la demanda de drogas.
- Actuaciones hacia la reducción de la oferta y disponibilidad de drogas.

Oferta y demanda son realidades inseparables, que se sitúan en el origen de la drogodependencia y sobre las que habrá que actuar con intensidad. Configuran la disponibilidad de la droga, en un modelo de sociedad progresivamente consumista, con dificultades para realizar "ofertas sugestivas de estilo de vida", especialmente a las poblaciones más jóvenes.

#### CAPITULO VII.- PREVENCIÓN INESPECÍFICA

##### 1.- Antecedentes

Según los estudios epidemiológicos, las realidades que inexorablemente van ligadas a mayores problemas con las drogas son: el bajo nivel cultural, el paro, las condiciones penosas de trabajo y la marginación y pobreza; sin por ello descartar otros factores.

##### 2.- Concepto y Ambito

Adquiere carácter prioritario de prevención primaria tanto de las drogodependencias como de cualquier otra problemática de tipo psicosocial, un conjunto de acciones inespecíficas tendentes a mejorar la calidad de vida de la población juvenil y de sectores marginados.

Las soluciones más dignas, creativas y eficaces a largo plazo en orden a la disminución del consumo de drogas y otros conflictos psicosociales, pasan por el desarrollo cultural, social y laboral de los colectivos deprimidos y de elevado riesgo. Así, se establecen como objetivos de prevención y en consecuencia sanitarios, los siguientes: mejorar la calidad de los contenidos de la educación, aprovechar mejor los recursos comunitarios, crear alternativas de tiempo libre, fomentar valores de solidaridad y convivencia, crear mayores oportunidades de empleo y mejorar las condiciones de vida y de trabajo, ya sea en el interior de la empresa o de las viviendas, en los barrios y en general en las ciudades.

##### 3.- Implicación ciudadana

La comunidad, a través de sus instituciones ( asociaciones de comunidades de vecinos, de padres y otros grupos locales ), deberá asumir un compromiso preventivo tanto en la sensibilización educativa de la población ante el problema de las drogas ( campañas, encuentros, programa de estudio ), como en la participación en los programas inespecíficos de desarrollo social encaminados a la prevención de las toxicomanías y de otras situaciones de marginalidad. Asimismo se considera necesaria la colaboración entre los movimientos ciudadanos para la movilización y coordinación de los servicios existentes tales como centros de información y documentación, centros de orientación, casas de acogida, talleres ocupacionales, educadores de calle, etc. )

##### 4.- Educación inespecífica

Con prioridad incluso, a las actuaciones educativas en medios concretos es deseable una intervención educativa inespecífica que estimule actitudes, estrategias y técnicas, cambios institucionales y estilos de vida alternativos que puedan disminuir el deseo de drogas y aumentar el deseo por el desarrollo personal a través de experiencias gratificantes en el plano físico, mental o social.

##### 5.- Los programas de Prevención

1.- Deberán diseñarse programas específicos y concretos en su planteamiento, para evitar el riesgo de la dispersión e ineficaz utilización de recursos.

Pueden tener carácter zonal: barrio distrito, municipio, comarca o región o bien dirigirse a grupos inespecíficos de población ( comunidad escolar, centros de trabajo, profesionales de la información o de la salud, organizaciones comunitarias, etc.

En lo que respecta al artículo anterior, deberán fomentar actividades incompatibles con el consumo de droga.

2.- No obstante, para enmarcarse dentro del modelo que hemos expuesto tendrán que partir de un conocimiento de la realidad y de los riesgos que repercuten en la salud de la población - personales, sociales, familiares, institucionales, etc. -

Deberán ser evaluables y con continuidad en el tiempo. A tal efecto, incluirán en su formulación los correspondientes indicadores

El diseño de los programas preventivos deberá establecer sistemas de evitación de los riesgos detectados y promover comportamientos más saludables de vida

##### 6.- Implicación de las estructuras sanitarias

La extensión del problema de las drogas obliga a abordarlo desde las estructuras básicas. El médico general, el médico de familia, ha de implicarse decididamente en la colaboración en este campo. Debieran pues, adaptarse los programas de especialidad de los diferentes profesionales a los equipos de las estructuras básicas y ampliarse su formación teórica y práctica previa, mediante la reforma de los programas y unas prácticas de rotación por los servicios de atención a alcohólicos y toxicómanos.

Será obligada, al respecto, la revisión de las disciplinas curriculares de las profesiones sanitarias y su adecuación a esta nueva problemática.

Un objetivo pues, será el integrar diferentes programas de prevención de drogodependencias en los programas de trabajo de los Centros de Salud, actuando en colaboración con las actuales Unidades Básicas de Acción social (U.B.A.S.) y en general con los servicios sociales de la comunidad.

##### 7.- Implicación de la acción social, especialmente municipal

Los servicios sociales, debidamente coordinados con el Plan Regional deben de ser el eje primordial de la Prevención Inespecífica. Se procurará que las acciones emprendidas a instancia de los mismos no tengan carácter segregante y se haga a través de redes inespecíficas mediante la utilización de los recursos normalizados existentes o de nueva creación.

En el campo de la Prevención son los Ayuntamientos - como la Administración Pública más cercana al ciudadano - quienes han de jugar un papel de máxima importancia a través de sus programas de acción social.

#### CAPITULO VIII.- REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

##### 1.- Principios generales

Se canaliza esencialmente a través de acciones de educación y mentalización de la población y de lo que se viene a llamar prevención secundaria o dirigida hacia colectivos de riesgo.

## 2.- Acciones educativas

1.- La educación de la persona empieza desde los primeros años de vida, donde se generan factores de comportamiento decisivos para el posterior desarrollo integral.

Por eso en los centros docentes la educación sobre drogas debe enmarcarse en la educación para la salud. Esta se define por la Organización Mundial de la Salud, como "una metodología educativa que tiende, sobre todo, a suscitar en el individuo una toma de responsabilidad para lo que es su propia salud y la de la colectividad, así como desarrollar sus aptitudes para participar de manera constructiva en la vida de la comunidad". Así, pues la educación sobre las drogas se une a la educación integral de la persona.

2.- La Administración promoverá INFORMACION Y EDUCACION de la población encaminada a:

- El conocimiento de las sustancias legalizadas o no que generan drogodependencia.
- Modificación de comportamientos y actitudes en relación al consumo de sustancias tóxicas.
- Desviación del consumo a sustancias no tóxicas.

## 3.- Acciones sobre grupos específicos de riesgo

Se concentrarán en la detección precoz de estos colectivos, su captación y animación, así como el desarrollo de una primera atención a los problemas que se presenten.

La educación a través de la escuela, institución educativa por excelencia, tendrá validez en la medida que se complemente y continúe en las demás instituciones con responsabilidades educativas, como son la propia familia, los medios de comunicación social, los centros y asociaciones culturales, los centros laborales, y en suma, la propia comunidad. Cualquier campo o área en la que sea posible llevar a cabo intervenciones educativas será válido también para una educación sobre drogas.

## 4.- La Comunidad Escolar: Orientaciones Preventivas

4.1.- La edad de comienzo de los toxicómanos en sus hábitos se sitúa entre los 12 y los 18 años, lo que autoriza a cualquier programa antidroga para su iniciación desde la escuela, lugar de paso para todos los jóvenes que pueden convertirse en toxicómanos.

4.2.- Se establece como objetivo prioritario el de retrasar al máximo la edad de iniciación del consumo de alcohol y tabaco procurando que de iniciarse en el mismo se haga con una mayor madurez física y mental que ayude a afrontar los efectos nocivos inherentes a los tóxicos.

4.3.- Hacer prevención de drogas en los Centros Escolares no es, únicamente, dar información, aunque sea objetiva, sobre las características, efectos y usos de las distintas drogas, sino que se debe pretender desarrollar capacidades, actitudes, valores y conocimientos que sirvan para tomar decisiones responsables sobre su utilización.

4.4.- La educación sobre drogas, como parte del programa de Educación para la Salud, se integrará preferentemente en el conjunto de asignaturas y actividades regulares de la enseñanza secundaria obligatoria. De forma más concreta se recomienda que la prevención específica se centre en tabaco y alcohol en el primer ciclo de 12 a 14 años, dejando el programa de drogas ilegales para tratarlo en el 2º ciclo de 14 a 16 años y etapas posteriores.

No obstante, según el tipo de alumnado y el entorno social del centro, podrá trabajarse sobre aquellas drogas que sean conocidas por la mayoría del alumnado.

4.5.- La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar es responsabilidad de profesores y padres. Para los primeros, se establecen programas normalizados de perfeccionamiento a través de los CEP, y para los segundos a través de las APAS.

4.6.- En general, no es recomendable la intervención de personas ajenas al Centro en torno a la problemática de las drogas, salvo en casos muy especiales, en que podría organizarse alguna actividad con profesionales para otros temas (si ello es habitual en la dinámica de trabajo del Centro) y siempre que se haya trabajado el tema drogas previamente en el aula.

4.7.- El profesor y en especial el que mantenga con los alumnos una relación de confianza y cercanía o los tutores, son los más indicados para tratar el tema de drogas. Tendrán en cuenta contactar al mismo tiempo con las familias, para homogenizar criterios y evitar mensajes contradictorios.

En ningún caso debe permitirse la intervención con el alumnado, de Asociaciones de toxicómanos, familiares de afectados, Comunidades Terapéuticas, etc., ya que está comprobado que estas actividades son contrapreventivas.

4.8.- Hay que habilitar recursos didácticos de utilidad contrastada y a ser posible adaptados a los colectivos concretos a los que se trata de impartir la educación.

Sobre las drogas ilegales es conveniente utilizar materiales elaborados por los propios alumnos/as o por profesionales de la Prevención y aquellos otros que no siendo de información, les permita una tarea de reflexión y sistematización.

4.9.- Si se detectara algún caso de consumo de drogas en el Centro, debe recordarse que las medidas disciplinarias no son el mejor camino, ni para solucionar el problema de los afectados ni para desarrollar actitudes positivas de salud entre el resto de los compañeros. Debe actuarse con discreción, sin dramatizar y buscando, si es necesario, el apoyo de profesionales.

4.10.- Para transmitir información sobre los diversos aspectos de las drogas, se tendrá en cuenta que:

- a- La información debe ser apropiada al nivel de desarrollo de conocimientos y de experiencias del alumnado y facilitarse en función de las necesidades.

b- La información girará en torno a productos que conozcan la mayoría del alumnado, diferenciando siempre los tipos de drogas para evitar generalizaciones y confusiones.

c- La información será exacta y objetiva y la fuente de donde proceda deberá estar considerada como bien informada y digna de crédito para que resulte eficaz. Generalmente es contraproducente incluir detalles innecesarios sobre las drogas (sabor, usos, efectos, etc.) que ayudan a generar expectativas más que a facilitar una toma de postura racional.

4.11.- En la información a las familias se considera prioritario el fomento de actitudes de:

- Desarrollo de la autonomía y responsabilidad del joven.
- Comunicación familiar; facilitadora de la toma de decisiones y solución de problemas conjuntamente padres e hijos.

## 5.- Los centros laborales: estrategias preventivas

5.1.- El hecho de ofrecer a las empresas programas sobre drogodependencias diferentes de los generales, estriba sobre todo en que la empresa es un lugar privilegiado para la prevención, dado el reducido espacio en el que se concentra un elevado número de personas con una gran homogeneidad. El marco de relaciones humanas y de trabajo tienen una gran influencia en la conducta de las personas, pudiendo tener gran importancia a la hora de intentar evitar o modificar la conducta de consumo de drogas.

## 5.2.- Acciones generales:

- a) Deberán centrarse las acciones de modo especial en sustancias como el alcohol y el tabaco, por ser prioritarias en cuanto al consumo y morbilidad.
- b) Es recomendable que las empresas colaboren con la Comisión Laboral del Plan Nacional sobre Drogas, así como con la Organización Internacional del Trabajo, para planificar, elaborar y evaluar los programas relativos a las drogas; y que se impliquen en ellos tanto los estamentos patronales como los sindicales.
- c) Es asimismo deseable que las grandes empresas con servicios médicos propios, pongan en marcha sus propios planes sobre drogas, incluyendo la educación preventiva, los estudios epidemiológicos, la detección precoz para los problemas más extendidos de alcohol y tabaco y las medidas de ayuda a los toxicómanos detectados.
- d) Se recomienda que en los programas participen, con el apoyo de la Administración, sindicatos, organizaciones empresariales y diferentes servicios de la empresa; en especial el Servicio Médico. Este último puede encargarse también de la derivación de los toxicómanos detectados a los recursos existentes en la comunidad, estableciendo un fluido contacto terapéutico y los programas de consejo para la reducción del consumo en bebedores y fumadores excesivos.
- e) Las organizaciones patronales y sindicales deberán adoptar y aplicar las directrices que elabora la Organización Internacional del Trabajo en relación con las drogas, incluyendo la educación sobre las mismas y la formación y reciclaje de los profesionales de la empresa en esta materia en sus programas socioculturales.

## 5.3.- Acciones específicas.

La puesta en marcha de una actuación sobre las drogodependencias se basará en los siguientes objetivos estratégicos:

- a) Conocimiento de su real incidencia en el medio particular de actuación: consumo y niveles de consumo, frecuencia, tipo de sustancias, patologías, etc.
- b) Sensibilización selectiva y colectiva sobre las sustancias de mayor consumo dentro de la empresa y sus efectos individuales y laborales.
- c) Información selectiva sobre las sustancias de nuevo consumo social.
- d) Diagnóstico precoz de las patologías producidas por el consumo de drogas.
- e) Posibilitar e informar de las medidas rehabilitadoras que en cada caso individual sean necesarias para la recuperación de las secuelas producidas por las drogodependencias.
- f) Control y reducción del consumo realizado dentro de la empresa y eliminación en los casos en los que las especiales características (toxicidad o peligrosidad) del puesto de trabajo así lo aconsejen.

## 6.- Los medios de comunicación

1.- Su acción sobre la población se considera decisiva y por tanto los efectivos del Plan Autonómico sobre Drogas facilitarán su colaboración y el asesoramiento técnico a los profesionales de la información. Ello podrá concretarse a través de:

- a) Invitación de todos los medios de comunicación a participar en los esfuerzos colectivos para prevenir drogodependencias.
- b) Invitación periódica a la asistencia a cursos, sesiones informativas, encuentros, etc, sobre estos temas.
- c) Aporte de información periódica y documentación a los profesionales de la información.

2.- Las comunicaciones que se realicen a través de los diferentes medios - prensa, folletos informativos, videos, etc. - deberán ajustarse a una serie de criterios básicos:

- a) Los actores explícitos son los drogodependientes o aquellos con riesgo objetivo de serlo. Por tanto, el discurso hablará "de personas", más que de "droga" como hecho genérico.

- b) Ha de utilizarse una imagen de los drogadictos mas plural - como lo es la realidad- rompiendo así el carácter anti-social que normalmente tiende a atribuirsele; generando así reacciones sociales contrapreventivas.
- c) El objeto del mensaje serán las drogodependencias en toda su amplitud, evitando la disociación entre drogas duras y blandas; legales o ilegales.
- d) Se hace hincapié en la necesidad de desdramatizar todo lo relacionado con las drogodependencias, pues solo así podrá eliminarse la angustia social con que se encara hoy el tema y avanzar mas eficazmente a la búsqueda de soluciones.

#### CAPITULO IX.- REDUCCION DE OFERTA

##### 1.- Principios generales

Los programas integrales de Prevención deben de incluir como objetivo parcial o subprograma, coordinado con los anteriores un conjunto de medidas y actividades destinadas a reducir la oferta de las drogas o las incitaciones al consumo. En este sentido la Administración Regional establece las siguientes metas a alcanzar:

- 1.- Eliminación del medio de toda sustancia generadora de drogodependencias, que no cumpla ninguna función, por ejemplo: Heroína, cannabis, anfetaminas, etc.
- 2.- Control de toda sustancia que entrañando algún riesgo, cumpla alguna función:  
Sustancias utilizadas en farmacología, industria e investigación: Analgésicos, sedantes, cloroformo, benceno, tolueno, etc.
- 3.- Actuación sobre las sustancias generadoras de drogodependencias actualmente legalizadas, cuya única función está en base a sus características estimulantes o euforizantes, pero en todo caso, de acción tóxica: Alcohol, tabaco, café, etc.

Este programa se concreta del modo siguiente:

##### 2.- Medidas específicas

Aunque la represión del tráfico ilícito de drogas y el control de su fabricación, distribución y venta es fundamentalmente competencia de la Administración Central, la Administración Autónoma de Cantabria velará, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de la normativa vigente, e instará a las otras Administraciones a que así lo hagan.

A tal efecto, desarrollará acciones concretas en orden a:

- 1.- Hacer cumplir la normativa vigente en materia de venta de alcohol y tabaco a menores de 16 años y del acceso de estos a establecimientos públicos en los que se sirvan bebidas alcohólicas.
- 2.- Hacer cumplir la normativa vigente en materia de prescripción y venta de psicofarmacos incrementando las actividades de farmacovigilancia de su competencia.
- 3.- Controlar y regular por parte de los Ayuntamientos la venta y el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública, aumentando la eficacia inspectora y policial.
- 4.- Sancionar conforme a la ley y derecho a los responsables de establecimientos públicos en que se haga promoción, tráfico o facilite el consumo de drogas.
- 5.- Establecer medidas restrictivas en la instalación de locales destinados a la venta de bebidas alcohólicas con criterios de dispersión general y evitando proximidad a zonas escolares y centros sociales, instando a las administraciones locales.
- 6.- Controlar y regular por parte de los ayuntamientos la publicidad de alcohol y tabaco en vallas publicitarias.

##### 3.- Medidas ejemplarizantes

La Administración promoverá asimismo medidas tendentes a modificar la imagen social que se transmite diariamente. A tal efecto existen acciones de probada ejemplariedad y eficacia tales como:

- 1.- Instar a que las apariciones y comparecencias en público o en medios de comunicación de autoridades, altos cargos de las administraciones y representantes políticos sean evitando fumar y consumir bebidas alcohólicas.
- 2.- Instar la prohibición de fumar en locales públicos y en lugares oficiales, como el hemiciclo, las dependencias al público de la Asamblea Regional y los salones de plenos de los Ayuntamientos.
- 3.- Restringir voluntariamente la venta de colas y pegamentos tóxicos a menores, mediante información a minoristas.
- 4.- Informar y sensibilizar a la población en orden a evitar la simpatía o la comprensión con los traficantes en base a justificaciones de tipo económico-social.

##### 4.- Acciones a través del Plan Autonómico de Drogas

Las actuaciones expuestas podrán reforzarse con la colaboración de los efectivos del Plan Autonómico de Drogas, que a tal efecto, adoptan el compromiso de:

- 4.1.- Elaborar un Proyecto de Ley acerca de las medidas de control de la promoción, publicidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco en el marco de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- 4.2.- Promover que las administraciones locales establezcan medidas de control del consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas en la vía pública.

- 4.3.- Formar a la Policía Local a los efectos de capacitar para el trato con población de riesgo, población consumidora y velar el cumplimiento de normativa.
- 4.4.- Promover la figura del Policía de Barrio, instando a las autoridades locales su implantación y facilitando los medios para su formación específica.
- 4.5.- Denunciar ante las autoridades competentes las situaciones de irregularidades e incumplimientos de normativas.
- 4.6.- Facilitar asesoramiento técnico a las comisiones locales de seguridad.
- 4.7.- Promover ante el movimiento empresarial y sindical la adopción de medidas de reducción de oferta en los lugares de trabajo.
- 4.8.- Instar ante el movimiento empresarial y sindical el establecimiento legal de las medidas de reducción de oferta en el marco de los convenios colectivos.
- 4.9.- Fomentar la participación de las asociaciones de consumidores y usuarios en su tarea de defensa y protección de la salud y la seguridad de los ciudadanos, ante el riesgo que se deriva del consumo de drogas..

#### APARTADO C.-LA ASISTENCIA AL DROGODEPENDIENTE

#### CAPITULO X.- OBJETIVOS Y PRINCIPIOS GENERALES DE ACCION

##### 1.- Objetivo General

El Plan Autonómico de Drogas fija su objetivo general de asistencia, en potenciar la atención sanitaria y social que reciben los problemas derivados del consumo de drogas. Se llevará a cabo conforme a unos principios generales de equidad, eficacia, eficiencia y calidad; que se plasmarán en unos criterios prácticos de acción que desarrolla este Título Tercero.

##### 2.- El Derecho a la Salud y a la Asistencia Sanitaria

El Plan Autonómico de Drogas de Cantabria, establece los siguientes presupuestos de filosofía asistencial:

- 1.- Cualquier persona o grupo tienen derecho a gozar del nivel más elevado posible de salud.
- 2.- Se considera drogodependiente o toxicómano, aquella persona afectada por sustancias tóxicas, legalizadas o no, que han generado una dependencia a las mismas, generalmente con serias repercusiones para su situación familiar, socio-laboral y para su futuro. Tendrán la consideración de enfermos. En ocasiones su carácter será grave, peligrando incluso su vida.
- 3.- Es bien patente en el caso de la toxicomanía, que la salud consiste también en lograr un equilibrio bio-psicosocial. Por ello, el tratamiento asistencial promovido por la Administración considerará estos tres aspectos, recomendando se tiendan a evitar modelos terapéuticos de carácter parcial o aislado, como los medicalizados, dado su sesgo profesional excesivo.

Aunque por razones de claridad expositiva hagamos una segregación, el proceso preventivo-rehabilitador y de reinserción, ha de ser un todo continuo.

- 4.- La Administración Regional de Cantabria en su deber de proteger la salud de su Comunidad, facilitará en unos casos y coordinará en otros, una asistencia profesional competente a cualquier tipo de toxicómano que solicite atención. Está se desarrollará con plena independencia técnica y moral; con respeto a la dignidad humana y atendiendo a los principios de ética asistencial, ya sea médica, psicológica o social.

- 5.- De modo progresivo se adecuarán los medios humanos y materiales que se presentan en este Plan Autonómico, para que la asistencia al toxicómano deje de ser marginal dentro de la asistencia sanitaria.

Se tendrá, no obstante, en cuenta que la Salud Pública es también competencia de todos los estamentos sociales junto con la administración.

##### 3.- Ambito Asistencial

1.- Bajo el supuesto previo de la plena integración de las actuaciones asistenciales, estas se conformarán a los siguientes criterios:

- a) La asistencia sanitaria a los toxicómanos se realizará preferentemente en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales extrahospitalarios y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
- b) Si alguno de estos enfermos precisara hospitalización, ésta se realizará prioritariamente en las unidades correspondientes de los hospitales generales.
- c) La oferta terapéutica se apoyará en los recursos comunitarios y sociales existentes, coordinando su utilización con los Servicios Sanitarios de forma que aquella sea integral y completa. La distribución territorial de los Servicios será equitativa.

##### 4.- Programas Integrados

1.- El Plan Autonómico de Drogas desarrollará las acciones asistenciales precisas para la desintoxicación y deshabituación-rehabilitación de las personas con drogodependencia, conforme a los criterios terapéuticos expuestos en el presente Plan Autonómico y conforme al desajuste bio-psicosocial que ofrezca cada caso.

A tal efecto se establecerán programas integrados de tratamiento a desarrollar por equipos multiprofesionales, que actuarán encuadrados en una red asistencial

### 5.- Programas diversificados

Los programas terapéuticos deben diseñarse en función de las características de los sectores a los que van dirigidos, pudiendo en este sentido destacarse los programas de intervención laboral, los programas ocupacionales para jóvenes y marginados, los programas de tratamiento obligatorio para casos judiciales, los programas para la tercera edad, para reclusos, etc.

### 6.- Objetivos Terapéuticos

1.- Una aspiración sanitaria irrenunciable en la asistencia a cualquier tipo de toxicómano es, en términos generales, la abstinencia total y permanente. Se establecen pues, como prioritarios los programas "de liberación de la droga".

2.- No obstante, la experiencia acumulada y la inviabilidad, en algún caso, de la abstinencia a corto plazo, han condicionado la existencia de programas "de liberalización de daño" que refieren y orientan sus objetivos terapéuticos hacia:

- La mejora de la calidad de vida del adicto, en relación con sus complicaciones somáticas, problemas laborales, sociales, judiciales, etc.
- La disminución del consumo o sus consecuencias.
- La sustitución del consumo (como paso previo o definitivo).

### 7.- Derechos del enfermo

En la asistencia sanitaria al toxicómano se velará por el respeto a los siguientes derechos:

- 7.1.- A la información sobre los servicios a los que puede acceder y requisitos y exigencias que plantea su tratamiento.
- 7.2.- Al secreto confidencial.
- 7.3.- A la libre elección entre algunas opciones de tratamiento.
- 7.4.- A la negativa al tratamiento, excepto en los casos señalados en la legislación vigente.

### 8.- Prioridades

Anualmente se marcan unas prioridades, por parte de los órganos nacionales de coordinación interministerial e interautonómica dependientes del Plan Nacional Sobre Drogas.

No obstante, a nivel Regional se establecerán comisiones consultivas que junto al conocimiento de la situación en la Región orientarán también las líneas de acción y prioridad en los programas.

### 9.- Autorización y Registro de Centros

Los centros de acogida, asistencia sanitaria, diagnóstico, tratamiento de desintoxicación y deshabituación-rehabilitación, estarán sometidos a un régimen de autorización previa, conforme a la legislación vigente en nuestra Comunidad Autónoma y el desarrollo previsto de la Ley de Autorización de Centros.

Dichos Centros y aquellos centros privados cuyos convenios con la Administración Regional así lo recojan, se ajustarán a las medidas de inspección e información estadístico-sanitaria establecidos por el Plan Autonómico de Drogas y la Ley vigente.

## CAPITULO XI.-CRITERIOS DE ACTUACION

### 1.- Prioridades

En base a las necesidades de la Región evidenciadas por los datos epidemiológicos, adquieren en general un carácter preferente los problemas derivados del abuso del alcohol y la heroína. Con todo, no deberá olvidarse la transcendencia del abuso de psicofármacos y tabaco y de las consecuencias previsibles del consumo de cocaína.

### 2.- Programas varios

La asistencia tendrá que dar respuesta a un conjunto de problemas de salud y situaciones personales diferentes que plantean los drogodependientes. Abordarlas eficazmente exige utilizar los diversos programas de intervención terapéutica y varios modelos diferenciados.

Trataremos de justificar la utilización selectiva de las primeras y definir los segundos.

2.1.- La elección de técnicas y modalidades de tratamiento deberá realizarse por los equipos especializados, que personalizarán cada tratamiento, derivando a uno u otro programa, en función de las características de cada paciente y de los recursos terapéuticos existentes. Estos deberán ser diversos, de forma que puedan atenderse las diferentes necesidades planteadas por los toxicómanos.

### 3.- Estructuras intermedias como prioridad

Teniendo en cuenta la situación actual y las necesidades, así como las características de los toxicómanos, deberá considerarse prioritariamente la creación de estructuras intermedias de rehabilitación -Centros de Día-, integrados en la red de asistencia de drogas, que desarrollen programas específicos en coordinación con el resto de los recursos.

### 4.- Familiares

El proceso terapéutico debe contar con el compromiso activo del paciente y de su entorno inmediato; especialmente de su familia.

### 5.- Continuidad Asistencial

Se asegurará una línea de continuidad en las intervenciones terapéuticas, evitando en lo posible su carácter aislado y parcial (sin sucesión y permeabilidad en el proceso de deshabituación-rehabilitación), que suele favorecer la cronificación y el deambular del paciente de un servicio a otro. Para ello es útil la definición de programas específicos y modelos de atención.

### 6.- Criterios para la Desintoxicación

1.- Se dará preferencia a las modalidades de desintoxicación más cercanas al medio familiar y social de los pacientes.

2.- Se aconsejará la desintoxicación domiciliaria, en caso de que exista plena confianza en la responsabilidad del entorno familiar del paciente; y de que éste pueda transformarse en un elemento de control y apoyo al tratamiento. Este tipo de asistencia requiere la dedicación de suficiente personal y la responsabilización del paciente, su aceptación voluntaria y la responsabilidad en la familia.

3.- La desintoxicación ambulatoria se deberá condicionar a la existencia de garantías en el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas y de un adecuado apoyo familiar y psicoterapéutico.

4.- El régimen hospitalario de desintoxicación se indicará en el caso en que hayan fracasado tratamientos anteriores; en situaciones clínicas y toxicológicas graves y en aquellas circunstancias en las que no se pueda utilizar el entorno familiar y grupal como elemento de apoyo al tratamiento. Si bien este tipo de desintoxicación puede desarrollarse en cualquier hospital general, muchas veces será preciso utilizar unidades específicas de desintoxicación por derivación exclusivamente de los equipos especializados ya sean de los C.A.Ds. o de los de Salud Mental y limitándose a los estrictos períodos de desintoxicación.

5.- La vía de urgencia se excluye como criterio de acceso a la unidad de desintoxicación Hospitalaria. Y se excluyen también los ingresos con problemas orgánicos o psicopatológicos asociados, de carácter grave, susceptibles de ser tratados por los servicios especializados correspondientes.

### 7.- Control de Medicación

Será necesario asegurar un control terapéutico adecuado y un uso correcto de la farmacoterapia, considerando que existen fármacos para tratar el síndrome de abstinencia que pueden convertirse en sostén de drogodependientes si no se utilizan correctamente.

### 8.- Criterios sobre la rehabilitación

1.- Superada la fase de desintoxicación, es posible la continuación del proceso terapéutico mediante la participación en programas específicos de rehabilitación-reinserción (Centros de Día, Pisos de Reinserción, etc); y, en su caso, mediante el ingreso en Comunidad Terapéutica.

2.- La rehabilitación deberá realizarse de modo prioritario en el mismo medio en que se desenvuelve el sujeto; en el que tiene próximos sus recursos y participa de una vida social y familiar.

3.- Solamente en algunos casos graves de desestructuración personal y del entorno del sujeto o cuando éste no se pueda utilizar con fines terapéuticos y no sea posible el control adecuado sobre el consumo de tóxico, se recomendará el medio cerrado y aislado, para la rehabilitación.

4.- De una forma u otra se exigirá una intervención terapéutica diversificada: tratamiento médico-psiquiátrico, psicológico, educativo y de apoyo social; conforme a las necesidades que normalmente exige cada caso.

Para cada uno de ellos se deberán especificar los siguientes objetivos a alcanzar:

- Somáticos
- Sobre hábitos de consumo
- Sobre autonomía personal y recursos
- Sobre las relaciones familiares
- Adaptación socio-laboral

5.- Si bien el objetivo final de la rehabilitación es la integración plena en un entorno social libre de drogas y la abstinencia total de las mismas, no siempre hay recuperación sin recaída. Por tanto, éstas no deberán necesariamente considerarse como fracasos, sino como parte del proceso terapéutico.

### 9.- Rehabilitación en la Comunidad Terapéutica

Es necesario concebirla como un recurso más y no el exclusivo. El ingreso en la Comunidad Terapéutica de Pedrosa de la Diputación Regional, se hace a través de los C.A.Ds. y mediante informe de derivación estandarizado.

La comunicación con los equipos asistenciales que intervienen antes y después del ingreso en la Comunidad tiene que ser fluida y completa, puesto que el objetivo de este medio rehabilitador debe de estar claramente orientado desde las distintas fases a la reinserción social del drogodependiente.

La indicación de ingreso un centro de este tipo se hará cuando concurren algunas de estas circunstancias:

- Tener 18 años
- Haber cumplido un proceso de desintoxicación ya sea hospitalaria o ambulatoria.
- Repetida historia de fracasos ambulatorios. Hallarse en una fase avanzada de drogodependencia, ya sea por años de consumo o por fracasos anteriores acumulados.
- Existencia de una persona adicta en el núcleo familiar.
- Presentar una carencia de autocontrol, desestructuración personal o de aislamiento social.

Existe la posibilidad de conciertos con Comunidades Terapéuticas privadas para el envío de alguna persona que lo requiera y para la cual no exista plaza en la Comunidad Terapéutica de la Diputación Regional.

**10.- Rehabilitación en Centros de Día**

Constituye otro recurso destinado a la acogida de aquellos toxicómanos más desestructurados que, habiendo superado la fase de desintoxicación, continúan tratamiento ambulatorio y precisan un mayor tiempo en los centros de tratamiento. Se requiere para el ingreso en ellos, un probado interés en abandonar la droga y en la búsqueda de nuevos modos de vida.

**11.- Programas de Agonistas Opiáceos**

Recomendables en alguna ocasión en que no tiene sentido intentar una recuperación del toxicómano. Existen varios que por diversas razones, no se acercarán o no podrán acercarse a un programa libre de drogas. Este programa de agonistas opiáceos controla sanitariamente a esa población y se encamina a la estabilización del paciente. Entre sus ventajas y utilidad, citamos las siguientes:

- Su capacidad de acoger a un número determinado de pacientes que de otro modo nunca accederán a los Centros de terapia.
- Su elevada tasa de retención.
- Significa una disminución de las actividades anormales e incluso delictivas y de los indicadores sociales de consumo
- Cuenta con la aceptación de los pacientes.
- Se obtiene con ellos un objetivo de salud pública en cuanto a una disminución de complicaciones orgánicas asociadas y una disminución de la VIH.

Como criterios para estos tratamientos existe la normativa siguiente: Real Decreto 75/1990 de 19 de Enero (B.O.E. 23 enero), por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos.

Orden de 15 de mayo de 1990 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social por la que se regulan los tratamientos con opiáceos y se crea la Comisión de Acreditación y Control de esta modalidad terapéutica (B.O.C. 29 mayo).

B.O.C. 28 de junio, Corrección de errores a la Orden 15 de mayo 1990 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

**12.- Programas de alcoholismo**

1. Se propone como modelo aceptable de tratamiento el médico-psico-social, que a partir de un concepto antropológico y clínico del alcoholismo trata de ofrecer al paciente todos los recursos existentes integrados en un programa terapéutico concreto, con sus objetivos, sus métodos y sus mecanismos de evaluación.

2. Es siempre recomendable la pluralidad asistencial a partir de un equipo multidisciplinar y dentro de ella, la asistencia ambulatoria se considera el eje fundamental de la moderna organización asistencial del alcoholismo. La asistencia hospitalaria se reservará para las descompensaciones alcohólicas agudas y los fracasos alcohólicos reiterados.

**CAPITULO XII.-ESTRUCTURAS ASISTENCIALES Y SUS FUNCIONES**

Un problema tan complejo como la drogadicción requiere una respuesta diversificada según las características del individuo. Vamos a explicar los objetivos y funciones de esas Instituciones Públicas y Unidades implicadas en la lucha contra las drogas que a modo de posibilidades diversificadas representan recursos terapéuticos en los diferentes niveles de intervención.

El programa asistencial se establece en tres niveles:

**1.- Primer nivel de intervención**

Debe ser para el enfermo toxicómano, la entrada a la red pública de servicios sociales. En el se encuadran los servicios generales más próximos a los ciudadanos:

- Servicios Sociales Comunitarios
- Sanitarios Locales
- Centros de Salud: Equipos de Atención Primaria

**1.1.- Servicios Sociales Comunitarios**

La red de servicios sociales de base se encuentra desigualmente desarrollada en Cantabria. De su implantación real depende una correcta información y orientación comunitaria y el acceso directo a los recursos existentes; así como la potenciación de los nuevos recursos asociativos, culturales, de voluntariado social, etc., encaminados a cooperar en el tratamiento y a favorecer la integración social.

Se constituye así una estructura de anticipación a la problemática que se genere en torno a poblaciones y grupos de riesgo. Esta estructura conecta con otros recursos asistenciales; y, en general, lo que a nosotros respecta, coordina, estimula y canaliza la participación ciudadana a la solución del problema social que genera la drogodependencia.

A través de las Unidades Básicas de Acción Social -U.B.A.S.- y las Unidades Municipales de Información y Seguimiento de Toxicómanos -U.M.I.S.T.-, ambas presentes en varios Ayuntamientos, la Dirección Regional de Bienestar Social ofrece al ciudadano este servicio: programas de ayuda, orientación y reinserción social, incluidos los de drogas.

**1.2.- Centros de Salud**

El Centro de Salud es la estructura física y funcional para el desarrollo de la atención primaria, coordinada globalmente, integral y continuada, a cargo del equipo de profesionales del Centro. La Ley de Sanidad prevee la atención en estos servicios de la mayor parte de los problemas de salud de la Comunidad. Constituyen pues, la puerta de entrada al sistema sanitario.

La magnitud del problema de las drogodependencias y el hecho de que su atención -sobre todo del alcoholismo- sea tardía y en consecuencia con problemas clínicos, hospitalaria y cualificada, convierte en urgente la necesidad de capacitar a los equipos de atención primaria para la detección, prevención, asistencia, y seguimiento de los problemas de drogodependencias. También deberán asesorar

sobre los demás recursos y aplicar programas de rehabilitación en algunos casos, sobre todo de alcoholismo. Respecto a las drogas ilegales deberán colaborar progresivamente en determinados programas asistenciales, como el de desintoxicación ambulatoria, y el mantenimiento con antagonistas. Derivarán los casos que corresponda a los dispositivos especializados.

**2.- La Atención en el segundo nivel**

Es propia de centros y servicios de tratamiento especializado. Transitoriamente asumen las funciones que corresponden a centros de primer nivel, por estar éstos aún en fase de implantación e inadecuadamente desarrollados.

**2.1.- Centros Asistenciales de Drogodependencias C.A.Ds. (para drogas ilegales)**

Desde el punto de vista asistencial el C.A.D. es el eje del proceso terapéutico en su ámbito territorial, actuando como centro especializado de referencia para una vez resuelta la operatividad en drogodependencias de los servicios del primer nivel, atender a los pacientes por derivación de éstos, continuando así el tratamiento iniciado. Abordan todo tipo de toxicomanías, con mínima incidencia en el campo del alcoholismo, dada la existencia de unidades específicas para ello.

Existirá al menos 1 CAD en los lugares en que hoy funcionan: Santander, Torrelavega y Laredo.

Los centros asistenciales garantizarán la continuidad de la cadena terapéutica, mediante la coordinación de los recursos existentes en su ámbito territorial y la derivación a los mismos o a otros servicios con programas especializados, de los pacientes que consideren idóneos. Constituyen hoy el canal de acceso a cualquier otro servicio, centro o programa de segundo y tercer nivel. Ofrecen una atención personalizada, amplia y multidisciplinar que incluye psicoterapia del grupo familiar y psicoterapias de apoyo individual.

**2.2.- Centros y Equipos de Salud Mental**

Además de desarrollar el cometido que les es propio, atenderán por derivación desde los centros asistenciales de drogodependencias a los pacientes con problemas psicopatológicos asociados a la toxicomanía.

Prestarán apoyo y asesoramiento a los equipos del primer nivel.

**2.3.- Unidades Dispensariales de Alcoholismo. (No Hospitalarias)**

Tendrán como función el enfoque diagnóstico y valoración de los casos remitidos, así como la desintoxicación ambulatoria con asistencia domiciliaria. Organizarán, asimismo, terapias de grupo y contactarán con asociaciones de ex-alcohólicos.

Existirán al menos tres unidades en: Santander, Torrelavega y Laredo, con un equipo disciplinar compuesto al menos por: 1 Psiquiatra, 1 Psicólogo, 1 Asistente Social y 2 ATS.

**2.4.- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria**

Existirán unidades diferenciadas según los tipos de toxicomanía sean por drogas no institucionalizadas o por alcoholismo. Serán hospitalarias. La primera de ellas, se ubica por el momento en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Cruz de Liencres. Realiza tratamientos de desintoxicación. Se encarga de los pacientes derivados desde los Centros Asistenciales de Drogas y Centros de Salud Mental que por sus características sociales, personales y familiares no pueden ser tratados ambulatoriamente o domiciliariamente.

Para el alcoholismo la unidad está ubicada en el Hospital Valdecilla (INSALUD) y cuenta con 10 camas.

**3.- La Atención en el Tercer Nivel****3.1.- Ambito**

Se consideran incluidos en él los Centros y Programas destinados a la rehabilitación y reinserción social de drogodependientes. En esta fase juega un papel importante los Servicios Sociales Comunitarios. Fijan sus objetivos en el aprovechamiento de los recursos existentes en la comunidad, tales como la formación profesional, los promovidos por el INEM (Escuelas Taller, Centros Ocupacionales, Ayuntamientos, Programas de Empleo, etc).

**3.2.- Comunidades Terapéuticas**

Constituyen una de las alternativas al tratamiento ambulatorio para las toxicomanías no institucionalizadas. Su régimen inicial de internamiento cerrado, aleja al paciente de su entorno socio-familiar. No obstante, la terapia procurará un regreso paulatino del toxicómano, a una vida y entorno normalizado; puesto que orienta sus objetivos hacia la reinserción socio-laboral plena, a través de la adquisición de hábitos, conocimientos, aptitudes y habilidades de trabajo productivo.

El equipo terapéutico será multidisciplinar, constituido por profesionales acreditados en titulación y experiencia, y con clara delimitación de responsabilidades y funciones.

Cada nuevo equipo terapéutico, tendrá un programa de formación y supervisión de sus terapias, a cargo de personal suficientemente capacitado para tal fin, en régimen de colaboración o asistencia técnica con el Servicio de Toxicomanías.

Existirá una Comunidad Terapéutica enclavada en Pedrosa, que se establece como centro de referencia para toda la red.

Este recurso se constituye dentro y en conexión con un programa más amplio de inserción sociolaboral a desarrollar en el complejo terapéutico de Pedrosa y el resto de la red asistencial.

Su base será de carácter científico y en su funcionamiento se garantizarán unas condiciones higiénico-sanitarias tanto asistenciales, de instalaciones y servicios, como de trabajo. Las relaciones se ajustarán a un contrato terapéutico previo al

ingreso, con obligaciones por ambas partes. Por parte del usuario y su familia, de asumir la normativa respecto al exterior, y reglamento de orden interno, así como la colaboración familiar en los programas de terapia; por parte del Centro, la garantía de que las actividades ocupacionales respondan a una ética sanitaria sin contravenir la legislación laboral y de ofrecer un sistema de expresión de reclamaciones y denuncias.

### 3.3.- Centros de Día (para toxicómanos no alcohólicos)

Tendrán como objetivo facilitar al toxicómano un modo de vida al margen de las drogas.

El Centro de día, desarrollará programas ocupacionales y de formación orientados a crear pautas de conducta que faciliten la integración social. Aportará, además, un sostenimiento terapéutico intensivo, que permite al paciente abordar las razones conscientes e inconscientes de la propia toxicomanía.

Se procurará hacer posible el pasar toda la jornada en régimen de media pensión y realizar diversidad de actividades terapéuticas. Entre ellas cobran interés prioritario los talleres polivalentes, para actividades ocupacionales, culturales, deportivas, etc. Las de carácter ocupacional irán orientadas a la reinserción. Se prevé por tanto su integración en la red de centros colaboradores del INEM y desarrollarán actividades industriales o agropecuarias.

Los talleres contarán con monitores-educadores especializados, admitiendo la colaboración de voluntariado y determinados monitores para actividades concretas.

En el Complejo Terapéutico de Pedrosa se ubicará un Centro de día con carácter Regional de referencia.

## APARTADO D.- PROMOCION SOCIAL Y REINSECCION

### CAPITULO XIII. - INTRODUCCION

#### 1.-Objetivo General

Así como la rehabilitación tiene unas funciones fundamentalmente terapéuticas, la reinserción, se entiende como recuperación social y profesional del toxicómano.

#### 2.- Justificación y Desarrollo

La decisión que toma un toxicómano de desengancharse de su toxicomanía, no suele adoptarse más que cuando no es posible considerar otra alternativa.

El acceso a una ocupación profesional es, por regla general, un factor de estabilización de la abstinencia y el camino más viable a la recuperación social.

No es fácil la reincorporación a la normalidad de alguien que ha perdido "algún tren" de la vida. En parte, porque se ha de recuperar un camino y también porque no es en modo alguno aconsejable la vuelta al mismo medio y circunstancias anteriores de consumo de drogas, en ocasiones dentro de círculos asociales o de marginación. El Plan Regional procurará instrumentar, no ya después de la terapia, sino desde los primeros contactos para la deshabitación o el tratamiento, la oferta y diseño de un proyecto de vida no conflictivo ni autodestructivo. Deberían colaborar en ello los Servicios Sociales y los Servicios de Salud coordinándose en la elaboración de programas socioterapéuticos. Es decir: que faciliten a los ex-drogadictos, por lo menos, los medios adecuados para situarlos al mismo nivel de oportunidades que el resto de los ciudadanos.

En este sentido, los Servicios Sociales, - correctamente coordinados con el Plan Regional de Drogas - pueden ser el eje central de esa acción socializadora según Ley de Servicios Sociales. Y los Servicios Sociales Comunitarios, los instrumentos básicos con que contar para mejorar el nivel de oportunidades, al menos de este sector de población - quizás el más afectado por las drogas no institucionalizadas - de jóvenes entre los 18 y 30 años. Servicios que movilicen recursos inespecíficos de tipo ocupacional, de formación profesional, de cooperativismo y de fomento al empleo en general como los promovidos por el INEM, los Ayuntamientos o la propia Administración Autónoma.

Como criterio general, se procurará que la Reinserción, al igual que la Prevención, no sea segregante, y se haga a través de redes inespecíficas.

Utilizará los recursos comunitarios-laborales, sociales, culturales, de ocio y tiempo libre, etc. El empleo adquiere una significación destacada en la vía hacia la normalización de ex-drogodependiente en fase de Reinserción.

En la política de Reinserción, el Municipio es el nivel de la Administración más próximo al ciudadano. Por tanto, ha de representar un papel de particular importancia en el conjunto de la intervención pública.

### CAPITULO XIV.- ACTIVIDAD PROFESIONAL Y PRONOSTICO DE REINSECCION

#### 1.- Pronóstico de Reinserción

Los pronósticos favorables o desfavorables a la reinserción del ex-drogadicto tienen que ver con su nivel de estudios y su propio origen social; ambos condicionan el futuro, pues hacen variar las oportunidades de encontrar un empleo interesante.

#### 2.- Profesiones Indicadas

Para los ex-toxicómanos sin oficio, suelen tener favorable aceptación profesiones que, aunque carezcan de brillo social, poseen cierta autonomía. Un ejemplo lo constituyen actividades en relación con la naturaleza como la crianza de animales y las artesanales o algunos oficios. En definitiva, ocupaciones que o bien ofrezcan un nuevo marco de vida lejos de la ciudad y la droga o bien una mayor independencia y personalización en la ejecución del trabajo sin la organización jerárquizada de las grandes fábricas y oficinas.

### 3.- Papel de las Empresas y sus Servicios de Salud

Existe otro gran grupo de afectados del mundo del trabajo por el alcoholismo y otras toxicomanías, cuyo perfil tipo se eleva en edad (entre 30 y 50 años, para el alcoholismo). En estos casos, las empresas con Servicios médicos propios, juegan un importante papel en el tratamiento integral y conservación del puesto de trabajo. Sobre todo para los toxicómanos que deseen someterse a un programa terapéutico. A tal efecto desde el Plan Autonómico de Drogas, se procurará asesoramiento y apoyo colaborador a cualquiera de las líneas de tratamiento iniciadas por la empresa.

Nunca se insistirá demasiado en la importancia de estos Servicios médicos de empresa, de cara a la adaptación del antiguo toxicómano a su antiguo empleo o a la iniciación de una nueva actividad. Acoger a estas personas implica una competencia especial y la necesidad de una estrecha colaboración entre el médico de empresa y el profesional que se ocupó de la terapia.

La situación exige una garantía absoluta de secreto profesional frente a la Dirección y frente al Comité de Empresa, por parte de los Servicios de Salud de la Empresa.

### CAPITULO XV.- RECURSOS ESPECIFICOS

Dadas las dificultades que conlleva este proceso de reinserción se estima conveniente favorecerlo mediante la realización de programas específicos:

#### 1.- Red de Talleres y Autónomos

El programa consiste en la capacitación profesional del drogodependiente en el desempeño de un oficio con la colaboración de trabajadores autónomos o pequeños talleres. Se procurarán los medios para una beca salario al joven seleccionado y una subvención al taller o al trabajador autónomo por su colaboración.

#### 2.- Centros de Día

Representan una de las opciones institucionales, ofrecidas desde la administración, para simultanear terapia con programas ocupacionales y de formación, destinados a crear pautas de conducta progresivamente adaptadas que faciliten la posterior integración.

Constituyen pues, programas "nodriza" como etapa intermedia para la incorporación sociolaboral de los colectivos marginados en otros programas de la red general.

#### 3.- Centros Ocupacionales y Escuelas Taller

Pueden estar vinculadas o no al centro de día. Constituyen un paso más hacia un sistema de formación profesional estructurada; con financiación compartida por las diferentes administraciones promotoras (Ayuntamientos, INEM, Diputación, etc.). En principio están pensadas para una población cuyos estudios generalmente se han interrumpido sobre la marcha.

Los talleres Ocupacionales constituirán programas formativos de 1 año para oficios de escasa complejidad; mientras que la Escuela Taller se prevee para el desarrollo de módulos ocupacionales de 2 a 3 años.

Sin perder de vista la necesidad de canalizar ofertas de reinserción conforme a las profesiones expuestas, existen otros criterios para la planificación de los diferentes módulos de la Escuela Taller prevista, que será la demanda social; las posibilidades de empleo y su relación con la mejora y conservación del medio ambiente ( viveros de árboles, repoblación forestal, mantenimiento de espacios naturales o deteriorados, rehabilitación del Patrimonio Histórico y del entorno, etc.) y el reciclaje de productos, (industriales, tratamiento y aprovechamiento selectivo de desechos, basuras, etc) entre otros posibles.

#### 4.- Planificación de los Talleres

Antes de la puesta en marcha de los módulos ocupacionales y sus correspondientes cursos, deberán realizarse, las operaciones siguientes:

- 1.- Ajuste como criterio general a la normativa que imponga el INEM, el Fondo Social Europeo o cualesquiera Entidad(es) promotora(s)-financiera(s).
- 2.- Estudio de mercado que clarifique qué oficios o profesiones pueden ser absorbidos por la industria y tienen una demanda social.
- 3.- Toma de contacto y concierto posterior con empresas que puedan dar cobertura, prestar infraestructura y asegurar una red comercial a las iniciativas empresariales que puedan surgir al finalizar el curso.
- 4.- Búsqueda de profesionales que ejerzan la función de monitores de los talleres.
- 5.- Proceso de selección de los beneficiarios de los cursos.

#### 5.- Promoción de la integración laboral

Este programa se condiciona al desarrollo del anterior; constituyendo una de las posibles salidas, a los alumnos-trabajadores. El Plan Autonómico de Drogas promoverá la búsqueda de financiación a través de los cauces que las Administraciones ofrezcan para el desarrollo de alternativas empresariales mixtas que no tengan, por tanto, un carácter marginador.

#### 6.- Viviendas de Reinserción

Se trata, asimismo, de un programa de posible implantación. Facilitaría adaptación del toxicómano al medio mediante la residencia temporal en una vivienda a cargo del personal técnico cualificado, dependiente o concertado con el Servicio de Toxicomanías.

### CAPITULO XVI.- DE LA PARTICIPACION SOCIAL

#### 1.- Iniciativas Privadas, en general

1.1.- Ante la penuria tradicional de los medios públicos para la atención de alcohólicos y otro género de toxicómanos, han existido asociaciones privadas y de servicios tales como: Alcohólicos Anónimos y Alcohólicos Rehabilitados o servicios de atención al Toxicómano, - generalmente alcohólico- como los de la Cruz Roja Española y algunos

otros. Eran los pocos lugares donde se les ofrecía acogida. Representan un esfuerzo ejemplar por parte de un voluntariado digno de la más alta consideración y elogio.

1.2. Más recientemente y con el auge de la droga ilegal, proliferan afortunadamente las asociaciones no gubernamentales: Asociaciones de familiares de toxicómanos, Casas de Acogida, Consejo de la Juventud, etc., respondiendo a una necesidad real, pues aunque los Planes de Drogas - como el de Cantabria - empiezan generalmente a funcionar en la década de los 80 nunca llegan a instrumentar suficientes recursos, siguiendo la tradición universal de que ni siquiera las Administraciones Públicas de los países más desarrollados, se bastan por sí solas para atender toda la demanda y solucionar los problemas de las drogas.

### 2.- Movimiento Asociativo

2.1.- El apoyo al pujante movimiento asociativo de familiares afectados, ex-adictos, etc., es uno de los objetivos prioritarios del Plan Autonómico de Drogas. Este, puede y desea colaborar con las asociaciones en las diferentes partes del proceso terapéutico pues desarrollan una labor difícilmente sustituible y de gran interés social, sobre todo si se proyectan hacia acciones de prevención y reinserción y buscan la colaboración terapéutica con los equipos multiprofesionales acreditados y de la red asistencial de la Administración.

2.2.- Política de subvenciones y conciertos: Anualmente la Dirección Regional de Bienestar Social destina un capítulo presupuestario para colaborar en el mantenimiento de las asociaciones y entidades sin ánimo de lucro, dado el servicio público que prestan.

La subvención se canaliza a través de conciertos que se establecen y apoyan económicamente en tanto actúen coordinadamente con la red de Servicios Sociales y el Plan Autonómico, ajustándose a sus requisitos de solicitud, tales como:

- Que la asociación esté legalmente constituida y autorizada.
- Que represente adecuadamente un proyecto explicativo conforme a las pautas exigidas por la Diputación Regional.
- Que acepte y colabore con los sistemas de seguimiento, inspección y control estadístico, que el Plan Regional sobre Drogas tiene establecido.

### 3.- El Voluntariado Social

1.- Se fomentará asimismo la implicación de un voluntariado social o participación activa surgida de la propia comunidad, para la prestación de servicios de prevención, seguimiento y reinserción, que son más adecuados a realizar por la propia comunidad en colaboración con los Servicios Sociales.

2.- Las actividades de voluntariado no podrán ser retribuidas económicamente, constituyendo esta gratuidad y la entidad misma de su función, un valor de la más positiva y beneficiosa impregnación ética del tejido social.

## APARTADO E.- EVALUACION Y FORMACION

### 1.- Evaluación

#### 1.a.- Significado:

Con carácter prioritario se estima necesario disponer de indicadores válidos y continuamente actualizados que permitan conocer los problemas derivados del consumo de drogas.

Cualquier programa de evaluación ha de tener una estrecha colaboración con la unidad regional de documentación y estudios. Por otra parte se concibe como soporte y apoyo fundamental para la planificación y la gestión.

#### 1.b.- Actividades y funciones:

Dadas las necesidades planteadas en nuestra Comunidad Autónoma y la obligada contribución al sistema de información y seguimiento del Plan Nacional Sobre Drogas, es necesario un sistema de recogida de información capaz de las siguientes funciones:

- a.- Medir e informar conforme a los indicadores establecidos de eficiencia de las diversas medidas y programas sobre drogas.
- b.- Conocer las características sociales y sanitarias de los drogodependientes que acuden a tratamiento y sus necesidades asistenciales. A este respecto se llevará el Sistema de Información y Registro Sobre Drogodependencias de la Comunidad Autónoma, (S.I.R.D.C.A.N.), como sistema de notificación que permite realizar un registro acumulativo y la vigilancia epidemiológica del abuso de drogas en Cantabria.

La primera parte de este programa recogerá los datos provenientes del Servicio de Toxicomanías, con datos de consumo de cualquier tipo de droga de cada paciente que inicie tratamiento, así como de otros datos socio-demográficos y clínicos. Incluye también, los datos del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (S.E.I.T.), como una de las conexiones con el Plan Nacional Sobre Drogas.

Recogerá de igual modo los datos precisos para un sistema estandarizado de notificación mensual de la evolución de cada paciente, así como de la actividad asistencial de los Centros de Tratamiento.

El Sistema garantiza la confidencialidad mediante un registro codificado de los individuos en el que no figuran nombres ni apellidos y es únicamente accesible al personal técnico del Servicio

Este Sistema, permitirá conocer la evolución y tendencias del problema de la drogadicción en Cantabria e importantes datos acerca de su magnitud. Ello, a través de una serie de indicadores, imprescindibles para la planificación, la gestión y la investigación epidemiológica.

### 2.- Formación

Dada la importancia que requiere esta actividad, tratada a lo largo de los capítulos anteriores, se establece con carácter prioritario la elaboración de un programa de formación en base a un estudio de necesidades, que contemple las vertientes siguientes:

- a.- Formación Interna: a de ser continuada, curricular y dirigirse al personal que actualmente trabaja en los programas de drogas.

Dada su extrema importancia, tiene un tratamiento particular en el apartado de gestión de personal.

- b.- De sensibilización: dirigida a la comunidad; familias, asociaciones, medio escolar, empresas, a través de medios de comunicación, etc.

- c.- Intermedia: dirigida a responsables con competencia en la prevención de drogodependencias, como: profesores, mediadores juveniles, profesionales sanitarios y de acción social, sindicalistas, periodistas, policía, etc.

- d.- De expertos:

d.1.- Profesionales: De Atención Primaria; otros profesionales de la salud, como los relacionados con la atención a toxicómanos, médicos de empresa, personal de servicios socio-sanitarios de Ayuntamientos, etc.

d.2.- Universitaria: Colaboración con Facultades de Medicina, Pedagogía, UNED, Derecho, Graduado Social, etc.

d.3.- Especialistas: Master en drogodependencias.

- e.- Actividades científicas y de actualización: Jornadas, mesas, etc.

## APARTADO F.- ORGANIZACION Y ESTRUCTURA

La organización y estructura para los programas citados y el funcionamiento de los recursos se articulará en base a una coordinación entre las distintas Administraciones implicadas.

A tal efecto, se establecen, diferentes estructuras, bien de Coordinación, Asistenciales o de Gestión.

## CAPITULO XVII.- ESTRUCTURAS DE COORDINACION

### 1.- La Comisión Regional de Drogodependencias

Se establece como Órgano Supremo de Coordinación y decisión de la política regional en materia de drogas, con competencia ejecutiva al máximo nivel. En consecuencia, presidirá esta Comisión el Presidente de la Comunidad Autónoma.

#### 1.1. Estructura

Dada la necesidad de establecer una cooperación entre las diferentes Administraciones Públicas, formarán parte de esta Comisión:

- El Presidente del Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- El Consejero de Sanidad Consumo y Bienestar Social. El Consejero de Presidencia.
- El Consejero de Cultura y Educación.
- 2 Representantes de las Corps. Locales con rango mínimo de Tte. Alcalde y poder de decisión. El Delegado del Gobierno.
- El Delegado Territorial de INSALUD.
- El Director Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia.
- El Presidente del Tribunal Superior de Justicia. El Director Provincial de Trabajo.
- El Comisionado Regional para Drogas, que actuará como Secretario.

#### 1.2.- Funciones

Serán funciones de la Comisión:

- La aprobación de la Gestión y Memoria anual del Plan Autonómico de Drogas.
- Las modificaciones oportunas a través de los recursos legales, acerca de las medidas de prevención, asistenciales y de reinserción social en este campo.
- La aprobación y el apoyo a los programas sectoriales que configuran el Plan Autonómico y que se lleven a cabo por los distintos órganos de las Administraciones Públicas.
- La aprobación de los programas de actuación que se llevan a efecto con subvenciones públicas, por parte de instituciones privadas que trabajen en la Comunidad Autónoma en el ámbito de las Drogodependencias.

La Comisión Regional de Drogodependencias podrá establecer, si lo juzga necesario, subcomisiones para estudio de temas específicos, pudiendo designar para formar parte de las mismas a personas con acreditada trayectoria personal o profesional en el campo de las drogodependencias.

### 2.- El Comisionado Regional para Drogas

Como responsable de la ejecución de los distintos planes y acciones sectoriales se crea el Comisionado Regional que será nombrado por el Consejo de Gobierno a propuesta del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, debiendo recaer el nombramiento en persona que ostente la debida cualificación técnica en cualquiera de las disciplinas científicas relacionadas con las drogodependencias. Estará adscrito orgánicamente a la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con categoría de Director Regional.

Para la realización de sus funciones y en la medida de sus disponibilidades presupuestarias, la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, asignará al Comisionado personal técnico y administrativo suficiente.

### 2.1.- Funciones

Serán funciones del Comisionado Regional para las Drogas las siguientes:

- a.- La Coordinación del Plan Autonómico Sobre Drogas y la puesta en práctica de los acuerdos o propuestas cuya ejecución o gestión se le encomiende a instancia de la Comisión Regional de Drogodependencias o del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- b.- La preparación de los estudios precisos, para promover propuestas de modificación al Plan Autonómico de Drogas.
- c.- La elaboración y seguimiento del Plan General anual de actuación en drogodependencias y confección de una memoria anual de actividades.
- d.- El asesoramiento técnico a la Comisión Regional de Drogas y la elaboración de informes técnicos sobre propuestas de actuación a petición de dicha Comisión.
- e.- El desarrollo de estudios incluidos en el programa anual de actividades.
- f.- La coordinación técnica de actividades y programas desarrollados por las distintas instituciones públicas implicadas.
- g.- La creación de un Centro de Datos unificados sobre drogas para Cantabria y de Documentación.

### 3.- La Comisión Técnica de Drogodependencias

#### 3.1.- Estructura

Como órgano de apoyo técnico y de asesoramiento a la Comisión Regional de drogodependencias y al Comisionado Regional, se constituye una Comisión Técnica presidida por el Comisionado, e integrada por representantes técnicos y especialistas de instituciones implicadas en la solución al problema de las drogodependencias. Entre ellos, figurarán:

El Jefe del Servicio de Toxicomanías de la Dirección Regional de Bienestar Social, Jefe de Servicio de Salud Mental de la Dirección Regional de Sanidad y Jefe de Servicio de Psiquiatría y Dispensarios de Alcoholismo del INSALUD.

Un Técnico especialista por cada una de las Consejerías, Ministerios y Corporaciones Locales que integran la Comisión Regional de Drogodependencias.

La Comisión Técnica, a propuesta de su Presidente, el Comisionado Regional, decidirá la composición del resto del Comité Técnico, que será susceptible de renovación y ampliación conforme lo demande la evolución de la materia objeto de esta disposición.

#### 3.2.- Funciones

Serán funciones de esta Comisión Técnica las siguientes:

- a.- El estudio en el ámbito de la Comunidad Autónoma del consumo de Drogas y su incidencia social y sanitaria.
- b.- El estudio de los recursos y medios con que cuenta la Comunidad Autónoma, tanto dependientes de las Administraciones Públicas como de Instituciones Privadas.
- c.- La definición y distribución realista de responsabilidades y funciones entre las distintas Instituciones Públicas y Organizaciones Sociales implicadas en la lucha contra las drogas.
- d.- El seguimiento de Plan Autonómico sobre Drogas en conexión con el Plan Nacional, evaluando periódicamente sus programas.

#### 4.- La Comisión Interinstitucional de drogodependencias para Cantabria

Tiene como misión el integrar a todas las Administraciones Públicas implicadas y a todos los agentes sociales que puedan dar una respuesta al problema de las toxicomanías, procurando la coordinación de esfuerzos y recursos y la adaptación a la realidad provincial del Plan Autonómico Sobre Drogas.

Se constituye así, como Comisión de amplia participación en la que se integren los poderes públicos y la sociedad de forma que ésta esté informada periódicamente, transmita propuestas y ejerza un control de calidad del Plan Autonómico.

#### 4.1.- Estructura

Dicha Comisión es abierta y se integra en principio por dos representantes de cada una de estas instituciones:

Consejo de Gobierno, Asamblea Regional, Delegación de Gobierno, Asociaciones de Afectados, Asociaciones de Padres, Asociaciones de Consumidores, Iglesia, INSALUD, Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Medios de Comunicación Social.

Un representante por cada una de las Organizaciones no gubernamentales, no incluidas en el apartado anterior tales como Cruz Roja, Caritas, Consejo de la Juventud, cada uno de los Sindicatos mayoritarios, Asociación de Empresarios, cada uno de los siguientes Colegios Profesionales: Médicos,

Farmacéuticos, Psicólogos, A.T.S.-D.U.E., Asistentes-Trabajadores Sociales. Y también otras O.N.G. que soliciten su inclusión.

Asimismo, figurarán en la Comisión un representante de cada uno de los Ministerios, del INEM, del Instituto Social de la Marina, de cada Ayuntamiento de más de 20.000 habitantes, de la Dirección Regional de Bienestar Social, de la Dirección Regional de Sanidad, y tres representantes de los Ayuntamientos menores de 20.000 habitantes.

Presidirá la Comisión el Presidente de la Comunidad Autónoma y asistirá como secretario el Comisionado Regional de Drogas.

### 4.2.- Funciones

Serán competencias de esta Comisión:

- Valorar el problema del consumo de drogas en Cantabria y su incidencia social.
- Estudiar los recursos y medios de la comunidad y conocer los proyectos y acciones que se llevan a cabo en la región, por parte del Plan Autonómico sobre Drogas.
- Proponer a la Comunidad Autónoma de Cantabria, en conexión con el Plan Nacional de Drogas, objetivos y prioridades en este campo, así como medidas preventivas, asistenciales, rehabilitadoras y de reinserción social.
- Controlar el seguimiento de las acciones llevadas a cabo en esta materia, en el ámbito de la Comunidad Autónoma.
- Establecer medidas de coordinación entre las acciones llevadas a cabo por diferentes instituciones públicas y privadas.

Esta Comisión tendrá facultad de crear diferentes subcomisiones y comités de trabajo.

#### 5.- Propuesta a la Asamblea Regional de una Comisión Parlamentaria de Seguimiento del Plan Autonómico

La intención formulada por el anterior enunciado, tiene por objeto la intercomunicación entre los elementos técnicos y gestores del Plan Regional de Drogodependencias y los parlamentarios, a través de la comparecencia e informes que les fuese reclamados a dichos técnicos.

## CAPITULO XVIII.- ESTRUCTURAS OPERATIVAS

### 1.- Servicio de Toxicomanías de la Diputación Regional de Cantabria

#### 1.1.- Constitución del Servicio

Dadas las necesidades y carencias expresadas, este estudio técnico previo establece la necesidad prioritaria de que el Consejo de Gobierno a propuesta del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social cree el Servicio de Toxicomanías de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en virtud de la necesidad urgente de atribuir carácter legal a la estructura operativa del Plan Autonómico de Drogas, que de hecho viene funcionando desde el año 1.985; y asimismo al amparo de lo establecido en el Decreto 2/89 del 31 de Enero sobre elaboración de estructuras, relaciones de puestos de trabajo y retribuciones. De esta forma, la estructura y reueros actuales del Plan Regional de Drogas enunciados en el Capítulo IV.2 de este estudio formarán el grueso del Servicio de Toxicomanías.

#### 1.2.- Relación de Dependencia

El Servicio dependerá administrativamente de la Dirección Regional de Bienestar Social en cuya estructura orgánica se integra.

Dependerá funcionalmente del Comisionado Regional para Drogas, como transmisor de las directrices de la Comisión Regional de Drogodependencias.

A tal efecto existirá una estrecha relación de colaboración gestora, así como de utilización de medios y recursos entre el Comisionado Regional y la Dirección Regional de Bienestar Social.

### 2.- Otras Estructuras del Plan Autonómico de Drogas

Las diferentes Administraciones, Instituciones Públicas y Organizaciones Sociales implicadas en el problema de las drogas asumirán las responsabilidades que les competen y funciones que vayan definiéndose cada vez más por las estructuras de coordinación competentes en orden a su progresiva eficacia derivada de unas respuestas cada vez más globales y planificadas, superando las acciones espontáneas y aisladas.

Hacemos especial referencia a la importancia que adquiere la amplia implicación social e institucional en las labores preventivas y de reinserción social. Precisadas ya en este texto las labores que en este sentido pueden hacerse desde estructuras tales como la de enseñanza y las empresas, destacamos el importante papel que han de jugar las Corporaciones Locales, en el cumplimiento de sus obligaciones al respecto y que vienen reguladas por la Ley de Bases del Régimen Local y de la normativa que en general se refiere al apoyo y complementariedad en los programas de acción social y sanidad.

## CAPITULO XIX.- ORGANIZACION DEL SISTEMA ASISTENCIAL

Desde la perspectiva de la Ley General de Sanidad, ha de establecerse un sistema sanitario que abarque desde la Prevención a la Rehabilitación del toxicómano, tanto clínica como social. Este esquema ha de enmarcarse dentro de una red sanitaria general comarcalizada. Esta, en su pretensión de acercar y mejorar los servicios sanitarios a los ciudadanos, precisa de unos costosos recursos que en Cantabria están aún parcialmente desarrollados. Básicamente se compone de los siguientes:

#### 1.- Recursos sanitarios y sociales de la red general: Fundamentalmente Asistencia primaria

Atenderán alcohólicos y otros toxicómanos. También asesorarán, derivarán pacientes, informarán y orientarán a sus familiares y colaborarán en el reinserción social.

A este primer nivel de atención corresponderán los Centros de Salud cuya red se está desarrollando actualmente y los Servicios Sociales. Aparte de los Servicios Municipales pendientes de creación y existentes, se contará con los proyectados Centros que prevé el Proyecto de Ley de Acción Social. Es de preveer que en ellos se integren las actuales Unidades Básicas de Acción Social (U.B.A.S.) y las Unidades Municipales de Seguimiento e Información (U.M.I.S.T.), ya mencionadas en el texto.

Dada la trascendencia preventiva y la alta rentabilidad sanitaria y social de este nivel de atención, se insta a las Administraciones competentes, a la aceleración en el proceso de implantación y desarrollo de las estructuras previstas por la ley, con sus correspondientes dotaciones.

### 2.- Recursos terapéuticos especializados

El desigual desarrollo estructural y organizativo de los recursos que en nuestra Comunidad se instrumentan para el problema del alcoholismo -dependientes en su mayor parte del INSALUD- y para el de las drogas no institucionalizadas -dependientes de la Administración Regional- hace que este Plan Autonómico de Drogas instrumente la respuesta asistencial al problema de las toxicomanías de Cantabria a través de sus dos estructuras bien diferenciadas, incluso históricamente:

2.1.- Para el problema del alcoholismo: Estructura del INSALUD, fundamentalmente y del Servicio de Salud Mental de la Dirección Regional de Sanidad, descritas a lo largo de los apartados anteriores, cuyo desarrollo se prevé mediante la ampliación de la red dispensarial del INSALUD, en las tres Unidades Comarcales citadas y a las Unidades que prevee el Proyecto de Ley de Reforma Psiquiátrica y Salud Mental.

Persistirán las Unidades de Hospitalización para el problema del alcoholismo, dependientes del INSALUD, integradas en lo que será un Centro Asistencial especializado de referencia y apoyo a la red dispensarial, así como a las Unidades previstas vinculadas a los Equipos de Salud Mental que se instalen. Desarrollará una labor coordinadora y docente respecto a los programas regionales que se lleven a cabo sobre alcoholismo.

2.2.- Para el problema de las drogas no institucionalizadas: Estructura dependiente de la Administración Regional: Servicio de Toxicomanías de la Dirección Regional de Bienestar Social, así como aquellas otras que las diversas Administraciones pudieran instituir conforme lo establecido en el presente Plan.

2.3.- Coordinación progresiva: Se tenderá a una progresiva coordinación entre Servicios Sanitarios y Sociales de cualquiera de las Administraciones entre la asistencia primaria y la asistencia especializada; y entre los Servicios dedicados al problema del alcoholismo y los empleados en la atención a otros toxicómanos.

Progresivamente, dichas ramas asistenciales irán utilizando recursos comunes y encajándose en el programa regional de atención a la salud mental, a medida que esta estructura se desarrolle e implante.

En todo momento se evitará la creación de redes paralelas por lo que supone de dispersión de recursos estableciéndose una complementariedad progresiva entre las Unidades Especializadas de Tratamiento y los Equipos de Salud Mental.

### 3.- Recursos de rehabilitación y reinserción social

Difícilmente puede desligarse este aspecto del tema asistencial y de prevención. Tampoco de ninguna de las Organizaciones Gubernamentales o Ciudadanas implicadas en el problema de las drogas por tanto, desde las estructuras de coordinación se potenciará especialmente este aspecto, quizá el decisivo del programa de intervención socio-sanitario.

A parte de las estructuras y funciones señaladas para las diferentes Instituciones y Organismos a lo largo de los apartados del estudio, la Comunidad Autónoma potenciará esta línea de actuación mediante la implantación de un Centro de Referencia regional ubicado en el complejo terapéutico y de reinserción de Pedrosa. Se desarrollará inicialmente a través del Centro de Día-Centro Ocupacional con su proyección posterior de estructuras empresariales para la integración no segregacionista de los ex-toxicómanos.

Será necesaria la progresiva implantación de Hogares de Reinserción, Centros de Integración, Talleres Protegidos, etc.

## CAPITULO XX.- LA GESTION DEL PLAN AUTONOMICO DE DROGAS

### 1.- Principios de Gestión

El sistema asistencial del Plan Autonómico, se fundamentará, como cualquier otro Servicio Socio-Sanitario de la Administración, en los siguientes principios:

**Equidad:** Mediante el cual se garantizará la igualdad en el acceso de todos los ciudadanos al sistema, de forma que el usuario obtenga los servicios que precisa en el momento y lugar que los necesite.

**Eficacia:** De modo que el servicio tienda a incrementar realmente el standar de salud de la población.

**Eficiencia:** Racionalización del gasto en torno a la necesidad; de modo que el servicio se preste por el coste óptimo y no por el coste mínimo.

Se tratará de lograr un equilibrio entre la eficacia que define calidad y la eficiencia que define cantidad.

La relación entre ambas representará la rentabilidad social.

### 2.- Líneas generales de actuación

Los objetivos señalados que condicionan la mayor rentabilidad social del Plan Autonómico, se pretenden alcanzar mediante el desarrollo de un plan de gestión en torno a los siguientes soportes:

### 2.1.- Planificación estratégica

La eficacia de una planificación se garantizará mediante un doble análisis previo:

- De las necesidades del entorno: se basa a su vez en un conocimiento sistematizado de la realidad a través de análisis de demanda y socio-demográficos.
- Análisis interno: que nos permita conocer nuestra realidad y situación. Se hará a través de un análisis de recursos y condiciones de trabajo, tanto materiales y de infraestructura como de personal -clima de trabajo, motivación, formación y necesidades-.

Este análisis doble nos llevará a un mejor diagnóstico de la situación actual en base a la cual se establecerá un plan de actuación.

El Plan Director de Gestión, se elabora así con unas prioridades fundamentadas, planificadas en función de los recursos disponibles, la necesidad y la demanda.

### 2.2.- Política de personal

Incluye fundamentalmente:

#### a.- Política de formación interna.

Constituye un gran reto y necesidad en este ámbito de la drogodependencias y será precisa la elaboración de un programa de formación interna que garantice tanto la formación profesional a través de la vía universitaria o de master, como la formación continuada de los técnicos y personal implicado en los estos servicios.

La formación constituye la base determinante de la proyección y éxito de las actuaciones a llevar a cabo.

#### b.- Política de motivación.

El establecimiento de la misma se hace imprescindible a nivel de la Administración por cuanto que el personal constituye el eje fundamental del sistema.

Se contemplará prioritariamente la mejora de los precarios sistemas de contratación padecidos en los años pasados por gran parte del personal empleado en la Sección de Toxicomanías y una política de promoción y reciclaje profesional, puesto que la experiencia demuestra que la vida media de estos en el campo de las drogodependencias es claramente inferior a la de otras actividades.

### 2.3.- Dirección por objetivos

El establecimiento de la Dirección Participativa por Objetivos, además de considerarse un mandato en la Ley General de Sanidad, supone el único método para conseguir una buena eficacia, calidad y eficiencia del servicio.

Dentro del establecimiento de una Dirección por Objetivos los centros han de trabajar en base a un Plan de Actuación anual que defina claramente los objetivos a alcanzar, funciones, metodología y los indicadores de evaluación al respecto. Así pues, los centros y servicios elaborarán anualmente el PLAN DE ACTUACION que contemplará:

- Una descripción de los recursos humanos y materiales.
- Un diagnóstico de situación en base a los mismos y a las necesidades.
- Un plan de actuación con prioridades y sistemática de actuación en las diferentes áreas: asistencial, investigadora y docente.
- Unos indicadores que permitan la evaluación continua y final.

Todo ello se conformará a los principios organizativos básicos de la "dirección participativa por objetivos". Incluyen aspectos de clarificación del trabajo y de los objetivos, aspectos de negociación respecto a los mismos entre los Centros y sus direcciones jerárquicas y también los necesarios programas de evaluación.

### 2.4.- Política de calidad

Se definirá por el doble aspecto de nivel de calidad y control de calidad.

El primero de ellos vendrá determinado en primer lugar por el seguimiento de las normas de acreditación que oportunamente se instituirán mediante la correspondiente normativa, respecto a la estructura física, personal, equipamientos y organización de los centros que traten toxicómanos.

El segundo se determinará por el standares que se persiguen las normas de funcionamiento y el adecuado rigor en los protocolos.

El control de calidad se instrumentará un control de calidad a diferentes niveles:

- El control a nivel de proceso, se efectuará en las unidades operativas mediante sesiones clínicas, bibliográficas y cierre de historias, utilizando métodos de monitorización y análisis de situaciones.
- El control de calidad final o de resultados se llevará a nivel de coordinación de área mediante la elaboración de normativas y el control de su cumplimiento.  
Los instrumentos que se establecen a tal efecto serán una Comisión de historias clínicas, otra de terapia y otra de investigación, docencia y formación.
- El control de calidad a nivel de usuario se realizará a nivel de Comisionado del Plan Autonómico y de Jefatura de Servicio.

Se desarrollará a través del análisis de reclamaciones, sugerencias y los estudios de seguimiento. Los instrumentos a utilizar serán los servicios de atención al usuario y los estudios epidemiológicos de seguimiento.

Por otra parte se establecerá como objetivo prioritario el fomento y promoción de sistemas de control de calidad informales, de gran eficacia en el mundo socio-sanitario, como pueden ser los círculos de control de calidad.

**3.- Actividad soporte de la gestión: Investigación y Documentación**

A través de la sección de investigación y estudios, el Plan Autonómico promoverá el desarrollo y fomento de la investigación en todos los ámbitos que lo constituyen, a través de las siguientes líneas de acción:

**a.- El Centro de Documentación:**

- a.1.- Tratamiento de la información del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (S.E.I.T.) y del Sistema de Información y Registro sobre Drogodependencias de Cantabria (S.I.R.D.C.A.N.).
- a.2.- Creación de un Fondo Regional Documental sobre Toxicomanías, constituido por publicaciones nacionales e internacionales al cual tengan acceso los profesionales y personas interesadas en el tema de la droga y patología asociada. Procurará reunir y proporcionar recursos formativos e informativos que eviten el consumo de sustancias tóxicas

**b.- Política de investigación:**

El Plan Autonómico sobre Drogas promoverá:

- b.1.- La realización de encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, económicos y sociales para conocer la incidencia, prevalencia y problemática de las drogodependencias.
- b.2.- Promoverá líneas de investigación, estudio y formación en relación con la problemática social, sanitaria y económica relativa a las drogodependencias.
- b.3.- Promoverá la evaluación de los programas de prevención, asistencia y reinserción.
- b.4.- Procurará la mejora de los recursos documentales en la materia que le compete.
- b.5.- Para lograr los objetivos marcados, la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social concertará los oportunos convenios de colaboración a los cuales tendrá acceso preferente la Universidad de Cantabria.

**CAPITULO XXI.- FINANCIACION DEL PLAN AUTONOMICO**

Los presupuestos de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social así como los de los Ayuntamientos conforme a las obligaciones a asumir según su tamaño, proveerán cada año las partidas presupuestarias que correspondan para realizar las actuaciones reguladas en este Decreto y que sean de su competencia.

**CAPITULO XXII.- PRIORIDADES**

Para la puesta en marcha del Plan Autonómico sobre Drogas se acuerdan las siguientes prioridades:

- a) Poner en marcha la estructura de coordinación ordenada en el Decreto en el plazo de dos meses, como medida posibilitante y facilitadora de las otras que contempla el Plan.
- b) Completar la actual red asistencial mediante:
  - b-1) Desarrollo de la estructura organizativa del complejo terapéutico y de reinserción de drogodependientes de Pedrosa. En el plazo de dos meses, se presentará para su aprobación el Proyecto de Reforma de dicha estructura, que incluirá el de formación de terapéutas y supervisión de terapia.
  - b-2) Crear un centro de día-centro ocupacional en el Complejo Terapéutico de Pedrosa, utilizando los medios presupuestarios ya aprobados y previstos.
  - b-3) Potenciar la asistencia a alcohólicos. A tal efecto se presentará en el plazo de tres meses para su aprobación, un proyecto de reestructuración del sistema asistencial a los alcohólicos que incluya la creación de los tres dispensarios comarcales previstos en el Plan.
  - b-4) Concertar con el Insalud una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria para toxicómanos de drogas no institucionalizadas.
- c) Impulsar la creación y promover el desarrollo de los programas municipales sobre drogas, potenciando la actual estructura de la Unidades Municipales de Información y Seguimiento de toxicómanos, allá donde exista, de cara a su integración en la red general de servicios sociales.
- d) Elaborar un plan global y regional de formación en drogodependencias, que incluya la formación de expertos y la de mediadores, conforme a las directrices del Plan.
- e) Dotar de los medios informáticos precisos a la Unidad Regional de Información, Seguimiento y Documentación sobre toxicomanías.
- f) Normalizar las condiciones contractuales de trabajo del actual personal adscrito al Servicio de Toxicomanías de la Diputación Regional.
- g) Desarrollar el marco legal al amparo del cual se determinen las actuaciones prioritarias mencionadas así como los aspectos derivados de las mismas que abarcan desde la acreditación de centros hasta las últimas medidas de reinserción plena.

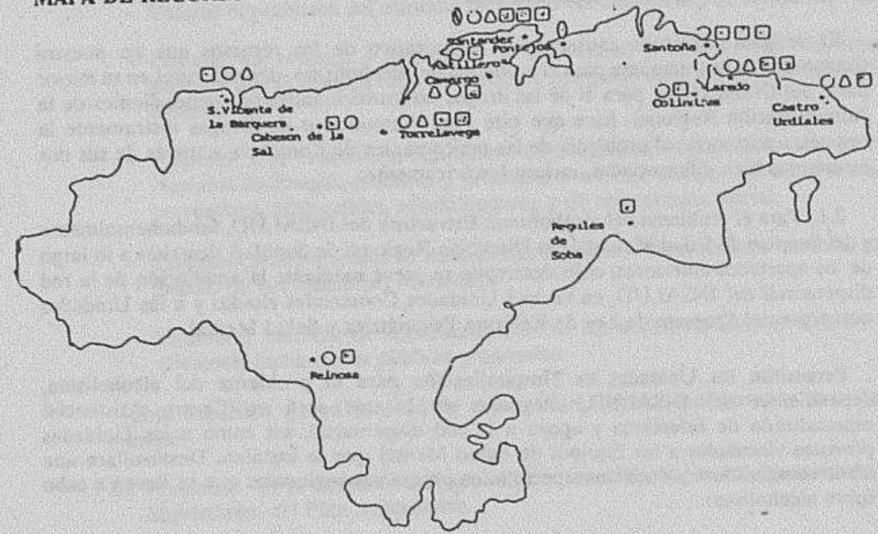
**CAPITULO XXIII.- MAPA DE RECURSOS**

En el mapa adjunto se localizan algunos de los recursos enumerados anteriormente.

**CUADROS EXPLICATIVOS**

- I.- Actuaciones y Funciones.
- II.- Intervención Terapéutica.

**MAPA DE RECURSOS**



Centros Específicos de Atención a Toxicómanos en Régimen Oncrado	Centros Específicos de Atención Ambulatoria a Toxicómanos	Centros Inespecíficos de Atención Ambulatoria (C.S., Salud Mental, Centros de Salud)	Centros de Reinserción
Pontejos 1	Santander 1	Santander 1	Santander 3
Llencres 1	Torrelavega 1	Torrelavega 1	Torrelavega 2
	Laredo 1	Castro Urdiales 1	Casargo 1
	Castro Urdiales 1	S. Vicente Barquera 1	Santofía 3
	Santofía 1	Casargo 1	Laredo 2
	Casargo 1	Laredo 1	Castro Urdiales 1
	S. Vicente Barquera 1		Regules de Soba 1
	Reinosa 1		S. Vicente Barquera 1
	Astillero 1		Reinosa 1
	Cobesón de la Sal 1		Astillero 1
	Colindres 1		Cobesón de la Sal 1
			Colindres 1

**I.- INTERVENCION TERAPEUTICA**

	DESINTOXICACION								
	DETECCION	INFORMACION	ORIENTACION	AMBULATORIA	DOMICILIARIA	HOSPITALARIA	INTERVENIMIENTO NO HOSPITALARIO	REHABILITACION	INSERCIÓN-REINSECIÓN SOCIAL
SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS	*	*	*					*	*
CENTROS DE SALUD	*	*	*	*	*				*
CENTROS ASISTENCIALES DE DROGODEPENDENCIAS	*	*	*	*	*			*	*
CENTROS (EQUIPOS) DE SALUD MENTAL	*	*	*	*				*	
UNIDAD DE DESINTOXICACION HOSPITALARIA						*			
COMUNIDAD TERAPEUTICA REGIONAL								*	
COMUNIDADES TERAPEUTICAS CONCERTADAS							*	*	
O.N.G.s INESPECIFICAS Colegios profesionales, Sindicatos, Mov. ciudadano		*							*
O.N.G.s ESPECIFICAS Asociaciones de padres, de ayuda, de autoayuda, ...	*	*						*	*
GRANDES EMPRESAS	*	*	*						*

## II.- FUNCIONES Y ACTUACIONES

	PLANIFICACION	COORDINACION	EVALUACION	LEGISLACION	FORMACION	REDUCCION OFERTA	INVESTIGACION	PREVENCIÓN	ASISTENCIA URGENCIAS Y PATOLOG. ASOCIADA
COMISIONADO REGIONAL	*	*	*		*		*	*	
COMISION PARLAMENTARIA DE SEGUIMIENTO DEL P.R.S.D.			*	*					
MINIST. EDUCACION Y CIENCIA Universidad Centros no universitarios					• •		•	•	
HOSPITALES Insalud Diputación Regional							*		*
DELEGACION DEL GOBIERNO Fuerzas de seguridad						*			
AYUNTAMIENTOS	*			*		*		*	
O.N.G.s INESPECIFICAS Sindicatos, Organiz. empresariales, Coleg. profesionales					*	*		*	
O.N.G.s ESPECIFICAS					*	•		*	
MOVIMIENTO CIUDADANO						•		*	
GRANDES EMPRESAS						*		*	

*DECRETO 69/1991, de 20 de junio, sobre concesión de subvenciones para fomento de la investigación y el desarrollo tecnológico.*

La Comunidad Autónoma de Cantabria, en el artículo 22, punto 11 de su Estatuto de Autonomía, asume la competencia para el fomento y desarrollo económico de la Región dentro de los objetivos marcados por la política económica nacional.

Para lograr la finalidad pretendida en dicho artículo es necesario que la Diputación Regional incentive a las empresas, financiando parcialmente los Proyectos de Investigación y Desarrollo Tecnológico (I+D) que implique una mejora de la competitividad siguiendo los criterios seguidos por el Consejo de las Comunidades Europeas y colaborando con las empresas en la elaboración y tramitación de proyectos que estén acogidos a algunos de los Programas Tecnológicos de la Comunidad Económica Europea (CEE), o sean susceptible de ser realizados en cooperación con el Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial (C.D.T.I.), en virtud del Convenio existente entre este Organismo y la Diputación Regional de Cantabria.

Dentro de esta línea de apoyo a la difusión tecnológica y modernización del aparato productivo, el presente Decreto pretende impulsar, mediante ayudas de carácter financiero, las acciones dirigidas a promover una mayor investigación y desarrollo en los procesos industriales, potenciando la base de I+D.

Por cuanto antecede, a propuesta del Consejero de Turismo, Transportes y Comunicaciones e Industria, y previa deliberación del Consejo de Gobierno el día de de 1.991.

## DISPONGO

## PRIMERO.- DISPOSICIONES GENERALES

Artículo. 1.- Las normas contenidas en el presente Decreto constituyen el marco de actuación y el régimen jurídico aplicable a las subvenciones en materia de Investigación y Desarrollo Tecnológico en el ámbito Territorial de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Artículo. 2.- Por la Consejería de Turismo, Transportes y Comunicaciones e Industria, y con periodicidad anual, se publicará la correspondiente convocatoria de subvenciones en función de las disponibilidades presupuestarias. En lo no regulado por este Decreto, se estará a lo prevenido en las normas de la respectiva convocatoria.

Artículo. 3.- La aportación económica de la Consejería de Turismo, Transportes y Comunicaciones e Industria, tendrá la consideración de subvención a fondo perdido, sometida a las normas de este Decreto y encuadrada en la convocatoria correspondiente, con cargo a sus propios presupuestos. Los créditos que se habiliten a tal fin podrán revestir la consideración de transferencias corrientes o de capital.

## SEGUNDO.- OBJETO DE LA SUBVENCION

Artículo 4.- 1. El objeto del presente Decreto es el establecimiento de ayudas que la Consejería de Turismo, Transportes y Comunicaciones e Industria podrá conceder destinadas a Proyectos de Investigación y Desarrollo Tecnológico.

2. Serán subvencionables las inversiones que tengan por objeto la realización de proyectos relacionados con:

- Innovación tecnológica
- Adquisición de equipos de alta tecnología
- Modernización de equipos productivos
- Creación de unidades de I+D
- Prevención de los riesgos naturales y tecnológicos
- Rehabilitación del medio ambiente
- Diseño y calidad industrial.

## TERCERO.- CUANTIA

Artículo 5.- Las subvenciones contempladas en esta disposición podrán alcanzar hasta un 30% del total de la inversión subvencionable con un máximo de TRES MILLONES DE PESETAS (3.000.000,- ptas.) por empresa y año.

La cuantía de la subvención vendrá determinada por la actividad económica a realizar, la potenciación tecnológica que represente el proyecto dentro de la industria regional y la acumulación en el mismo proyecto de otras ayudas públicas de la misma naturaleza.

Se considerarán prioritarios los proyectos que hayan obtenido financiación del Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial (C.D.T.I.).

Las subvenciones se concederán o denegarán por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejero de Turismo, Transporte y Comunicaciones e Industria.

## CUARTO.- BENEFICIARIOS

Artículo 6.- Podrán ser beneficiarios de la subvención, las empresas ubicadas en Cantabria así como las personas físicas y asociaciones o entidades sin ánimo de lucro, que realicen inversiones subvencionables en Cantabria.

## QUINTO.- SOLICITUDES Y DOCUMENTACION

Artículo 7.- 1. Las solicitudes, por triplicado ejemplar y en el modelo oficial que figura en el anexo I, se dirigirán acompañadas de la documentación a que se refiere el apartado siguiente al Consejero de

Turismo, Transportes y Comunicaciones e Industria, y deberán ser presentadas en la Dirección Regional de Industria directamente o a través de los medios previstos en el art. 66 de la Ley de Procedimiento Administrativo.

2. El peticionario presentará la siguiente documentación:

I.- Número de Identificación Fiscal, Escritura de Constitución o Estatutos, en su caso.

II.- Alta y último recibo de la Licencia Fiscal.

III.- Declaración jurada de no vinculación, en su caso.

IV.- Certificación de estar al corriente en las obligaciones con la Seguridad Social.

V.- Justificación del cumplimiento de obligaciones tributarias en los doce meses anteriores a la fecha de la solicitud (Cartas de Pago a la Hacienda Pública).

VI.- Declaración Jurada de tener satisfechas todas las deudas contraídas con la Diputación Regional de Cantabria, provenientes de la aplicación de precios públicos, tasas, exacciones parafiscales o recargos tributarios.

VII.- Memoria explicativa y justificativa, conteniendo los siguientes extremos:

- Proyecto de actividades
- Presupuesto anualizado de ingresos y gastos
- Capacidad financiera de la empresa para acometer el proyecto
- Recursos humanos, técnicos y comerciales de la empresa

3. Los documentos a que se refieren los apartados anteriores deberán ser cotejados y compulsados con los originales por el centro gestor.

4. El plazo para presentación de solicitudes se determinará en la correspondiente convocatoria.

#### SEXTO.- TRAMITACION

Artículo 8.- 1. Recibidas las solicitudes en la Dirección Regional de Industria, se estudiarán a fin de valorar el interés del proyecto, para lo cual se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Viabilidad técnica, económica y financiera del proyecto
- Evaluación del riesgo y posibilidades de éxito
- Interés del proyecto para Cantabria y su repercusión en la industria regional.

2. La Dirección Regional de Industria podrá realizar las gestiones complementarias para comprobar los datos aportados en la documentación.

3. A la vista de la solicitud y de la documentación requerida, la Dirección Regional completará el expediente con un informe, firmado por el Director Regional y cuyo contenido mínimo será el siguiente:

- a) Referencia a la personalidad del peticionario, indicando el número de Documento Nacional de Identidad.
- b) Norma reguladora de la subvención.
- c) Propuesta razonada de la subvención, con expresa mención de su cuantía.

Artículo 9.- El expediente así documentado, será enviado por la Dirección Regional de Industria a la Intervención Delegada para su fiscalización.

Artículo 10.- Informado por la Intervención Delegada, sin que ésta haya formulado reparo alguno, será remitido el expediente a la Secretaría General Técnica con minuta de Acuerdo a adoptar por el Consejo de Gobierno.

Artículo 11.- Recaido Acuerdo del Consejo de Gobierno sobre el expediente sometido a su deliberación, se notificará al peticionario por la Dirección Regional de Industria, con indicación de la cuantía de la subvención y el plazo de realización del proyecto.

#### SEPTIMO.- INSPECCION Y SEGUIMIENTO

Artículo 12.- El beneficiario viene obligado a la utilización de la subvención para los fines solicitados así como a facilitar todos aquellos datos y autorizaciones necesarias para las posibles inspecciones que puedan realizarse por los Servicios de la Consejería. Asimismo deberá comunicar a la Dirección Regional de Industria cualquier eventualidad en el desarrollo del programa subvencionado en el momento en que aquélla se produzca.

Artículo 13.- El incumplimiento total o parcial de cualesquiera de las condiciones constituirá causa determinante de la revocación de la subvención concedida. A tal efecto y previo requerimiento del órgano competente, se exigirá al beneficiario el reintegro, total o parcial, del importe de la misma en el plazo de quince días.

De no ser atendido el requerimiento instado por la Dirección Regional de Industria en el plazo determinado, se promoverá la acción efectiva, prevista en el Reglamento General de Recaudación, sin perjuicio de las acciones de otro orden que, en su caso, procedan.

Artículo 14.- El incumplimiento por parte del beneficiario de las obligaciones establecidas en la concesión de la subvención, podrá determinar la no consideración de futuras solicitudes.

#### OCTAVO.- PAGO

Artículo 15.- Comunicada por el peticionario la ejecución de la inversión, se emitirá por la Dirección Regional de Industria un informe acreditativo de haberse realizado el proyecto en las condiciones previstas, tras lo cual se procederá al abono de la subvención concedida.

En el supuesto de incumplimiento del destino de la subvención, o de cualquiera de las normas aplicables, se exigirá la devolución a la Diputación Regional de Cantabria, de la cantidad percibida, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar en Derecho.

Artículo 16.- El incumplimiento por parte del beneficiario de las obligaciones establecidas en la concesión de la subvención podrá determinar la no consideración de futuras solicitudes.

#### DISPOSICION DEROGATORIA

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente Decreto.

#### DISPOSICION TRANSITORIA

A los efectos previstos en el artículo séptimo y para el año 1.991, el plazo para la presentación de solicitudes terminará el próximo 1 de octubre.

#### DISPOSICIONES FINALES

Primera.- Se autoriza al Consejero de Turismo, Transportes y Comunicaciones e Industria a dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución del presente Decreto.

Segunda.- La presente Disposición entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial de Cantabria.

Santander, 20 de Junio de 1991.

EL CONSEJERO DE TURISMO, TRANSPORTES Y COMUNICACIONES E INDUSTRIA.

Fdo.: Francisco PERNIA CALVO

EL PRESIDENTE DE LA DIPUTACION REGIONAL DE CANTABRIA,

Fdo.: Jaime BLANCO GARCIA



91/43802



ANEXO 1

Fecha de Entrada  
 [ ]  
 Nº de Registro  
 [ ]

RECEPCION DE DOCUMENTACION.

Fecha de entrada  
 [ ]  
 Número de Registro  
 [ ]

DIPUTACION REGIONAL DE CANTABRIA

DATOS DEL SOLICITANTE

01. EMPRESARIO INDIVIDUAL

1º Apellido [ ] 2º Apellido [ ] Nombre [ ] N.I.F. [ ]  
 Domicilio [ ] Población [ ] Provincia [ ] Teléfono [ ]

02. SOCIEDAD MERCANTIL INDUSTRIAL, COOPERATIVAS Y OTRAS AGRUPACIONES INDUSTRIALES

Datos de identificación Razón Social [ ] C.I.F. [ ]  
 Domicilio Social [ ] Población [ ] Provincia [ ] Teléfono [ ]

03. REPRESENTANTE LEGAL

1º Apellido [ ] 2º Apellido [ ] Nombre [ ] N.I.F. [ ]  
 Domicilio [ ] Población [ ] Provincia [ ] Teléfono [ ]

04. PERSONAS FISICAS, Y ASOCIACIONES O ENTIDADES, SIN ANIMO DE LUCRO

Persona, Asociación o Entidad [ ] Domicilio o Domicilio Social [ ]  
 Población [ ] Provincia [ ] Teléfono [ ]

05. ACTIVIDAD

De la Persona o Entidad Solicitante [ ] C.N.A.E. [ ]

06. CUANTIA

DE LA INVERSION SUBVENCIONABLE (I.V.A. excluido) [ ]

DE LA SUBVENCION CONCEDIDA [ ]

DE OTRAS AYUDAS PUBLICAS (A ESPECIFICAR) [ ]

07. PUESTOS DE TRABAJO ANTES DE LA INVERSION [ ]

08. PUESTOS DE TRABAJO DESPUES DE LA INVERSION [ ]

09. ENTIDAD FINANCIERA

Nombre de la Entidad [ ] Código de Entidad [ ] Código de Sucursal [ ]  
 Dirección [ ] Número [ ] Población [ ]  
 Teléfono [ ] Nº de Cuenta [ ]

El solicitante declara que todos los datos que figuran en el presente impreso son ciertos.

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1.991

Firma

ILMO. SR. CONSEJERO DE TURISMO, TRANSPORTES Y COMUNICACIONES E INDUSTRIA

ILMO. SR. CONSEJERO DE TURISMO, TRANSPORTES Y COMUNICACIONES E INDUSTRIA

DOCUMENTACION PRESENTADA POR TRIPLICADO.

- Alta y último recibo de Licencia Fiscal.
- Certificación de estar al corriente en las obligaciones con la Seguridad Social.
- Justificación del cumplimiento de obligaciones tributarias en los doce meses anteriores a la fecha de la solicitud (Cartas de Pago a la Hacienda Pública).
- Declaración jurada de tener satisfechas todas las deudas contraídas con la Diputación Regional de Cantabria, provenientes de la aplicación de precios públicos, tasas, exacciones parafiscales o recargos tributarios.
- Memoria explicativa y justificativa, conteniendo los siguientes extremos:
  - . Proyecto de actividades.
  - . Presupuesto anualizado de ingresos y gastos.
  - . Capacidad financiera de la empresa para acometer el proyecto.
  - . Recursos humanos, técnicos y comerciales de la empresa.
- Facturas proforma originales del proyecto de inversión.

Y ADEMÁS, SEGUN CADA CASO

EMPRESARIO INDIVIDUAL

- Número de Identificación Fiscal.

SOCIEDAD MERCANTIL

- Escritura de Constitución.
- Datos registrales de inscripción.
- Declaración jurada de no vinculación.

OTRAS AGRUPACIONES

- Estatutos.
- Nº de inscripción.
- Declaración jurada de no vinculación.

NOTA: RELLENENSE CON MAYUSCULAS O A MAQUINA LOS EPIGRAFES EN NEGRO

## 2. Personal

### CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA

#### Convocatoria de pruebas selectivas para la provisión con carácter interino de dos plazas de técnico de Actividades Pesqueras, vacantes en la Consejería de Ganadería, Agricultura y Pesca

Se requiere para participar en las pruebas estar en posesión del Título de Licenciado en Ciencias Biológicas.

Las bases de la convocatoria se encuentran a disposición de los interesados en el tablón de anuncios de la Consejería de Ganadería, Agricultura y Pesca.

Las pruebas se celebrarán en lugar, día y hora que se indiquen, previo anuncio en el tablón de anuncios de la Consejería / de Ganadería, Agricultura y Pesca, con una antelación mínima de 5 días naturales.

Las solicitudes, acompañadas de Curriculum Vitae, dirigidas al Ilmo. Sr. Consejero de la Presidencia, deberán presentarse en el Registro General de la Diputación Regional de Cantabria, (C/Casimiro Sainz, 4.- 39003.- Santander), en el plazo de diez días naturales, contados a partir de la publicación de esta Convocatoria en la prensa regional.

Santander, a 26 de Junio de 1.991

91/43826

EL CONSEJERO DE LA PRESIDENCIA,

**CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA**

**Resolución**

Visto el Acuerdo de Gobierno de la Diputación Regional de Cantabria adoptado en sesión ordinaria el día 30 de Mayo de 1.991, en relación con la reclamación interpuesta por D. LUIS ANTONIO CALDERON SAINZ por la presente, Resolución,

**DISPONGO**

Ordenar la publicación en el Boletín Oficial de Cantabria de las consecuencias del mismo:

**PRIMERO.-** Adscribir a DON LUIS ANTONIO CALDERON SAINZ a la plaza nº 1.115., Jefatura de Sección Técnica de Explotaciones Intensivas.

**SEGUNDO.-** El interesado podrá renunciar al destino adjudicado en el plazo fijado para el cese en su destino actual previsto en la Base Cuarta seis de la Convocatoria.

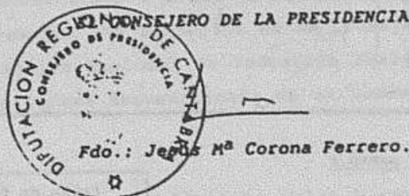
**TERCERO.-** El cese y la toma de posesión en el nuevo destino se llevará a cabo en los plazos previstos en la Base Cuarta seis de la Convocatoria.

**CUARTO.-** El Secretario General Técnico de la Consejería afectada diligenciará las correspondientes certificaciones de cese y toma de posesión, enviando copia de las mismas a la Dirección Regional de Función Pública en el mismo día en que se extiendan.

**QUINTO.-** La anterior adscripción, consecuencia de la estimación de la reclamación, tendrá efectos jurídicos retroactivos al día 9 de Noviembre de 1.990 y económicas relativos a la toma de posesión en dicho puesto de trabajo conforme a lo previsto en el artículo 30.3 de la Ley de Cantabria 5/1.991, de 27 de Marzo, de Presupuestos de la Diputación Regional de Cantabria para 1.991.

Contra el presente Acuerdo cabe interponer recurso contencioso administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Cantabria en el plazo de dos meses, contados a partir del día siguiente de su publicación.

Santander, 20 de Junio de 1.991.



91/43362

**Boletín Oficial de Cantabria**

Edita: Diputación Regional de Cantabria. Administración: Casimiro Sainz, 4. 39003-Santander. Teléfonos: 31.45.04 - 31.40.17  
 Imprime: Imprenta Regional de Cantabria. General Dávila, 83. 39006-Santander. Teléfono 23.95.82. Fax 37.64.79  
 Inscripción: Registro de Prensa, Sección Personas Jurídicas, tomo 13, folio 202, número 1.003. Dep. Legal: SA-1-1958