

MANUAL PARA EL DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PLANES MUNICIPALES SOBRE

DROGODEPENDENCIAS



© Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud.
Edita: Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud.

Autor del texto:

Bartolomé Pérez Gálvez

Diseño y Maquetación:

Tábula Comunicación

Imprime:

Quinta Impresión, S.L.

Depósito Legal:

A 817-2012



1. LAS DROGODEPENDENCIAS, UN FENOMENO MULTIDIMENSIONAL	
Conceptos básicos y definiciones	
Factores de riesgo	
Prevención: definición, tipos y criterios	013
2. SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS	
EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA	
Situación actual del consumo de alcohol y otras drogas en España	
- Alcohol	020
- Tabaco	022
- Cannabis	023
- Cocaína	025
- Cocaína base	
- Heroína	
- La evolución del consumo de drogas en los últimos diez años (1999/2009)	
- Edades de inicio en el consumo	032
- Continuidad en el consumo	
- La percepción social del problema de las drogas	
- Percepción del riesgo	
- Disponibilidad de sustancias	038
El consumo de drogas entre la población general de la Comunidad Valenciana	039
- Alcohol	041
- Tabaco	043
- Cannabis	043
- Cocaína	044
- Heroína	045
- Otras sustancias	046
3. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	048
Políticas públicas: ¿qué y cómo?	
Adoptar decisiones en el ámbito público	
La gestión de las políticas públicas	

La importancia de la gestión política	058
El primer reto: ¿cómo se distribuyen los fondos públicos?	060
Comunicación en drogodependencias	067
4. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGODEPENDENCIAS DESDE	
LOS AYUNTAMIENTOS	070
5. CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN MUNICIPAL SOBRE	
DROGODEPENDENCIAS	076
6. EVALUACIÓN DE PLANES Y PROGRAMAS DE ACTUACIÓN	
EN DROGODEPENDENCIAS	
Evaluación de Necesidades	
Evaluación de Proceso	
Evaluación de Resultados	
Evaluación de la Satisfacción	
Evaluación Económica	088
7. RECOMENDACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN	
Recomendaciones extraídas de "LessonsfromPreventionResearch" (NIDA, Recomendaciones extraídas del Informe Anual del Observatorio Europeo	·
de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2011)	096
8. NORMATIVA APLICABLE	
Legislación básica	
- Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalit	
se aprueba el texto refundido de la Ley sobre drogodependencias y nos adictivos	
Normativa de desarrollo de interés municipal	136
- Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, del Gobierno Valenciano,	
constituyen los órganos consultivos y de asesoramiento en materia	
pendencias y otros trastornos adictivos	
- Decreto 57/1998, de 28 de abril, del Gobierno Valenciano, por el que	se establecen
las normas reguladoras de la inclusión de mensajes de advertencia	
grosidad del uso o abuso de bebidas alcohólicas y del tabaco en la	
estos productos	

 Decreto 78/1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se estable- cen los criterios básicos para la acreditación de los programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos, y se constituye el Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana149
 Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunitat Valenciana160
Financiación de actuaciones176
 Orden 19/2010, de 21 de diciembre, de la Conselleria de Sanidad, por la que se convocan y se aprueban las bases reguladoras de subvenciones en materia de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos para el ejercicio 2011
 Orden SCO/2054/2006, de 15 de junio, por la que se establecen las bases reguladoras de las convocatorias para la concesión de ayudas económicas a Corporaciones Locales para el desarrollo de programas de prevención de las drogodependencias, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DROGODEPENDENCIAS





LAS DROGODEPENDENCIAS, UN FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL

CONCEPTOS BÁSICOS Y DEFINICIONES

En su manual para la elaboración de planes municipales, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP, 2001) describe las drogodependencias como un fenómeno complejo, dinámico y cuyos discursos sociales se sitúan en relación con el uso y abuso de drogas.

Acertadamente, la FEMP describe la complejidad de las drogodependencias atendiendo a la triple dimensión que caracteriza este fenómeno:

- a) Su dimensión física, tanto en relación a la forma en la que las drogas actúan en el organismo como respecto a los efectos que generan en éste;
- b) Su dimensión psicológica, en cuanto a los factores que favorecen el consumo, los mecanismos emocionales y cognitivos implicados, así como los valores y actitudes; y, finalmente,
- c) Su dimensión social, resultado de la integración del contexto microsocial, macrosocial y transcultural.

Un aspecto importante que conviene clarificar inicialmente es la propia **definición de droga**. El Decreto Legislativo 1/2003 que rige en la Comunidad Valenciana, utiliza la definición clásicamente utilizada por la Organización Mundial de la Salud (1993). Así pues, en su artículo 2.1, esta norma legal expone que "a los efectos de esta ley, se considerará como droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste, siendo capaz de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social".

Más explícitamente, y al objeto de clarificar la inclusión de sustancias de uso muy prevalente como el alcohol, el tabaco o algunos fármacos, el Decreto Legislativo 1/2003 incide en que:

"Tienen tal consideración:

- a) Las bebidas alcohólicas.
- b) El tabaco.
- c) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a control de conformidad con lo establecido en las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado Español.

- d) Determinados productos de uso industrial o vario, como los inhalantes y colas, que pueden producir los efectos y consecuencias descritos en el apartado primero de este artículo.
- e) Cualquier otra sustancia, no incluida en los apartados anteriores, que cumpliera la definición establecida en el apartado primero de este artículo".

El Decreto Legislativo 1/2003 hace mención expresa a las denominadas **drogas institucio-nalizadas** o socialmente aceptadas, entendidas como aquellas que pueden ser adquiridas y consumidas legalmente, siendo las principales las bebidas alcohólicas, el tabaco y los psico-fármacos. En el momento actual, tal vez sea más adecuado utilizar este concepto en relación a su mayor permisividad social –como es el caso del cannabis-, independientemente de la naturaleza legal o ilegal de su consumo.

Si bien no es objeto del presente manual exponer las características y efectos de las distintas sustancias, nos parece adecuado hacer referencia a la tabla-resumen expuesta en la citada quía de la FEMP, tabla que se expone a continuación.

DROGAS Depresoras	POSIBLES EFECTOS	POSIBLES CONSECUENCIAS ADVERSAS
Alcohol	Euforia inicial. Desinhibición, disminución de la tensión. Embotamiento, dificultades de coordinación, confusión.	Trastornos hepáticos y de los nervios periféricos, dificultad para hablar, marcha inestable, amnesia, impotencia sexual, delirio.
Barbitúricos, tranquilizantes	Depresión del sistema nervioso central. Tranquilidad, relajación.	Irritabilidad, risa/llanto sin motivo, disminución de la comprensión y de la memoria, depresión respiratoria, estado de coma.
Opio, heroína, metadona	Sensaciones exageradas a nivel físico y emocional, ansiedad, disminución de la capacidad de entendimiento y la memoria, retardo psicomotor.	Estados de confusión general, convulsiones, aluci- naciones, contracturas musculares, disminución de la presión arterial.
DD0040		
DROGAS Estimulantes	POSIBLES EFECTOS	POSIBLES CONSECUENCIAS ADVERSAS
	POSIBLES EFECTOS Alerta intensificada, hiperactividad, pérdida del apetito, falta de sueño, taquicardia, locuacidad.	POSIBLES CONSECUENCIAS ADVERSAS Dilatación de las pupilas, nerviosismo intenso, estado de alerta permanente, insomnio, escalofríos, anorexia.
ESTIMULANTES	Alerta intensificada, hiperactividad, pérdida del	Dilatación de las pupilas, nerviosismo intenso, estado de alerta permanente, insomnio, escalo-
ESTIMULANTES Anfetaminas	Alerta intensificada, hiperactividad, pérdida del apetito, falta de sueño, taquicardia, locuacidad.	Dilatación de las pupilas, nerviosismo intenso, estado de alerta permanente, insomnio, escalo-fríos, anorexia. Inquietud, agitación, temblores, insomnio, proble-

DROGAS Alucinógenas	POSIBLES EFECTOS	POSIBLES CONSECUENCIAS ADVERSAS
Cannabis	Disminuye la reacción ante los estímulos y reduce los reflejos. Desorientación temporoespacial, alucinaciones.	Reducción del impulso sexual, daño en las funciones reproductoras, psicosis, deterioro neurológico.
LSD	Alucinaciones, desorientación témporoespacial.	Delirio, despersonalización, terror, pánico, trastornos en la visión, hipertensión arterial, problema srespiratorios.
Drogas de síntesis	Ansiedad, pánico, confusión, insomnio, psicosis, así como alucinaciones visuales y auditivas.	Insomnio. Aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca, vértigo y dificultades de coordinación.

Tabla 1: Clasificación y efectos de las drogas (FEMP, 2001).

Aclarado el concepto de "droga" y expuestas las principales sustancias que se engloban bajo este término genérico, es momento de definir la adicción, en general, y la dependencia a drogas, en particular. Recurrimos nuevamente al artículo segundo del Decreto Legislativo 1/2003, en el que se define un **trastorno adictivo** como "un patrón desadaptativo de comportamiento que provoca una dependencia psíquica, física o de ambos tipos, a una sustancia o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y/o social de la persona y su entorno".

Por su parte, la **drogodependencia** queda conceptuada como "aquel estado psíquico, y a veces físico y social, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y/o físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación".

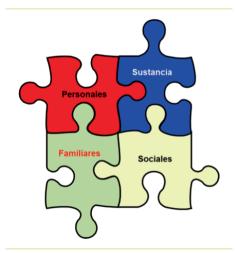
Nos parece igualmente interesante clarificar la definición de algunos de los términos más comúnmente utilizados tanto en la asistencia como en la prevención de las drogodependencias, igualmente recogidos en el Decreto Legislativo 1/2003. Entre ellos, se incluye:

- a) Desintoxicación: proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia exógena al organismo.
- b) Deshabituación: proceso orientado al aprendizaje de estrategias terapéuticas que permitan al drogodependiente enfrentarse a los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, con el objetivo final de eliminar su dependencia de las mismas.
- c) Rehabilitación: proceso de recuperación de los aspectos de comportamiento individuales en la sociedad.

- d) Inserción/reinserción: progresiva integración de la persona en el medio familiar y social que le permita llevar una vida responsable y autónoma, sin dependencia de drogas.
- e) Prevención: conjunto diverso de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social.

FACTORES DE RIESGO

Como hemos expuesto en el apartado anterior, las drogodependencias son un fenómeno dinámico y multidimensional. En consecuencia, sus causas son igualmente múltiples, sin que ninguna de ellas justifique por si misma la adicción a una o varias sustancias. Por el contrario, los distintos factores de riesgo interaccionan entre si, al igual que las fichas de un puzzle (Gráfica 1), generando ola particular vulnerabilidad de cada individuo.



Gráfica 1: Interacción entre factores de riesgo

DROGODEPENDENCIAS

En esta interacción van a participar factores de riesgo de distintos tipos. Clásicamente se han diferenciado cuatro variedades principales:

- a) Factores de riesgo asociados a la propia sustancia, como su mayor o menor disponibilidad, así como su propia capacidad adictógena.
- b) Factores de riesgo de tipo social, tanto generales como los relacionados con los amigos y/o compañeros.
- c) Factores de tipo familiar, entre los que se incluyen tanto los directamente asociados al consumo (por ejemplo, permisividad o pautas de uso de sustancias) como de situaciones o condiciones patológicas de mayor riesgo (por ejemplo, conflictividad intrafamiliar o antecedentes psiquiátricos).
- d) Factores de tipo individual o personal, como la existencia de comorbilidad psiquiátrica, la edad de inicio en el con sumo, la personalidad previa, etc.

En la Tabla 2 se exponen algunos ejemplos de los factores de riesgo de mayor interés en la prevención de las drogodependencias.

TIPO DE FACTOR	EJEMPLOS
Sociales	Disponibilidad de sustancias.
	Leyes y normas sociales que favorezcan el consumo.
	Deprivacióneconómicaextrema.
	Inmigración/Emigración.
Familiares	Historia familiar de problemas de conducta o psiquiátricos.
	Historia familiar de abuso de sustancias.
	Conflictividad familiar.
	Permisividad respecto al consumo de sustancias.
	Absentismo
	Fracaso escolar en etapas iniciales de la escolaridad
Escolares/Amigos	Malasrelaciones con compañeros
	Amigos (pares) consumidores o con problemas de conducta
	Actitudes favorables al consumo (baja percepción de riesgo)
	Problemas conductuales y psicopatología añadida.
Personales	Rasgos de personalidad.
reisuliales	Factoresconstitucionales: vulnerabilidadgenética.
	Inicioprecozdelconsumo.

Tabla 2: Ejemplos de factores de riesgo para el consumo de drogas.

PREVENCIÓN: DEFINICIÓN, TIPOS Y CRITERIOS

En 1996, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas editó unos criterios básicos para el correcto desarrollo de actividades preventivas (Araujo et al., 1996). Los criterios fueron el resultado del trabajo realizado por la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas, en la que se encuentra representado tanto el Gobierno de España como los correspondientes a todas las comunidades y ciudades autónomas.

Con este documento se pretendió dotar de un marco técnico apropiado a la planificación e implementación de programas preventivos en nuestro país, al objeto de asegurar su calidad y evitar la amalgama de actividades de dudosa eficacia que, en muchas ocasiones, caracterizaban a los distintos planes autonómicos y municipales. En la Comunidad Valenciana, el documento de criterios básicos fue transpuesto a normativa mediante el Decreto 78/1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se establecen los criterios básicos para la acreditación de los programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos, y se constituye el Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana.

Aconsejamos que cualquier plan municipal de drogodependencias cumpla estrictamente con los criterios contenidos en el documento al que hacemos referencia. Como punto de partida, asumiremos la definición que incluye en relación a la **prevención**, entendiéndola como "aquél entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionados con el uso indebido de drogas".

Clásicamente se han distinguido tres tipos de prevención (Institute of Medicine, 1994):

- a) Universal: dirigida a la población en general, sin establecer diferenciación alguna en términos de vulnerabilidad o de las conductas de riesgo de los grupos destinatarios de la intervención. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías la define como aquella prevención que, dirigida a toda la población, principalmente a través de la escuela y la comunidad, tiene por objeto impedir o retrasar el inicio del consumo de drogas y los problemas relacionados, dotando a los jóvenes de las competencias necesarias para evitar quese inicien en el consumo de drogas (OEDT, 2011).
- b) Selectiva: dirigida agrupos vulnerables específicos o aplicadas en contextos (o áreas) identificados como de riesgo, definida por el Observatorio Europeo como la que "se dirige a grupos o familias específicos, o bien a comunidades en las que las personas, a causa de sus reducidos vínculos sociales y recursos, pueden ser más propicias a desarrollar un hábito de consumo de drogas o evolucionar hacia una dependencia".

c) Indicada: dirigida al abordaje de factores específicos de vulnerabilidad que actúan a nivel individual, como la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, el TDAH) o la existencia de otros factores individuales de riesgo como antecedentes paternos o maternos, o en los que se ha iniciado y ale consumo en sus fases preliminares. También se denomina prevención específica y tiene por objeto "identificar a las personas con problemas psicológicos y decomportamiento que podrían predisponer al consumo problemático de drogas en una etapa posterior de su vida, y desarrollar intervenciones concretas para ellas" (OEDT, 2011).



Gráfica 2: Tipos de prevención.

Según se contempla en el documento de consenso sobre criterios de los programas de prevención, un programa preventivo debe cumplir con tres criterios básicos para justificar su existencia:

- a) Debe tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.
- b) Debe cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.

 c) Debe estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

En otro documento de especial trascendencia para los programas preventivos en nuestro país y, en concreto, los desarrollados en el ámbito escolar (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1996), el Plan Nacional sobre Drogas explicita las medidas preventivas que pueden adoptarse y que se engloban en cuatro tipos:

- 1. Las dirigidas a reducir la disponibilidad (oferta): procurar una diminución en la oferta de drogas legales e ilegales.
- Las que tienen como objetivo reducir la demanda: formar a los adolescentes para que no precisen el consumo de sustancias para resolver problemas, divertirse, estimularse, etc.
- 3. Medidas dirigidas a que las personas que consuman sustancias en fases iniciales, eviten la progresión hacia la adicción.
- 4. Aquellas dirigidas a reducir los problemas asociados al consumo de drogas que las personas que ya las consumen pudieran padecer ("reducción del daño").

Finalmente, y si bien remitimos a la lectura completa del documento de criterios básicos -así como del Decreto 78/1999 contenido en los anexos del presente manual-, por su importancia cotidiana nos parece oportuno reproducir literalmente un fragmento del referido documento "Criteriosbásicos deintervención enlosprogramas de prevención" en el que se hace referencia a los materiales utilizados en los programas de prevención y, en concreto, a "las condiciones que deberían reunir dichos materiales para poder ser considerados como adecuados:

- Los materiales explicitarán en su presentación el marco teórico preventivo en el que se sustentan sus objetivos y las condiciones generales de aplicación -características de los destinatarios, edad, nivel sociocultural.
- Se tipificarán en función de los objetivos, contenidos y actividades que presentan y su estructura será coherente con el marco de las actuaciones de prevención de las que forman parte.
- 3. La utilización de los materiales durará lo necesario para conseguir los objetivos que se propone y tendrá previstos mecanismos de mantenimiento y refuerzo de los resultados obtenidos.

DROGODEPENDENCIAS

- 4. Los materiales presentarán modelos vitales positivos y atractivos, sin recurrir innecesariamente a imágenes relacionales con el consumo y sin incluir información sobre procedimientos de adquisición y utilización de drogas.
- 5. Los contenidos estarán científicamente actualizados. Se recogerán referencias a textos y otros materiales de ampliación así como información completa sobre instituciones y ámbitos de información y ayuda complementarios.
- 6. Los contenidos evidenciarán, sobre pruebas fundadas científicamente, hasta qué punto las drogodependencias son perjudiciales individual y socialmente.
- 7. Los materiales incluirán procedimientos de evaluación de los resultados respecto de los objetivos y, en su caso, de los procedimientos así como mecanismos correctores.

En el ámbito educativo, además de los criterios mencionados, cabría plantear, dada la especificidad de los programas de prevención de las drogodependencias en dicho ámbito, las siguientes condiciones añadidas para la adecuación de los materiales:

- 1. El material podrá ser utilizado tanto porque se ajusta a las exigencias curriculares -especificando a qué niveles educativos se dirigen- como porque conviene a intervenciones derivadas de situaciones prioritarias o de coordinación comunitaria extra-escolar. La tipificación del material para una edad y un nivel sociocultural concreto será congruente con el contenido y las actividades propuestas por ese material.
- 2. Los materiales se ajustarán a los requerimientos pedagógicos comunes (comunicación entre alumnos, técnicas didácticas variadas, información por diversos canales, autoevaluación y fundamentación en los conocimientos previos), pero equilibrando este ajuste en relación al cumplimiento de las condiciones anteriormente mencionadas.
- 3. La estructura y contenido de los materiales se configurarán en función de conseguir el objetivo prioritario de disminuir la vulnerabilidad psicológica de los niños, pre-adolescentes y adolescentes.
- 4. La estructura de los materiales permitirá a los alumnos reconocer en sí mismos tales mecanismos de vulnerabilidad y, generar así, actitudes de prevención y de búsqueda de compromisos positivos.
- 5. La estructura de los materiales será coherente tanto con los programas de prevención de la comunidad como con los de formación de padres y profesores.

6. Los materiales se complementarán con guías de uso para profesores y tutores, coherentes con los materiales y adaptadas a las posibilidades reales de tiempo y medios de los centros y también con guías de apoyo para las familias, adaptadas a las condiciones socioculturales reales del grupo familiar.

Puede concluirse que aquellos materiales que cumplan estos requisitos- entendiendo que no se ha pretendido la exhaustividad en este documento- y que se utilicen siguiendo criterios de coherencia en relación a los programas de prevención de las drogodependencias, tendrán una mayor probabilidad de optimizar los resultados perseguidos por los mencionados programas".

A la vista de todo lo anterior, concluimos recordando una máxima clásica en prevención de las drogodependencias: "no todo vale". En muchas ocasiones, aun cuando se actúe con la mejor de las intenciones, el efecto preventivo no acompaña a determinadas actividades e, incluso, éstas pueden ser perjudiciales. Como ejemplo, las charlas impartidas por policías o por ex adictos. Precisamente por estos motivos surgió el documento de criterios al que hemos hecho referencia en repetidas ocasiones. A nuestro juicio, se hace obligado cumplir con estas recomendaciones, independientemente de que en la Comunidad Valenciana sea obligado cuando se prevea solicitar cualquier tipo de financiación, a la Generalitat Valenciana, para el desarrollo de un programa concreto de prevención de las drogodependencias.

DROGODEPENDENCIAS





SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA

La comparación de las prevalencias de consumo evidencia la aparición de cambios significativos en los patrones de uso de sustancias en los últimos años. La situación, en términos generales, no es llamativamente mejor ni peor sino distinta, con una evolución hacia un descenso en el consumo del mayor número de sustancias pero también caracterizada por elevadas prevalencias en el consumo de alcohol, cannabis, tabaco y cocaína. Y, dado que son éstas las sustancias más consumidas, como resultado final observamos un considerable incremento en el número de sujetos que consumen alcohol u otras drogas, en relación a la situación existente a finales de la década de los noventa.

Así pues, la situación actual viene a caracterizarse por un descenso en las drogas que produjeron mayor alarma social a finales de siglo (como la heroína) pero, por el contrario, por un considerable aumento en el consumo de otras que han sido progresivamente aceptadas por la sociedad española, como el alcohol o el cannabis.

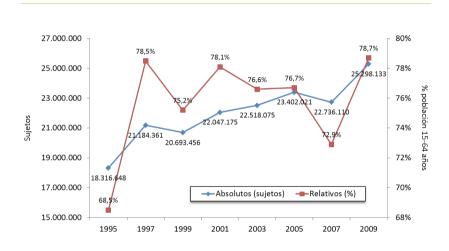
A la extensión de estos consumos se añade un factor cada vez más llamativo: se trata de consumos más intensos, más próximos a patrones de abuso o dependencia. Se incrementa progresivamente el número de sujetos que consumen una sustancia con frecuencia diaria y que, en consecuencia, podríamos considerar como consumidores problemáticos o adictos.

Factores como una cada vez más disminuida percepción del riesgo y, a su vez, una mayor accesibilidad o disponibilidad de las sustancias, han demostrado una íntima relación con el incremento del consumo de determinadas sustancias como el cannabis o el alcohol. Finalmente, las edades medias de inicio en el consumo han ido disminuyendo paulatinamente hasta llegar a un punto de cierta estabilidad pero con edades ya tan precoces que difícilmente seguirán desciendo a corto plazo.

ALCOHOL

El alcohol ha sido, es y seguirá siendo la primera sustancia adictiva en nuestro país, tanto en términos de consumo habitual, número absoluto de adictos y gasto generado, tanto a nivel social como específicamente sanitario. Por este motivo merece una consideración especial, más aún cuando su consumo está ampliamente extendido hasta llegar a formar parte de nuestra propia cultura.

Según las encuestas en población general realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1995-2009) se estima que, entre los españoles con edades comprendidas entre 15 y 64 años, más de 25.000.000 consumieron alcohol en el último año, cifra que equivale al 78.7% de este amplio grupo de población (Gráfica 3). Después del incremento registrado entre 1995 y 1997, el consumo de alcohol se ha mantenido estable en nuestro país, aproximándose al 80% de la población.



Gráfica 3: Evolución del consumo de alcohol (prevalencia-año) en población general española (1995-2009).

Como novedad, en la última encuesta en población general (DGPNsD, 2010) se concluyó la detección de consumo problemático de alcohol utilizando un instrumento sobradamente contrastado como es el AUDIT. Utilizando este sistema de detección, la encuesta registró una prevalencia de consumo perjudicial del 7.4% de la población de 15 a 64 años de edad, equivalente a dos millones de personas (1.320.000 hombres y 680.000 mujeres). A esta cifra habría que añadir otras 90.000 personas (0.3% de quienes han consumido alcohol en alguna ocasión) que mostrarían una posible dependencia (75.600 hombres y 14.400 mujeres).

Posiblemente se trate de un cálculo muy conservador –a nuestro juicio, extremadamente conservador-, estimando que entre dos y tres millones de españoles presentarían una adicción al alcohol. Más recientemente (Pérez Gálvez, 2011) hemos podido constatar cómo un 28.5% de los adolescentes entre 16 y 18 años de edad podrían cumplir con los criterios diagnósticos DSM-IV TR para un diagnóstico de Trastorno por Abuso o por Dependencia al

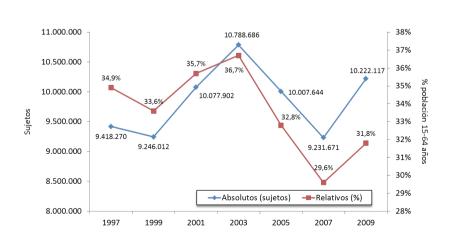
DROGODE PENDENCIAS

Alcohol. Estos datos serían congruentes con la tendencia ascendente a las embriaqueces. entre la población general, advertida por la DGPNsD en la última encuesta EDADES'2009. Según este último estudio, en el año 2009, el 23,1% de la población de 15 a 64 años se emborrachó en los últimos 12 meses y el 14.9% tuvo "atracones" de alcohol (ingesta de 5 o más bebidas alcohólicas en hombres, o de 4 o más en muieres, en la misma ocasión y en un tiempo no superior a dos horas).

En población escolar las cifras son sensiblemente más elevadas. El 47.1% de los escolares españoles con edades comprendidas entre 14 y 18 años reconoció, en 2008, haberse emborrachado alguna vez en los doce meses previos (DGPNsD, 2009). En la Comunidad Valenciana, la cifra ascendió hasta un 51.8%. Debemos recordar que cualquier entrega de alcohol a menores de edad está sancionado por la Ley. En consecuencia, el objetivo esperado debería ser del 0%.

TABACO

A nivel nacional parece constatarse una disminución en el consumo de tabaco que, a juicio de la DGPNsD se asocia al debate social surgido previamente a la Ley 28/2005 (datos 2003). Sin embargo, en la misma encuesta en la que se ofrece esta interpretación (EDADES'2009/2010) se aprecia cómo no se evidencian variaciones significativas en la prevalencia de consumo de tabaco con posterioridad a la entrada en vigor de la citada Ley 28/2005 de 26 de diciembre,



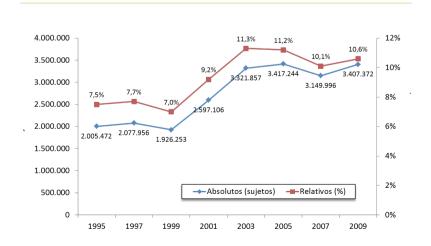
Gráfica 4: Evolución del consumo de tabaco (consumo diario) en población general española (1995-2009).

de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Posteriormente veremos cómo el consumo se incrementó en la Comunidad Valenciana, poniendo en entredicho la eficacia de las medidas contempladas en esta norma legal.

En consecuencia, la Ley 28/2005 se asocia cronológicamente con un descenso en el consumo de tabaco de 3.2 puntos absolutos (periodo 2005-2007), si bien recupera casi completamente esta diferencia en la siguiente encuesta, situando la prevalencia actual de consumo diario de tabaco un 31.8% (apenas un punto por debajo del año 2005), prevalencia que equivale a más de 10.200.000 sujetos con edades comprendidas entre 15 y 64 años. En el momento actual no se dispone de datos oficiales que permitan valorar la eficacia de la nueva Ley 42/2010, de 30 de diciembre, que modifica a la Ley 28/2005 y que -cuando menos subjetivamente así nos lo parece- aparenta haber cosechado buenos resultados.

CANNABIS

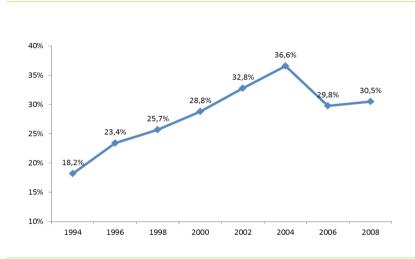
Se trata de la sustancia ilegal con mayor consumo, sensiblemente alejada incluso de la suma conjunta de todas las demás drogas ilegales. Las encuestas en población general españolas orientan hacia un punto de estabilidad en el consumo de cannabis, con una prevalencia-año que desde 2003 viene situándose en torno al 10-11% en población general. En términos absolutos, cerca de tres millones y medio de españoles (15-64 años) habrían consumido cannabis en los últimos doce meses (Gráfica 5).



Gráfica 5: Evolución del consumo de cannabis (prevalencia-año) en población general española (1995-2009).

DROGODE PENDENCIAS

Sin embargo, tres aspectos negativos resaltan en las encuestas. Por una parte, la tendencia al alza en cuanto a la prevalencia del consumo habitual (semanal), que en el último año estudiado (2009/2010) alcanzó al 2% de la población general. Por otra parte, las encuestas escolares (ESTUDES) muestran una tendencia al alza desde la primera de ellas, con la única excepción del año 2006 en que se advirtió un marcado descenso en el consumo (Gráfica 6).

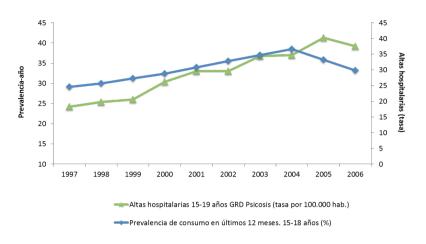


Gráfica 6: Evolución del consumo de cannabis (prevalencia-año) en escolares españoles (14-18 años).

Finalmente, y como puede apreciarse en la Gráfica 7, se observa una llamativa similitud entre el consumo de cannabis en adolescentes (prevalencia en últimos 12 meses) con la tasa de ingresos por trastornos psicóticos en los hospitales españoles.

Si bien esta asociación precisa de un análisis más detallado, no cabe duda de que su paralelismo permite, cuando menos, plantear una hipótesis de causalidad. Y, en cualquier caso, advierte sobre la elevada peligrosidad que subyace en el consumo de esta sustancia, al menos entre sujetos vulnerables.

Un último dato a tener en cuenta. Según el último informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2011), España sigue ocupando la segunda posición en el ranking de países europeos con mayor consumo de cannabis, solo superada por la República Checa.



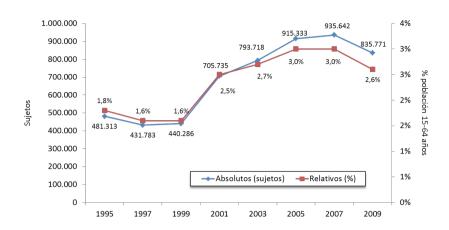
Gráfica 7: Evolución del consumo de cannabis (prevalencia-año) e ingresos hospitalarios por psicosis en adolescentes.

COCAÍNA

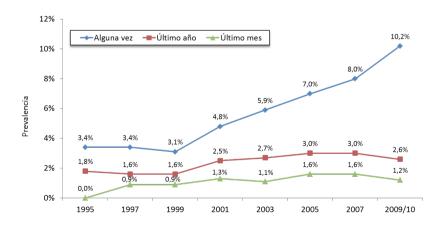
No es fácil concluir cuál es la situación actual del consumo de cocaína en España, basándonos exclusivamente en las encuestas realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Tratándose de una sustancia sensiblemente más prevalente a partir de la segunda década de la vida, serán las encuestas realizadas en población general las que, a priori, mejor deben guiarnos. Sin embargo, y como a continuación comentaremos, ciertas incongruencias observadas en las encuestas más recientes nos obligan a considerar con cierta cautela los datos oficiales.

Una primera aproximación a los datos epidemiológicos (Gráfica 8) nos ofrece una imagen relativamente positiva del momento actual, con un descenso en el consumo de cocaína (prevalencia-año) en 2009, después de una tendencia alcista entre 1999 y 2005 que pareció frenarse en 2007. Con una prevalencia-año del 2.6%, la cocaína habría sido consumida por algo más de 835.000 sujetos, con edades comprendidas entre 15 y 64 años, en los doce meses previos a la última encuesta.

Sin embargo, si mostramos en un mismo gráfico las diferentes prevalencias estimadas (vida, año y mes), tal y como las ofrece la última encuesta nacional EDADES'2009/2010, inmediatamente observamos una extraña tendencia (Gráfica 9).



Gráfica 8: Evolución del consumo de cocaína (prevalencia-año) en población general española (1995-2009).



Gráfica 9: Prevalencias de consumo de cocaína en polvo en población general española (1995/2009).

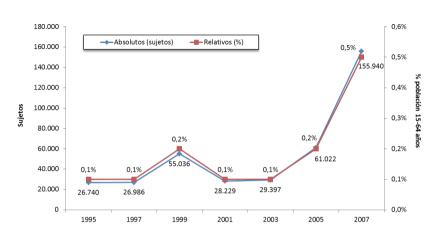
La Gráfica 9 nos ofrece una tendencia alcista en cuanto a la prevalencia-vida que se duplica sobradamente en el periodo 2001-2009. Sin embargo, la prevalencia-año y la prevalenciames se mantienen estables. Conjugando estos hallazgos, concluiríamos que si bien es cierto que cada vez hay más gente que ha probado la cocaína, parece que la inmensa mayoría de quienes han iniciado el consumo a partir de 2003 y, más especialmente, desde 2005, lo han abandonado de forma casi inmediata. De hecho, si durante el periodo 1995-2003 el 49.9% de quienes habían consumido alguna vez lo seguían haciendo en el último año (d.s. = 3.3%; rango: 45.8%-52.9%), a partir de 2005 alguna razón -que desconocemos- favorece una menor adherencia al consumo, con un índice de mantenimiento de apenas un 35.3% y con una dispersión muy superior (d.s.: 8.9%; rango: 25.5%-42.9%). Como exponíamos, no encontramos razón alguna que justifique este cambio de, por otra parte, muy dudosa credibilidad.

En conclusión, parece más cauto considerar que el consumo de cocaína se mantiene estable en nuestro país. Según los datos más recientes, publicados por Naciones Unidas (UNODC, 2011), somos el país con mayor prevalencia-año de consumo de cocaína del mundo, superando incluso a Gran Bretaña (2.5%) y Estados Unidos (2.4%). Por tanto, es difícil asumir que el consumo haya descendido en la magnitud que comunica la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en la encuesta EDADES 2009/2010 y, más aún, que este hipotético descenso pueda atribuirse al "Programa de Actuación frente a la Cocaína 2007-2010" más aún, insistimos, cuando durante ese periodo se incrementó sustancialmente la prevalencia-vida de consumo de cocaína.

COCAÍNA BASE

La pasta base de cocaína es un producto intermedio de la elaboración del clorhidrato de cocaína. Realmente corresponde a los residuos que aparecen en la elaboración inicial de la cocaína en polvo.

Contiene el alcaloide en distinta concentración y distintas sustancias utilizadas en el "cocinado" y elaboración dela cocaína que le confieren una elevada toxicidad, como queroseno, ácido clorhídrico, acetona, etc. Su consumo es generalmente por vía respiratoria en pipas -generalmente caseras- o fumada mediante su mezcla con tabaco o marihuana en forma de cigarrillo ("basuco").



Gráfica 10: Evolución del consumo de pasta base de cocaína (prevalencia-año) en población general española (1995-2009).

Clásicamente se ha considerado como la "cocaína de los pobres" y presenta una toxicidad y capacidad adictiva sensible más elevada que el clorhidrato de cocaína (cocaína en polvo).

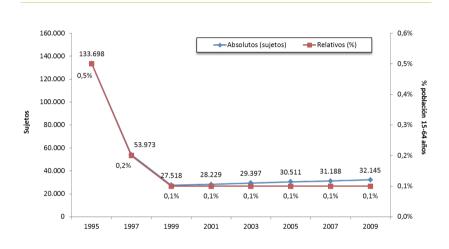
Los datos procedentes de las encuestas realizadas en población general ofrecen unos resultados que, cuando menos, deben servir de advertencia respecto a un posible incremento de la prevalencia de consumo en los próximos años.

En la Gráfica 10 se observa una tendencia creciente y muy acusada a partir del año 2005. No existen datos comunicados del año 2009 y, por tanto, nos vemos obligados a considerar como última serie la correspondiente a 2007. Con una prevalencia-año de 0.5% -similar a la registrada en el caso de la heroína en los momentos de mayor consumo de esta sustancia-, el consumo de pasta base de cocaína se extiende en España hasta alcanzar a más de 150.000 personas.

HEROÍNA

Se trata de una sustancia cuyo consumo ha descendido sensiblemente en los últimos quince años. Ha pasado de ser la "droga" por excelencia a considerarse una sustancia de consumo residual, pero no por ello deja de tener un importante peso específico a nivel asistencial, siendo la tercera droga que mayor volumen asistencial genera, después del alcohol y la cocaína.

Como puede observarse en la Gráfica 11, las distintas encuestas realizadas en población general han constatado este descenso en el consumo, aun manteniendo un "suelo" que parece no descender del 0.1%. No debemos olvidar que la importancia epidemiológica de la heroína radica más en su capacidad adictógena que en una prevalencia de consumo elevada. En este sentido, recordemos que, en los momentos de mayor consumo, la prevalencia-año se situaba en el 0.5%.



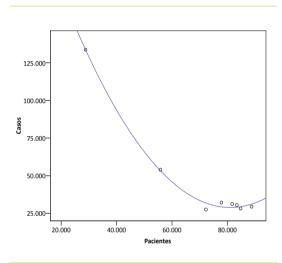
Gráfica 11: Evolución del consumo de heroína (prevalencia-año) en población general española (1995-2009).

¿A qué podemos atribuir un descenso tan llamativo en el consumo de heroína? Se ha argumentado el miedo al contagio por VIH y, aunque no puede negarse la influencia de este factor, parece asociarse más a la disminución en los inicios de consumo que al aumento de abandonos de éste.

Existe unanimidad en considerar la extensión de los tratamientos con agonistas opiáceos (metadona) como el principal factor relacionado con el descenso de la prevalencia de consumo de heroína. En 1995 se atendieron, en programas de mantenimiento con metadona, a un total de 28.806 pacientes adictos a la heroína. A partir de 1996 este número creció linealmente, hasta alcanzar un máximo de 90.488 pacientes en 2002 y descender ligera pero progresivamente desde entonces, con un volumen asistencial de 77.811 casos en el año 2009.

DROGODE PENDENCIAS

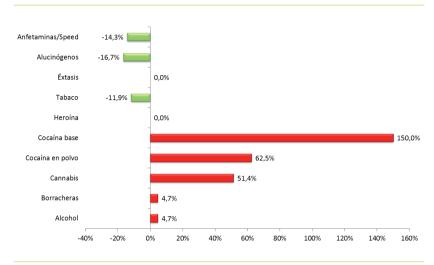
La asociación entre el consumo de heroína y los tratamientos con metadona se hace evidente en la Gráfica 12. Una curva cuadrática aparece como el mejor modelo de regresión, registrándose un coeficiente de correlación muy elevado ($R^2 = 0.996$) que permite confirmar la potente relación existente entre ambas variables.



Gráfica 12: Relación entre el número de consumidores de heroína (prevalencia-año) y de pacientes en tratamiento con agonistas (periodo 1995-2009).

LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS (1999/2009)

La última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), correspondiente al año 2009, fue presentada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad el 7 de diciembre de 2010. En la Gráfica 13 se expone la diferencia relativa entre las prevalencias registradas en esta encuesta y las reflejadas en la realizada diez años antes (1999), comparación que nos ofrece una visión resumida de la evolución del consumo de sustancias en la población general.



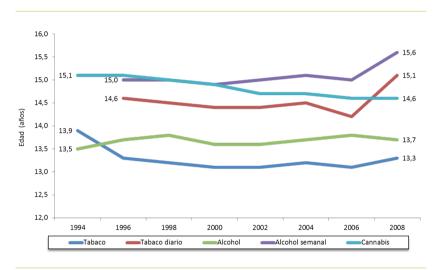
Gráfica 13: Evolución de la prevalencia-vida de consumo de sustancias en población general (1999/2009).

Solo en el consumo de tres sustancias (alucinógenos, anfetaminas y tabaco) se evidencian tendencias descendentes; en otras dos (éxtasis y heroína), cuando menos no se registra un incremento. Por el contrario, las dos sustancias más prevalentes (alcohol y cannabis) así como la cocaína (tanto en polvo como base) presentan sensibles aumentos del consumo. En el caso del alcohol, tal vez deba preocuparnos en mayor medida el incremento de un 4.7% en la prevalencia-año de borracheras que la registrada, con igual magnitud, en el consumo durante los últimos doce meses.

Destacan especialmente los incrementos observados en las prevalencias-año del cannabis y la cocaína en polvo, por cuanto ambas aumentan en más del 50% entre 1999 y 2009 (51.4% y 62.5%, respectivamente). De igual manera, la irrupción de un consumo relativamente prevalente y consolidado de cocaína base, con un incremento del 150% entre 1999 y 2007 (últimos datos publicado), debería generar una llamativa preocupación fundamentalmente por su mantenimiento en el tiempo.

EDADES DE INICIO EN EL CONSUMO

A la vista de las distintas encuestas realizadas, las edades de inicio han registrado un constante descenso en los últimos años, hasta el extremo de alcanzar cierto punto de estabilidad que, a nuestro juicio, se justifica por la práctica imposibilidad de seguir descendiendo a corto plazo dados los valores tan precoces alcanzados.



Gráfica 14: Edades medias de inicio en el consumo de sustancias en escolares españoles (1994-2008).

Según se observa en la Gráfica 14, las edades de inicio en el consumo de ciertas sustancias –como alcohol, tabaco y cannabis- son extraordinariamente precoces. Según los datos obtenidos en la última encuesta escolar (ESTUDES'2008) referida a escolares con edades comprendidas entre 14 y 18 años, el consumo de tabaco registra el inicio más precoz con un promedio de 13.3 años, adelantándose en 0.4 años (5 meses) a la edad media de inicio en el consumo de alcohol. El consumo frecuente de ambas sustancias se demora un par de años, situándose en 15.6 años para el consumo semanal de alcohol y en 15.1 años en el caso del consumo diario de tabaco.

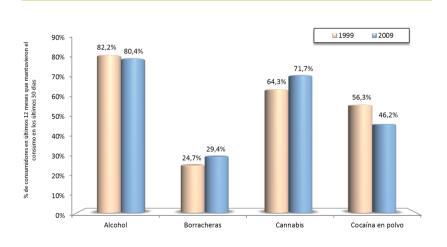
Entre las sustancias catalogadas como ilegales –recordemos que, en menores de edad, todas deberían ser consideradas como tales- el cannabis es la sustancia más prevalente. Según ESTUDES'2008, el 35.2% de los estudiantes españoles había consumido cannabis en

alguna ocasión y un 30.5% lo había hecho en los últimos doce meses. La cocaína –siguiente sustancia en el ranking de consumo- apenas había sido consumida en alguna ocasión por el 5.1% de los escolares. La edad media de inicio en el consumo de cannabis es ligeramente posterior a la de tabaco y alcohol, situándose en un promedio de 14.6 años y antecediendo al inicio del consumo frecuente (bien diario, bien semanal) de las dos sustancias anteriores.

CONTINUIDAD EN EL CONSUMO

Las principales sustancias de consumo, siempre exceptuando el tabaco, siguen mostrando elevados índices de continuidad en el consumo. En este caso, definiremos este índice como la proporción de sujetos que, habiendo consumido una determinada sustancia en los doce meses previos, mantienen este consumo en los últimos treinta días.

Como se expone en la Gráfica 15, este índice supera con creces el 70% en los casos del alcohol y el cannabis. En el primer supuesto, un 80.4% de quienes bebieron alcohol en los doce meses previos a la encuesta también los hicieron en los últimos 30 días. Si bien se registra un ligero descenso respecto al 82.2% registrado en 1999, destaca igualmente el hecho de que sea mayor la proporción de consumidores de alcohol que se han emborrachado en los últimos treinta días: un 29.4% en 2009 frente al 24.7% en 1999.



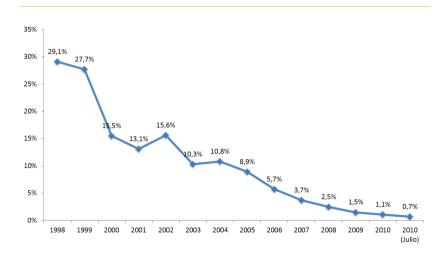
Gráfica 15: Índice de continuidad en el consumo (1999-2009).

En relación al cannabis, preocupa el dato de que un 71.7% de quienes han consumido esta sustancia en el último año mantenga su consumo en el mes más reciente. Esta cifra era inferior en 1999 (64.3%), en un contexto en el que también era más baja la prevalencia-año de consumo (7% en 1999 vs. 10.6% en 2009) así como la de uso diario de esta sustancia (0.7% en 1999 y 2% en 2009). En conclusión, no solo observamos un incremento superior al 50% en el número de consumidores de cannabis, sino que éste es más frecuente y adictivo.

Solo en el caso de la cocaína en polvo se ha registrado un descenso en el índice de continuidad en el consumo, pasando de un 56.3% en 1999 al 46.2% registrado en 2009. No obstante, este índice sigue siendo próximo a uno de cada dos consumidores y, recordémoslo, la prevalencia de consumo se ha incrementado en un 62.5% en el periodo 1999-2009.

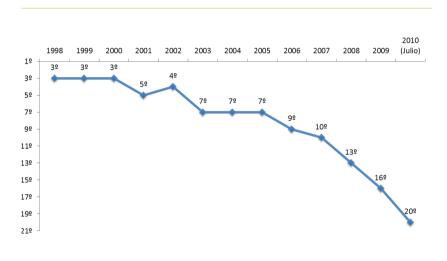
LA PERCEPCIÓN SOCIAL DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

Anteriormente hemos hecho referencia a la íntima relación existente entre la percepción del riesgo producido por una sustancia y el consumo de ésta. En consecuencia, uno de los principales retos de la prevención se centra en incrementar esta percepción, al objeto de producir un dilema cognitivo en el sujeto que favorezca el establecimiento de un proceso decisional, en el que a los beneficios del consumo se le contrapongan los riesgos propios del mismo.



Gráfica 16: Porcentaje de la población que considera las drogas como uno de los principales problemas del país (Barómetros CIS).

A la vista de los resultados ofrecidos por los distintos barómetros de opinión realizados regularmente por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), éste parece un reto difícil de alcanzar. Como mostramos en la Gráfica 16, la importancia que los ciudadanos dan al problema de las drogas ha ido disminuyendo progresivamente en los últimos años. Veamos los extremos: mientras en marzo de 1998 (primer dato expuesto) un 29.1% de la población consideraba las drogas como uno de los tres principales problemas de España, en julio de 2010 apenas un 0.7% lo considera así, con una tendencia hacia el descenso que se ha mantenido constante a lo largo de los años.



Gráfica 17: Posición de las drogas en el ranking de problemas en la sociedad española (CIS).

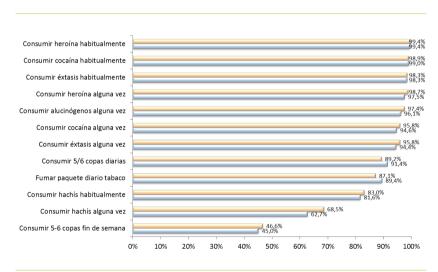
Es lógico esperar que una mejoría en la severidad del problema de las drogas o, cuando menos, la existencia de una respuesta organizada por parte de las Administraciones, conlleve que el problema sea percibido con menor intensidad. Por otra parte, otros problemas han ido adquiriendo mayor interés, algunos de los cuáles son clásicos (desempleo o terrorismo) y otros más recientes (inmigración) y, en consecuencia, el problema de las drogas podría ser desplazado varios puestos en este ranking. Pero, en cualquier caso, pasar de ser el tercer problema entre 1998 y 2000, a ocupar la vigésima posición en julio de 2010 parece un cambio excesivo, más aún cuando la pérdida de protagonismo social se centra en apenas un trienio (2008-2010).

DROGODE PENDENCIAS

La pérdida de interés social por el problema no tendría más importancia si no fuera porque coincide en el tiempo, en vez de con un descenso en el consumo, con un aumento en el uso de alcohol y otras drogas. La explicación parece ser simple: el interés social no se centraba en el problema genérico del consumo de drogas sino, más específicamente, en los problemas sociales asociados a éste, como la delincuencia.

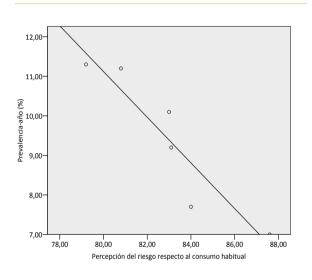
PERCEPCIÓN DEL RIESGO

La percepción del riesgo o, en otros términos, el rechazo a consumir una sustancia, es un factor que clásicamente ha sido asociado a la evolución del consumo. Así, una mayor percepción del riesgo se relacionaría directamente con menores prevalencias de consumo.



Gráfica 18: Población que considera que piensa que cada conducta puede producir bastante/muchos problemas (2007/2009).

En la última encuesta en población general (EDADES 2009/2010) se ofrece una comparación entre la percepción del riesgo de determinadas pautas de consumo (Gráfica 18). Llama la atención, especialmente, la baja percepción del riesgo que se observa en relación a las dos principales drogas de abuso entre adolescentes: alcohol y cannabis. De este modo, la percepción del riesgo asociada al consumo de cannabis y de alcohol muestran los índices más bajos, coincidiendo con tratarse de las dos sustancias más consumidas en nuestro país junto al tabaco. A nuestro juicio debe ser motivo de preocupación tanto este hecho como el descenso observado en los últimos años (2007-2009) en relación a la percepción del riesgo de consumo de cannabis como, muy especialmente, de alcohol. Apenas un 45% de la población considera peligroso el consumo de 5-6 copas los fines de semana, cifra que, además de ser baja y minoritaria, incluso ha descendido en relación a la encuesta anterior (46.6% en 2007).

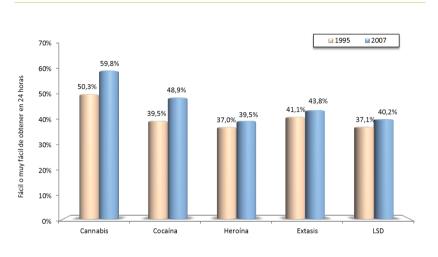


Gráfica 19: Relación entre prevalencia-año y percepción de riesgo del consumo habitual de cannabis.

Tomando como ejemplo esta última sustancia, en la Gráfica 19 se expone la correlación existente entre una menor percepción del consumo habitual y la prevalencia de uso de cannabis en los doce últimos meses. Como puede apreciarse, esta asociación es inversa –es decir, cuanto menor sea la percepción del riesgo, mayor será la proporción de consumidores entre la población- y con un coeficiente de correlación muy elevado ($R^2 = 0.863$).

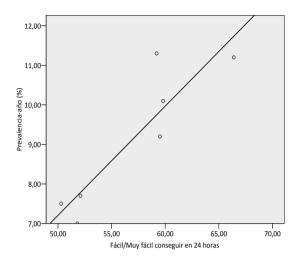
DISPONIBILIDAD DE SUSTANCIAS

La accesibilidad a las distintas drogas se ha incrementado sustancialmente en los últimos años. Los datos sobre disponibilidad de sustancias correspondientes a las encuestas de 1995 y 2007 (en 2009 no se comunicaron), así lo indican. En todas las sustancias incluidas en el análisis se observa una mayor accesibilidad, evaluada al preguntar a los encuestados sobre la facilidad de obtener la sustancia en cuestión en apenas 24 horas (Gráfica 20).



Gráfica 20: Disponibilidad de drogas (fácil o muy fácil de conseguir en 24 horas).

Al igual que ocurriera con la percepción del riesgo, la accesibilidad a las sustancias se asocia con un mayor consumo de éstas, si bien en esta ocasión la asociación es directa y no inversa. En la Gráfica 21 se muestra la curva obtenida entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de R² = 0.808 que evidencia la potente asociación existente entre una mayor facilidad de adquirir la sustancia (en este caso, cannabis) y el aumento en la proporción de consumidores. Así pues, si se desea alcanzar óptimos resultados en la prevención del consumo de drogas, parece obvio que las medidas de reducción de la oferta deberán ir parejas a las de reducción de la demanda.

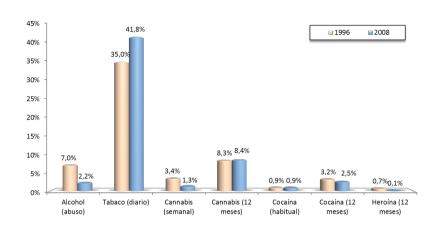


Gráfica 21: Relación entre consumo de cannabis y disponibilidad de la sustancia.

EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Desde el año 1996 vienen realizándose encuestas bianuales (Conselleria de Sanidad, 2011) sobre consumo de drogas en la población de 15 y más años de la Comunidad Valenciana. Esta serie histórica nos permite, con cierto nivel de fiabilidad, observar los cambios en las prevalencias del consumo de drogas en un considerable periodo de tiempo.

En una primera aproximación a la evolución del consumo entre 1996 y 2008, apreciamos una tendencia aparentemente muy favorable, con disminución en sustancias tan prevalentes y/o socialmente problemáticas como el alcohol, el cannabis, la cocaína o la heroína, y un ligero ascenso en el consumo de tabaco (ver Gráfica 22). Según estos datos, el abuso de alcohol habría descendido drásticamente entre la población general de la Comunidad Valenciana, desde un 7% en 1996 a apenas el 2.2% en 2008. Algo similar ocurriría con el consumo habitual (semanal) de cannabis –que bajaría desde un 3.4% en 1996 a solo el 1.3% en 2008-, o las prevalencias-año de consumo de cocaína (3.2% en 1996; 2.5% en 2008) y heroína (0.7% vs. 0.1%), manteniéndose estable la de cannabis (8,3% vs. 8.4%).



Gráfica 22: Evolución del consumo de drogas en la población de 15 y más años de la Comunidad Valenciana (1996/2008).

Esta primera lectura –favorable a todas luces-, no parece coincidir con la visión subjetiva que pudiéramos tener. Creer que el consumo de drogas actual es inferior al registrado en 1996 parece una hipótesis difícil de sostener. Por otra parte, el análisis de los datos epidemiológicos relativos al consumo de cánnabis muestra una divergencia entre fuentes (Generalitat Valenciana y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), difícil de entender.

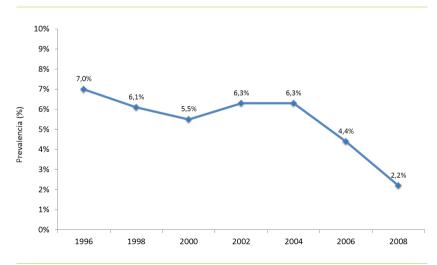
Como ejemplo, comparemos los datos relativos al consumo de cannabis. Las encuestas autonómicas reflejan un llamativo descenso en el consumo en los dos últimos estudios (2006 y 2008), hasta el extremo de situarse en una prevalencia-año del 8.4%, prácticamente la misma que la registrada en 1996 (8.3%). Más llamativo es el hecho de que disminuya 7.5 puntos absolutos la prevalencia-vida entre 2004 y 2006, así como que prácticamente hayan desparecido los casos de consumo habitual de cannabis (semanal), cayendo a solo el 1.3% en 2008 desde un 5.4% en 2004. Desde su inicio en 1996, esta serie de encuestas no ha tenido variación alguna ni en su metodología ni en cuanto a la entidad que las ha realizado (EDIS-FAD). Los datos no son congruentes con los estudios más recientes publicados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como es el caso de las encuestas en población escolar (ESTUDES) que ofrecen un sensible incremento en el consumo de cannabis entre 2006 y 2008, superior al registrado a nivel nacional y con prevalencias solo superadas en el País Vasco y Aragón.

ALCOHOL

El abuso de alcohol, en la Comunidad Valenciana, ofrece una tendencia a la baja desde que empezara a ser monitorizado en 1996. En la actualidad, la cifra se sitúa en el 2.2% de la población de 15 o más años de edad, según los datos oficiales procedentes de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana (Gráfica 23).

Si bien la tendencia parece estar contratada, cabe realizar dos advertencias:

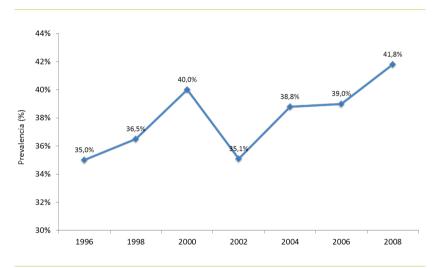
- a) En primer lugar, extraña una disminución muy intensa en un periodo de tiempo relativamente corto (2004-2008), sin que encontremos un factor que pueda justificar tal descenso.
- b) Por otra parte, el sistema de valoración del abuso de alcohol es de tipo cuantitativo (cantidad x frecuencia), sistema actualmente muy criticado como ya advertimos en estudios previos (Pérez Gálvez, 2011)- por cuanto no representa la realidad actual de consumo. Como ejemplo, el caso de un joven que consumiera 5 cubalibres por noche, durante tres noches a la semana, sería considerado como un "bebedor moderado" según este método. Por el contrario, los sistemas de valoración recomendados en la actualidad lo catalogarían como "bebedor excesivo y frecuente" o, en otros términos, "abusador de alcohol". Posiblemente sea este sesgo metodológico una de las causas que justifiquen tasas tan bajas de abuso de alcohol, coincidiendo con un patrón caracterizado por baja frecuencia de consumo pero con gran volumen de alcohol.



Gráfica 23: Evolución del abuso de alcohol en la Comunidad Valenciana (1996-2008).

TABACO

El tabaco muestra un importante aumento en su consumo diario (35% en 1996; 41.8% en 2008). Este incremento hace dudar de la eficacia de las medidas de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Sin embargo, la ausencia de datos más recientes imposibilita valorar el impacto de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

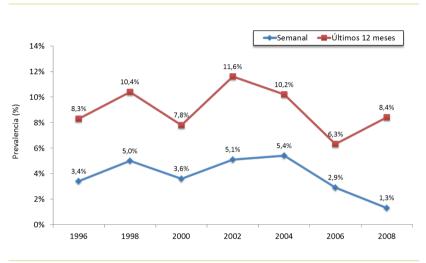


Gráfica 24: Evolución del consumo de tabaco en la Comunidad Valenciana (1996-2008).

CANNABIS

Como anteriormente advertíamos, mostramos nuestras dudas al respecto de la fiabilidad de los datos relativos al consumo de cannabis en la Comunidad Valenciana, en el periodo 2006-2008. Debemos de ser muy cautos con la interpretación de estos datos, más aún cuando un inadecuado triunfalismo podría favorecer un descenso en la percepción del riesgo.

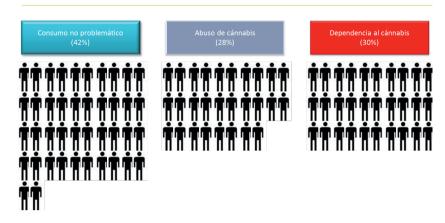
Como se observa en la Gráfica 25, en los años 2006 y 2008 se evidencia un marcado descenso en el consumo de cannabis que, fundamentalmente por su intensidad más que por la orientación, cuando menos genera cierta extrañeza. Es difícil justificar un descenso del 38% en la prevalencia-año y del 46% en el consumo habitual (semanal) entre 2004 y 2006.



Gráfica 25: Evolución del consumo de cannabis en la Comunidad Valenciana (1996-2008).

De igual modo, debemos valorar con cautela los datos de 2008 por dos motivos:

- a) En primer lugar, no parece coherente que se incremente la prevalencia-año (8.4% en 2008, frente al 6.3% en 2006) y, por el contrario, descienda drásticamente el consumo habitual, desde un 2.9% hasta el 1.3% (un 55%, en términos relativos).
- b) Entre 1996 y 2006, el 46.4% (rango: 41%-52.9%) de quienes habían consumido cannabis en los doce meses previos a la encuesta lo hacían con frecuencia semanal o superior. Sin embargo, en 2008 esta circunstancia solo ocurre en un 15.5% de los casos.
- c) Unificando ambos hallazgos, en la encuesta del 2008 nos encontraríamos con una situación paradójica: un incremento del 33% en el número de consumidores de cannabis coincidiendo con un 55% menos de consumidores habituales (¿?).



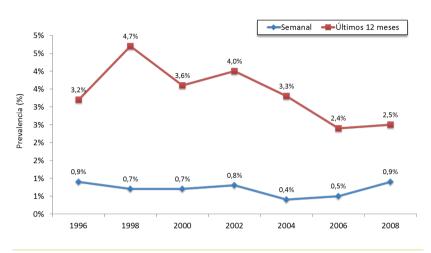
Gráfica 26: Tipos de consumidores de cannabis entre la población escolar.

En cualquier caso, y como ya se expuso en una investigación previa (Pérez Gálvez, 2010), el dato más preocupante es la elevada frecuencia de casos de abuso o dependencia al cannabis entre los adolescentes consumidores de esta sustancia. En este estudio, realizado en una muestra de 750 escolares con edades comprendidas entre 16 y 18 años, el 16% de quienes habían consumido cannabis en alguna ocasión cumplían criterios diagnósticos DSM-IV TR para ser diagnosticados de un Trastorno por Dependencia al cannabis, y otro 19% por Abuso de esta sustancia.

COCAÍNA

El consumo de cocaína parece haber disminuido en los últimos años, circunstancia que se advierte tanto en las encuestas autonómicas como en las realizadas por el Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. En la Gráfica 27 se muestra la evolución del consumo en la Comunidad Valenciana, utilizando dos indicadores: la prevalencia-año y la prevalencia de consumo semanal o con mayor frecuencia.

En este caso se advierte que el descenso es lineal desde 1998, excepción hecha de un posible "artefacto" en el año 2000. Los últimos años parece haberse estabilizado el consumo "experimental" o "recreativo" que justifica la mayor parte del consumo. Sin embargo, los datos apuntan a una tendencia creciente en relación a los consumos frecuentes o habituales, que en 2008 alcanzan máximos al significar el 36% de los consumidores en los 12 meses previos mientras, en 2004, apenas significaba un 12%. En conclusión, menos consumidores pero más frecuentes.

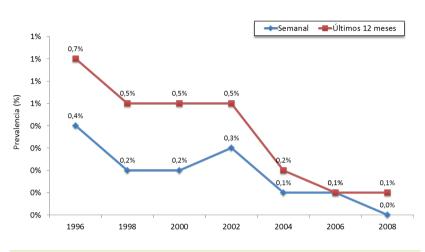


Gráfica 27: Evolución del consumo de cocaína en la Comunidad Valenciana (1996-2008).

HEROÍNA

La extensión de los tratamientos con agonistas opiáceos ha tenido un indudable impacto en la reducción del consumo de heroína, no solo en la Comunidad Valenciana sino en todo el país. Si en principio se atribuyó este descenso al miedo al contagio por VIH, el cambio en la vía de administración (desde endovenosa a inhalada) demostró que no sería éste un factor decisivo. Indudablemente, esta precaución disminuyó el número de nuevos consumidores pero, en el caso de esta sustancia, más importante aún ha sido favorecer el abandono del consumo por parte de quienes padecían una adicción. Y, en este sentido, los tratamientos con agonistas han sido la pieza básica.

Como podemos apreciar en la Gráfica 28, se trata ya de un descenso histórico, ocurrido entorno a finales de los años noventa y principios de la última década. En la actualidad se mantiene el consumo, si bien en valores prácticamente indetectables en las encuestas (como ejemplo, apréciese el 0% registrado en el consumo habitual, prevalencia que, obviamente, no es la real).



Gráfica 28: Evolución del consumo de cannabis en la Comunidad Valenciana (1996-2008).

OTRAS SUSTANCIAS

Si bien las anteriores son las sustancias de mayor interés, tanto a nivel epidemiológico como clínico y preventivo, existen otras sustancias que han adquirido especial trascendencia social como las anfetaminas (éxtasis), sus derivados (metanfetaminas o drogas de diseño) o determinadas drogas alucinógenas. Sus prevalencias han alcanzado un punto de estabilidad después de varios años de tendencia a la baja, tratándose de sustancias que suelen ser utilizadas en el contexto del policonsumo. Las prevalencias más recientes quedan expuestas en la Tabla 3.

	PREVALENCIA-AÑO	PREVALENCIA-MES	CONSUMO HABITUAL
Drogas de síntesis	2,90%	0,60%	0,50%
Anfetaminas	1,50%	0,20%	0,20%
Alucinógenos	1,90%	0,50%	0,40%

Tabla 3: Prevalencia del consumo de alucinógenos, anfetaminas y sus derivados.

DROGODEPENDENCIAS





CONCEPTOS BÁSICOS DE LA GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

POLÍTICAS PÚBLICAS: ¿QUÉ Y CÓMO?

Etimológicamente, el término "política" procede del latino "politices" que, a su vez, lo hace del griego "politikós", derivado de "polis" (ciudad). En consecuencia, el significado de este vocablo puede ser entendido como lo perteneciente al gobierno de laciudad. Históricamente se han ofrecido dos visiones contrapuestas de la política: por una parte, la concepción aristotélica, una concepción "sana" en la que la política es definida como ciencia, arte y virtud de servicio al prójimo y a la comunidad; de otra, la visión ofrecida por Maquiavelo, en la que la política se entiende como el arte del dominio de la sociedad.

Con relativa frecuencia, la utilización de términos como "políticas de actuación" o "políticas públicas"—más próximo a la concepción aristotélica- conlleva la confusión ensu significado entre quienes no están acostumbrados a su uso, puesto que se trata de términos homógrafos. Obviamente, este vocabloofrece distintos significados según nos refiramos, por ejemplo, a unapersona que trabaja como "política"—visión maquiavélica, sensu stricto- que si lo hacemos para referirnos a la "política social o sanitaria" de un determinado Gobierno, o al adecuado comportamiento de alguien que actúa según las normas de una "política correcta".

En la actualidad existe cierta unanimidad en considerar el término "política" como sinónimo de programa de acción de un Gobierno, en una materia de acción específica (Wildavsky, 1980; Nioche, 1982). Debemos diferenciar este término (en inglés, "policy" o "publicpolicy") de la pertenencia de un sujeto a un grupo ideológico, o su actividad en este sentido (en inglés, "politics").

Tal vez sea más clarificador utilizar las acepcionespropuestas por el PNUD o Programa de lasNaciones Unidas para elDesarrollo, en su proyecto de Gestión para la Gobernabilidad (SIGOB). En este importante proyecto de fortalecimiento institucional, el concepto de política es utilizado en diferentes sentidos:

- a) Como guía para la acción que permite cumplir un objetivo
- b) Como un particular modo de hacer.
- c) Como un tipo particular de actividad gubernamental, orientada a los actores sociales.

Entre las distintas acepciones que ofrece la Real Academia Española optamos por algunas que, en su conjunto, definen amplia y correctamente el significado más comúnmente aceptado de este concepto:

- Arte o traza con que se conduce un asunto o se emplean los medios para alcanzar un fin determinado.
- Orientaciones o directrices que rigen la actuación de una persona o entidad en un asunto o campo determinado.

De igual modo, si nos referimos específicamente a las políticas públicas podremos añadir otras definiciones más concretas del gobierno de las instituciones, como pudieran ser:

- · Arte, doctrina u opinión referente al gobierno de los Estados.
- Actividad de guienes rigen o aspiran a regir los asuntos públicos.

Con objeto de clarificar y unificar conceptos, nos parece muy apropiada la completa definición que ofrece la SEPADIC (2010), considerando las políticas públicas como "el conjunto de proyectos y actividades diseñadas y gestionadas coherentemente por un Estado a través de su Gobierno, cuyo objeto es la distribución de determinados bienes o recursos a la Sociedad, de acuerdo con las necesidades de la misma".

Esta definición va más allá de la programación de actuaciones, precisando que éstas sean "gestionadas coherentemente" y que el objeto sea un producto "de acuerdo con las necesidades de la (Sociedad) misma". Ciertamente esta definición extralimita lo puramente conceptual pero, no obstante, incorpora dos aspectos claramente exigiblesa toda política pública: que sea adecuada a las necesidades y que esté coherentemente gestionada. La ausencia del primer criterio (necesidades) conllevará una política alejada de la realidad en mayor o menor grado y, en consecuencia, incapaz de solucionar y/o prevenir los problemas por los que se concibe. Por otra parte, una gestión incoherente producirá un efecto negativo en el desarrollo e implementación de las políticas previamente diseñadas, independientemente de cuán correcta fuera la planificación de éstas.

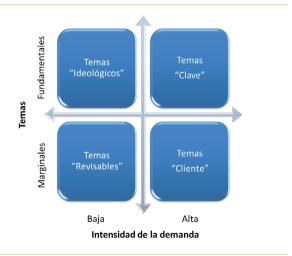
Aclarado este aspecto conceptual, no debemos olvidar que las políticas públicas se desarrollan mediante distintos **instrumentos o técnicas**, que permiten a un Gobierno ejercer su poder como forma de materializar los cambios sociales que plantea alcanzar. Para AmitaiEtzioni (1975), los gobiernos disponen de tres instrumentos básicos para ejercer sus políticas públicas: el poder coercitivo, el remunerativo y, finalmente, el normativo. Basándose en esta distinción, EvertVedung afirma rotundamente: *"En mi opinión existen tres, y solamente tres, instrumentos básicos a los que pueden recurrir los gobiernos: el palo, la zanahoria y el sermón"* (Vedung, 1997; p. 155). La inicial contundencia de esta afirmación es posteriormente aclarada por el autor sueco, al hacer referencia a las *normas* (el palo), los *medios económicos* (la zanahoria) y la *información* (el sermón), para definir una tricotomía que considera irreductible.

En nuestro país y con una visión desde un enfoque algo distinto –el propio del marketing público-, Josep Chías (1995) afirma que la política general de un Gobierno se expresa mediante cinco elementos: el portafolio de políticas, la asignación de competencias, el presupuesto general, la comunicación política y la participación de la ciudadanía en la formulación de políticas. Conjugando ambas visiones, los tres instrumentos de la tricotomía propuesta por Etzioni y Vedung (regulaciones, medios económicos e información) vendrían a ser desarrollados mediante los elementos expuestos por Chías:

 Portafolio de políticas: comprendería las distintas políticas que configuran la política general de un Gobierno. La agenda política se formularía bajo dos criterios de priorización: la prioridad político-ideológica y la prioridad de demanda pública. Utilizando ambos ejes se establece la clasificación que puede observarse en la Gráfica 29.

En base a esta clasificación, un gobierno populista optaría por priorizar las políticas de temas "clave" y "cliente". A su vez, un gobierno en el que predomine un alto componente ideológico optaría por favorecer los temas "clave" pero también los "ideológicos".

El tema que nos ocupa en esta guía (las drogodependencias) suele ser considerado como un tema "revisable" o "cliente", dependiendo de la intensidad de la demanda pero también de la adecuada percepción que se tenga de ésta por parte de los gestores públicos. Una labor prioritaria se centrará en reconocer la verdadera intensidad para, de este modo, poder transmitirla a los órganos de decisión presupuestaria.



Gráfica 29: Portafolio de políticas (Chías, 1995).

- 2) Asignación de competencias: toda política pública precisa de una distribución competencial entre las distintas Administraciones Públicas implicadas, al objeto de evitar duplicidades o ausencias en la gestión ejecutiva, así como claridad regulatoria. No debemos olvidar que en muchas materias sociales -y particularmente en drogo-dependencias- se realiza un trabajo de coordinación no solo inter-institucional sino también intra-institucional o interdepartamental, siendo precisa una clara delimitación de competencias también dentro de la misma Administración Pública o Gobierno.
- 3) Presupuesto general: éste es el principal instrumento para el desarrollo de políticas públicas. Una correcta planificación, realizada en base a las necesidades reales de la población, necesita para su completo desarrollo de un marco presupuestario adecuado. Como posteriormente se expondrá, obtener la consignación presupuestaria constituye el primer gran reto del gestor público.
- 4) **Comunicación política**:entendida ésta como "el espacio en el que se intercambian los discursos contradictorios de los tres actores que tienen legitimidad de expresarse públicamente sobre las política y que son los políticos, los periodistas y la opinión pública" (Wolton, 1989).En un apartado posterior expondremos algunos aspectos básicos de la comunicación social en materia de drogodependencias.
- 5) Participación de la ciudadanía: a nuestro juicio, la sociedad debe estar representada en las decisiones políticas más allá del derecho que le otorga una consulta democrática cada cuatro años. Para ello, en el desarrollo de políticas sociales es práctica habitual la constitución de órganos colegiados de asesoramiento que, como valor añadido aportan la legitimación social de las políticas aprobadas con carácter previo a su puesta en funcionamiento.

ADOPTAR DECISIONES EN EL ÁMBITO PÚBLICO

El responsable público, en su condición de directivo, se ve abocado a un proceso constante de toma de decisiones; esto es, a elegir entre distintas opciones mediante las que se pretende resolver o evitar la aparición de un problema. Entre las definiciones más extendidas, MacCrimmon y Taylor (1976) consideran la toma de decisiones como "el proceso de raciocinio y acción que culmina en un comportamiento de elección".

La toma de decisiones se estructura en un proceso dirigido a identificar el problema, generar soluciones alternativas, evaluar alternativas y, finalmente, seleccionar e implementar la mejor opción. Así pues, el proceso de toma de decisiones puede sintetizarse en las siguientes fases y objetivos:

DROGODEPENDENCIAS

1) Análisis

- · Reconocer que un problema existe.
- Formular el problema y especificar los datos adicionales necesarios.
- Recoger los datos requeridos y analizarlos.

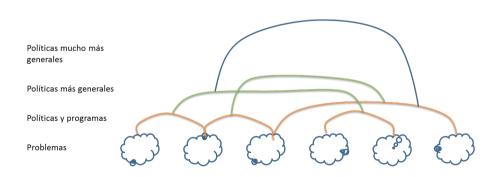
2) Decisión

- Generar alternativas y expresarlas en términos de variables de input y outputasí como de las relaciones requeridas.
- Usar criterios apropiados para seleccionar la mejor alternativa.

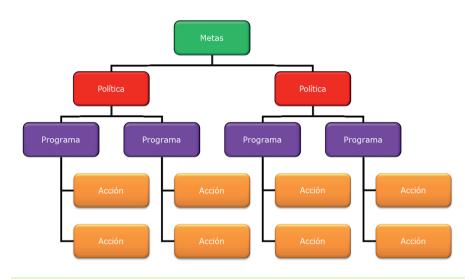
3) Implementación

- Implementar la alternativa seleccionada.
- Asegurar que el plan se desarrolla correctamente bajo técnicas adecuadas de control.

Diversos modelos han sido propuestos para aplicar la toma de decisiones. En la gestión pública, autores clásicos como Bryson (1988) han diferenciado dos modelos diferentes de toma de decisiones: el modelo de planificación racional y el modelo de toma de decisión política.



Gráfica 30: Modelo de toma de decisión política (López González, 1988).



Gráfica 31: Modelo de planificación racional (López González, 1988).

La diferencia entre ambos modelos estriba en el enfoque que les caracteriza. En el caso del **modelo de planificación racional**, partimos de unas metas a las que pretendemos llegar y, para ello, establecemos políticas que son divididas en programas y éstos, a su vez, en acciones. Se trata, por tanto, de un enfoque racional-deductivo. Por su parte, el **modelo político** ofrece un enfoque inductivo, en tanto que parte de la detección de un problema inicial, ante el que se formulan políticas y programas que, a su vez, se integran en otras políticas progresivamente más generales.

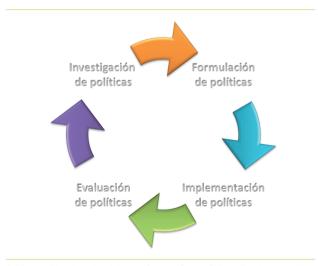
No podemos considerar que exista un modelo ideal, de tal modo que cada gestor deberá optar por el que parezca más factible en sus condiciones específicas. Sin embargo y en nuestra opinión, el modelo racional responde a una actitud más proactiva, por cuanto permite adelantarse a la aparición de problemas como primer paso de la secuencia.

LA GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para formular y ejecutar adecuadamente cualquier tipo de política pública, nos vemos obligados a seguir un proceso constituido por distintas fases de actuación. Aplicando un método basado en la racionalidad podremos definir cuáles son las políticas a priori más adecuadas, definir su composición en términos de actuaciones a realizar y, finalmente, determinar las áreas susceptibles de mejora o aquellas que deben ser mantenidas en el tiempo. Conviene, por tanto, aplicar un esquema lógico que nos permita orientarnos a lo largo de todo el proceso.

Un modelo clásico en la formulación de políticas es el propuesto por Jonathan Gershuny (1978) y desarrollado en nuestro país por López González (1988). Este modelo puede ser representado como un flujo circular (Gráfica 32) compuesto por cuatro fases:

- 1a) Investigación de políticas.
- 2ª) Formulación de políticas.
- 3ª) Implementación de políticas.
- 4a) Evaluación de políticas, con una posterior retroalimentación desde esta última fase.



Gráfica 32: Modelo racional de gestión de políticas públicas (Gershuny, 1978).

Cada una de estas fases pretende alcanzar unos objetivos concretos, descritos por López González (1988). De este modo, en la primera fase (**Investigación de políticas**) se pretendería:

- a) Identificar el problema.
- b) Valorar su naturaleza y sus causas.
- c) Desarrollar un conjunto de alternativas que permitan dar respuesta al problema.
- d) Presentar estas alternativas a los responsables de tomar decisiones ("policymakers").

A su vez, la fase de **formulación de políticas** se dirige a:

- a) Revisar y analizar las acciones políticas alternativas.
- b) Desarrollar las políticas adecuadas, estableciendo los objetivos de las mismas.

En la tercera fase, correspondiente a la **implementación de políticas**, se pretende:

- a) Planificar los programas necesarios para alcanzar los objetivos establecidos en las políticas.
- b) Implementar estos programas.

Finalmente, en la cuarta fase o de evaluación de políticas:

- a) Se desarrollarán medidas e indicadores de ejecución que nos permitan conocer el nivel de logro de los objetivos establecidos en las políticas.
- b) Se medirá la ejecución actual de los programas que están siendo implementados.
- c) Se proporcionará un análisis de los distintos factores que influyen en la ejecución del programa.
- d) Se proporcionarán recomendaciones para incrementar la mejora de las metas objetivas de las políticas.

Así pues, la correcta gestión de políticas públicas precisa de un proceso racional de formulación previa, en el que es aconsejable mantener cierto rigor metodológico, evitando caer en una "pseudo-planificación" que se sustente en actuaciones improvisadas e inconexas entre si, como resultado directo de la inmediatez irreflexiva.

LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN POLÍTICA

Como no podría ser de otro modo, la viabilidad de los programas dirigidos a la atención y prevención de las drogodependencias va a depender de la disponibilidad presupuestaria. Conocida esta limitación, la primera misión del directivo público debe dirigirse a generar un cambio de mentalidad en aquellos gestores que se encargan de priorizar la financiación de políticas, así como en la propia sociedad, dado el destacado rol que esta ejerce en la definición de las prioridades.

El término "gestión política "o "politicalmanagement" fue acuñado por Mark Moore, profesor de la Harvard Kennedy School of Government, con objeto de subrayar la dimensión política de la gestión pública. Moore (1998)considera que el responsable público no solo es un director administrativo, sino el encargado de cumplir un mandato explícito sobre cuyos resultados deberá rendir cuentas ante los representantes elegidos democráticamente por la sociedad. Para cumplir sus objetivos, el directivo público debe obtener el apoyo de diversos actores –tanto internos como externos a su propia Administración- para conferir legitimidad a sus decisiones, más allá de la que pudiera concederle el hecho de pertenecer a un partido político o gobierno democráticamente elegido.

Como apunta Moore, el núcleo de la gestión política lo constituye "... la tarea de construir apoyo y legitimidad para una política, o de fortalecer de manera efectiva el argumento de un directivo público". En síntesis, el proceso consiste en crear un clima de apoyo a un directivo, programa o estrategia global, por parte de aquellos agentes que están fuera del ámbito de la autoridad directa del directivo y cuya cooperación o autorización es necesaria para alcanzar los objetivos por los que el directivo deberá rendir cuentas. Así pues, la gestión política permite investir al directivo público del apoyo y legitimidad que precisa para dirigir sus programas y alcanzar sus objetivos.



Gráfica 33: Elementos de la gestión política (Moore, 1998).

En el campo de las drogodependencias deberemos buscar esta legitimación de las actuaciones públicas en distintos agentes, entre los que se encuentran:

- a) Las entidades constituidas por los propios afectados y familiares.
- b) Las sociedades científicas y asociaciones profesionales.
- c) Las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la atención y prevención de las drogodependencias.
- d) El profesorado que previsiblemente participará en los programas de prevención escolar.
- e) Las asociaciones de padres y madres de alumnos.
- f) Otros profesionales relacionados con las actuaciones previstas: sanidad, servicios sociales, Justicia, centros penitenciarios...
- g) Las universidades y otras instituciones de carácter científico.
- h) Las agencias internacionales.
- i) Otros agentes sociales de carácter genérico, como asociaciones de vecinos, de consumidores y usuarios, sindicatos, organizaciones empresariales, etc.

En consecuencia, es altamente aconsejable disponer de la opinión previa de los principales agentes implicados antes de decidir las actuaciones que se pretende implementar. De igual modo, estas medidas suelen recibir mayor atención y ser mejor aceptadas por la sociedad en general cuando se presentan conjuntamente con alguno de estos agentes, en especial aquellos que disfrutan de mayor reconocimiento y prestigio entre los ciudadanos, como las sociedades científicas o los organismos internacionales.

EL PRIMER RETO: ¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS FONDOS PÚBLICOS?

Un aspecto de especial relevancia en la gestión pública -más aún en escenarios de crisis económica como el actual-, es la optimización de los recursos presupuestarios mediante una adecuada distribución entre los distintos programas de actuación. Es obvio que no todos los departamentos de una misma Administración recibirán fondos en igual medida y, del mismo modo, tampoco se realizará una distribución homogénea entre las actividades que son propias de cada uno de ellos. En consecuencia, una de las primeras funciones de los responsables públicos –tanto políticos como funcionarios- debe ser la obtención de la consignación presupuestaria que permita el posterior desarrollo de la planificación prevista de actuaciones y, obtenida ésta, distribuir coherentemente entre los distintos programas y actuaciones. Conocer cuáles son las normas básicas de la asignación presupuestaria permite alcanzar un doble y complementario objetivo:

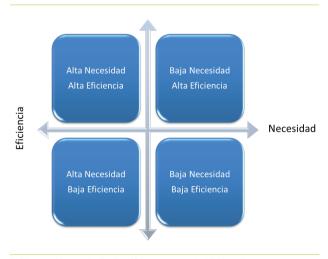
- a) Por una parte, dar una respuesta favorable a los intereses del departamento, en la competencia por los limitados recursos económicos disponibles en una Administración Pública determinada.
- b) Por otra, estar en disposición de realizar una distribución de estos créditos entre los distintos programas que configuran nuestro "portafolio".

Entre las distintas investigaciones que han analizado con detalle el proceso de distribución presupuestaria, destacan las publicadas por LindaSkitka y Philip Tetlock a principios de los años noventa. Los experimentos de psicología social realizados por Skitka y Tetlock sentaron las bases de un modelo de asignación presupuestaria basados en dos ejes fundamentales: de una parte, la disponibilidad de recursos; de otra, la atribución de las causas de las necesidades o, en otros términos, si la naturaleza del problema es responsabilidad directa del sujeto que demanda la ayuda o le es ajena. Como es fácil advertir, decidir desde estas interrogantes iniciales constituye un escenario claramente negativo para la intervención en distintos problemas sociales y sanitarios, entre los que se encuentra la salud mental y, dentro de ella, las drogodependencias.

El modelo de distribución presupuestaria propuesto por Skitka y Tetlock(1992), se estructura en las siguientes cuatro fases:

a) Estimación de recursos disponibles: cuando existen suficientes recursos, el esquema de decisión se detiene en este primer paso, asignando los medios necesarios a cada departamento, servicio, programa, etc. Si, por el contrario, no se dispone de los suficientes recursos para dar cobertura presupuestaria a todas las necesidades, se hace necesario proseguir con la segunda fase del modelo.

- b) Análisis de atribución: esta segunda fase pretende determinar las razones por las que determinadas personas necesitan ayuda. El dilema se centra en definir si las causas son atribuibles al solicitante de ayuda o, por el contrario, ajenas a éste. Si se diera el primer caso (atribución causal del demandante), finalizaría el árbol de decisión.
- c) Evaluar el nivel de necesidad de cada tipo de demandantes y la eficiencia la respuesta: consiste en distribuir los programas que compiten por la financiación en cuatro "clusters" o tipos, dependiendo de su nivel de necesidad y de eficiencia. Posteriormente serán priorizados los programas incluidos en el apartado de "alta necesidad/alta eficiencia" y excluidos los de "baja necesidad/baja exigencia". En el supuesto de disponer de los recursos presupuestarios suficientes, dependerá del criterio personal o político la distribución de créditos en los programas de "baja necesidad/alta eficiencia" y "alta necesidad/baja eficiencia". En ocasiones, estos dos tipos de programas suelen incluirse como programas de elevada visibilidad social. Como ejemplo paradigmático, en el campo de la prevención de las drogodependencias podemos citar gran parte de los actos sociales -mal llamados "de concienciación social"- como las carreras, partidos o desayunos contra las drogas, de los que no consta, cuando menos hasta la fecha, evaluación alguna al respecto de su más que dudosa efectividad, motivo que justifica su contundente crítica en el último informe del Observatorio Europeo a este tipo de iniciativas ("... enfoques que no han demostrado ninguna eficacia ...").

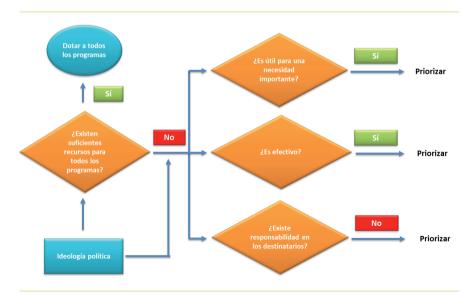


Gráfica 34: Modelo de distribución presupuestaria (Skitka y Tetlock, 1992).

d) **Establecer prioridades entre los demandantes:** la última fase de este modelo se dirige a determinar la prioridad entre los demandantes, en base a la escasez de recursos de que dispongan, favoreciendo a aquellos con menor disponibilidad.

Más recientemente, Corrigan y Watson (2003) sintetizaron las conclusiones de los estudios de Skitka y Tetlock, definiendo un modelo de distribución presupuestaria específico para los problemas de salud mental que, no obstante, es extrapolable a todo tipo de programa público. Este modelo –sensiblemente parecido al propuesto por los autores anteriores-se constituye en cuatro pasos o fases:

- 1º) Disponibilidad o escasez de recursos.
- 2º) Percepción de necesidades atendidas por el programa.
- 3º) Efectividad del programa.
- 4º) Percepción de responsabilidad personal del problema o enfermedad.



Gráfica 35: Modelo de asignación de recursos (Corrigan y Watson, 2003).

Para su explicación nos remitiremos a la Gráfica 35. Como podemos apreciar en la misma, el árbol de decisión se inicia con una primera fase en la que se hace referencia a la disponibilidad de recursos, al igual que ocurriera en el modelo de Skitka y Tetlock. Lamentablemente, la probabilidad de que se disponga de los medios económicos suficientes como para dotar adecuadamente cada programa no es la situación habitual. En consecuencia, el problema no suele solucionarse en este primer paso del modelo. Así pues, suele ser obligado establecer un análisis algo más detallado y dar respuesta a las tres interrogantes que plantea el árbol de decisión propuesto por Corrigan y Watson: ¿es una necesidad importante?, ¿es efectivo?, ¿existe responsabilidad?

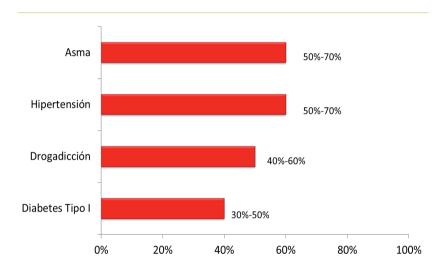
a) **Percepción de necesidades:** la primera incógnita que deberemos responder se encuentraen relación a la existencia de la necesidad en si misma. ¿Se trata de una necesidad importante? ¿Realmente existen necesidades a las que podemos aportar soluciones? ¿Cuáles son, en concreto, estas necesidades? Como se aprecia en el árbol de decisión, una respuesta positiva ("las necesidades son importantes") conllevaría la priorización de este tipo de actuaciones o programas.

En el caso de las drogodependencias y para dar una respuesta adecuada, nada mejor que remitirse a los datos epidemiológicos, que nos permitirán ofrecer una imagen fiel de la extensión del problema. Posteriormente expondremos la situación del consumo de alcohol y otras drogas en España, con mayor nivel de detalle. Por el momento, y como dato meramente orientativo, baste recordar los datos incluidos en los informes anuales del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2010), que sitúa a España como el país con mayor consumo de cocaína en el último año, y segundo en cuanto a la prevalencia de consumo de cannabis entre adultos jóvenes y adolescentes, en este caso solo superada por la República Checa.

b) Percepción de la efectividad del programa: un segundo aspecto que determinará la distribución presupuestaria, es la efectividad de las actuaciones que se piensa desarrollar con los fondos que se pretenden obtener. Por ello es importante no solo seleccionar actuaciones y/o programas de eficacia demostrada mediante la evidencia científica, sino saber trasladar esta importante connotación a quienes deban decidir la distribución presupuestaria.

En la sociedad existe un amplio desconocimiento sobre la eficacia de los distintos medios de tratar y prevenir las drogodependencias. El hecho de que la evidencia científica no haya sido adecuadamente difundida entre la población general, facilita el mantenimiento de estereotipos y creencias erróneas.

Que el tratamiento no es efectivo o que la prevención es ineficaz, son afirmaciones todavía relativamente usuales y que evidencian el desconocimiento de muchos gestores públicos en esta materia. El problema es universal, obligando a que entidades tan destacadas como el NationalInstituteonDrug Abuse (NIDA) o el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) hayan editado publicaciones específicas que recogen la evidencia acumulada en distintas áreas, como la asistencia, la prevención o las bases neurobiológicas de la adicción a sustancias, por citar algunos ejemplos.



Gráfica 36: Tasas de recaídas de la adicción a drogas y otras enfermedades crónicas (NIDA, 2010).

Siempre debemos incidir en que las adicciones son enfermedades crónicas que pueden ser tratadas y, lo que es más importante, pueden ser prevenidas. En relación al tratamiento, los resultados son iguales o incluso mejores que los obtenidos en las principales enfermedades crónicas, como el asma, la diabetes o la hipertensión arterial. La diferencia estriba, obviamente, en la disponibilidad de los medios necesarios así como en la utilización de métodos de tratamientos contrastados por la evidencia científica.

Igual situación ocurre con la prevención. Como ejemplo de su eficacia utilizaremos datos de la Comunidad Valenciana, en el periodo comprendido entre 1996 y 2004. En el curso 1998/1999 se inició el programa de prevención escolar que, con carácter universal, ha venido siendo ofertado por la Generalitat Valenciana y gestionado

por las distintas Unidades de Prevención Comunitaria existentes en nuestra comunidad autónoma. Los distintos estudios de evaluación realizados en aquel periodo evidenciaron que un programa de prevención escolar es efectivo –especialmente en relación a las sustancias ilegales- cuando dispone de una adecuada fundamentación teórica y se encuentra debidamente estructurado (Tabla 4).

Por el contrario, la realización de actividades inconexas, sin estar debidamente estructuradas dentro de un programa de prevención (práctica habitual antes del curso 1998/1999), se asoció con un incremento en el consumo de sustancias entre los escolares participantes.

Finalmente hay que advertir que tanto el tratamiento como la prevención de las drogodependencias han demostrado en múltiples estudios su adecuada eficiencia; esto es, su óptima relación coste-efectividad. Como término medio, se considera que por cada dólar invertido en tratamientos se ahorran siete en las consecuencias sociales y sanitarias producidas por la adicción a sustancias. De igual modo, un dólar gastado en prevención evitará el gasto de diez dólares en el tratamiento del abuso de alcohol u otras sustancias (NIDA, 2010).

SUSTANCIA	PROGRAMA NO ESTRUCTURADO	PROGRAMA ESTRUCTURADO
Alcohol	Incrementa el consumo un 12%	Disminuye el consumo un 3%
Tabaco	Incrementa el consumo un 19%	Disminuye el consumo un 16%
Cannabis	Incrementa el consumo un 16%	Disminuye el consumo un 18%
Cocaína	Incrementa el consumo un 29%	Disminuye el consumo un 40%

Tabla 4: Diferencias de eficacia entre programas no estructurados" (Conferencias, películas, carreras contra las drogas, etc.) y "programas estructurados" (Información, formación en habilidades sociales, afrontamiento, etc.)

c) Percepción de la responsabilidad personal: este último paso del modelo de asignación presupuestaria de Corrigan y Watson equivale al "análisis de atribución" del modelo de Skitka y Tetlock. Como advierte el Comité de Adicciones del Grupo para el Avance de la Psiquiatría (CommitteeonAddictions of theGroupfortheAdvancement of Psychiatry, 2002), cuanto más positiva sea la imagen social del colectivo que demanda la atención mayor será su probabilidad de obtener fondos presupuestarios. En este sentido es preciso modificar la extendida creencia social de que la adicción a drogas es un fallo del individuo o es resultado de una conducta contraria a la moral socialmente aceptada, tal y como aún siguen defendiendo

DROGODEPENDENCIAS

algunas entidades que, en determinados casos, incluso tienen un importante protagonismo en la atención a las personas adictas a sustancias.

Las drogodependencias no son hábitos, ni vicios, ni modelos de comportamiento o vida. Son enfermedades generalmente crónicas, con un sustrato neurobiológico evidenciado científicamente y con causas y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales. De este modo han sido definidas tanto por organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud, así como por las distintas sociedades científicas.

Expuestos estos tres últimos pasos, volvamos a recordar la necesidad de argumentar adecuadamente la magnitud del problema, la efectividad de las medidas que se proponen financiar y, finalmente, el hecho de que estamos hablando de un problema que no es responsabilidad personal de quien lo padece de forma directa. Solo de este modo podremos situarnos en una posición de adecuada competitividad frente a otros departamentos o programas que luchan por la misma fuente de financiación presupuestaria.

Existen otros dos factores que igualmente deben ser considerados y que son propios del gestor público que decidirá la asignación presupuestaria en último término: su personalidad y su ideología política. Cabe advertir que los distintos estudios que han analizado las diferencias existentes se centran en la política estadounidense, con una dualidad entre conservadores y demócratas que no puede ser identificada plenamente con la situación española. Sin embargo, determinados "clusters" o tipos como el "conservadurismo cognitivo" y el "humanismo liberal", ambos descritos por Carroll et al. (1987), han mostrado importantes diferencias a la hora de proceder a la distribución presupuestaria. El primero ("conservadurismo cognitivo") corresponde a una combinación de conservadurismo político con los rasgos de personalidad caracterizados por el dogmatismo, autoritarismo y un locus de control interno (responsable, este último, de la atribución de causalidad al adicto). Por su parte, el "humanismo liberal" corresponde a una combinación de los ideales liberales, el desarrollo de principios morales y la creencia en la responsabilidad de los gobiernos en corregir los problemas sociales. Según Skitka y Tetlock (1992), los conservadores centrarían sus decisiones en la segunda fase del modelo propuesto por estos autores (análisis de atribución) mientras los liberales lo harían en la tercera (evaluar el nivel de necesidad).

No obstante, las diferencias entre conservadores y liberales/demócratas solo se advierten en escenarios presupuestarios favorables. En otras investigaciones desarrolladas por Philip Tetlock (Tetlock, 1986; Tetlock, Skitka y Boettger, 1989) se ha constatado que los liberales/demócratas suelen preferir evitar situaciones de conflicto en cuanto a la asignación de recursos, siendo especialmente contrarios a definir el sufrimiento humano en términos de costes económicos. Sin embargo, a falta de recursos suficientes, ambos tipos

de gestores (conservadores y liberales/demócratas) tienden a favorecer a los colectivos que no son percibidos por la sociedad como responsables de sus problemas (Skitka y Tetlock, 1992; Corrigan y Watson, 2003)¹.

COMUNICACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Anteriormente comentábamos que, a juicio de Chías (1995), la comunicación política es uno de los instrumentos mediante los que se expresan las políticas implementadas por los gobiernos. Su valor es indudable, tanto para posicionar favorablemente las políticas desarrolladas en el contexto de la opinión social, como para "ajustar" la agenda social a la acción política. Aún más importante es la comunicación cuando nos referimos a políticas de salud como, de hecho son las políticas sobre drogodependencias. Sin embargo y a pesar de ser, en muchas ocasiones, el instrumento básico para el éxito final de este tipo de políticas, la comunicación no suele ser atendida como merece.

¿Para qué comunicar? Existen múltiples razones para hacerlo pero, entre ellas, destacamos algunas como:

- a) Ser el primero en hacerlo: si no somos los primeros en hacerlo, otros lo harán. Y, lo más grave, el mensaje no será el deseado o el adecuado.
- b) Obtener un buen posicionamiento interno en la organización. No olvidemos que los distintos departamentos de un Gobierno luchan en una competencia presupuestaria.
- c) Una buena comunicación transmite la imagen de la organización y permite mejorarla de cara a los ciudadanos.
- d) Por otra parte, favorece la cohesión de la comunidad y la definición de una agenda política identificada con la agenda social.

^{1.} N. del A.: En nuestro país, todos los partidos que han alcanzado responsabilidades de gobierno han demostrado una adecuada sensibilidad hacia el problema de las drogas, en igual medida que han preferido obviarlo. Se trata, pues, de personas concretas que, en su condición de miembros de un gobierno local, provincial, autonómico o nacional, han evidenciado mayor o menor interés por la atención y prevención de las drogodependencias, no existiendo homogeneidad alguna en cuanto a su adscripción política pero posiblemente sí en relación a los rasgos de personalidad a los que hacen referencia los estudios citados. Se coincide con los resultados obtenidos por Skitka y Tetlock (1992) y recordados por Corrigan y Watson (2003), en cuanto a la similitud entre ambas ideologías en contextos presupuestarios restrictivos. Se trata, pues, de personas concretas que, en su condición de miembros de un gobierno local, provincial, autonómico o nacional, han evidenciado mayor o menor interés por la atención y prevención de las drogodependencias, no existiendo homogeneidad alguna en cuanto a su adscripción política pero posiblemente sí en relación a los rasgos de personalidad a los que hacen referencia los estudios citados.

DROGODEPENDENCIAS

 e) Finalmente y como anteriormente comentábamos, en materia sanitariala comunicación es un instrumento básico para prevenir enfermedades y promover el cuidado de la salud.

Obviamente no es suficiente con la intención de comunicar. Hay que saber hacerlo y, en todo caso, adoptar un estilo que favorezca los objetivos que se pretende alcanzar mediante nuestra participación en la opinión social. En síntesis, los tres estilos de comunicación más frecuentes en las Administraciones Públicas serían:

- a) La comunicación autista, caracterizada por ofrecer el silencio por respuesta, generalmente en situaciones de crisis en las que no se encuentra la salida adecuada para enfrentarse a una opinión social contraria.
- b) La comunicación defensiva, en la que la iniciativa la toman otros y se responde ante los problemas que denuncian los ciudadanos o a las preguntas que formulan los periodistas ("a la contra").
- c) La comunicación proactiva, en la que existe una voluntad de comunicar por necesidades estratégicas, liderando el proceso de comunicación y marcando los tiempos y contenidos de éste.

Obviamente, el tercer estilo (proactivo) nos parece el más positivo para obtener una buena imagen externa de la organización e incidir positivamente en la opinión social.

Es obligado hacer una breve mención a la figura del periodista, así como a la necesaria y aconsejable relación que debe mantenerse entre los gestores públicos en materia de drogodependencias y aquellos. No se trata de un simple "matrimonio de conveniencia" –aun pudiendo serlo - en el que el político persigue vender su imagen, defendersede ataques o aparentar ser un experto en la materia, mientras el periodista busca la noticia o la polémica. Es una relación que llega más allá de la interpersonal entre dos sujetos, afectando –favorable o desfavorablemente- a la sociedad en la que se encuentran, por mediación de sus respectivas influencias en la opinión social. En consecuencia, gestores públicos y periodistas están llamados a entenderse, tanto por intereses propios como por el bien general de aquellos en cuyas vidas acaban incidiendo. Al respecto de esta relación, dos útiles consejos:

a) No olvidar que existen intereses confluyentes ("busco noticias" y "busco difusión", podría ser la idea central de periodista y gestor, respectivamente) pero no por ello debemos esperar la colaboración entregada de un profesional de la comunicación. Aportar información no debe ser entendido como una patente de corso para salir siempre bien parados de las críticas. Siempre habrá una de cal y otra de arena.

b) Por otra parte, no intentemos ser lo que no somos, adoptando un papel de expertos que no corresponde. Hay que saber ocupar el rol adecuado y recurrir a terceros cualificados para legitimar la acción política. En ocasiones es más prudente renunciar al protagonismo de la noticia y dejar que sean otro (los expertos) quienes centren el interés de los medios: indirectamente conseguiremos el reconocimiento a nuestra gestión.

Influir en la opinión social nos posiciona mejor en la competencia por unos fondos públicos limitados. Siendo éste el primer reto que se le presenta a un gestor público, debemos recordar los tres mensajes que deben ser constantemente transmitidos para inclinar favorablemente el árbol de decisión presupuestaria de Corrigan y Watson, al que hacíamos referencia en apartados anteriores:

- a) La necesidad es importante: el problema de las drogas puede disfrutar de cierta estabilidad pero no desciende en intensidad.
- b) Tanto la asistencia como la prevención son herramientas de contrastada eficacia y utilidad para disminuir la magnitud del problema.
- c) No existe responsabilidad directa por parte de quien sufre el problema; los responsables somos todos aquellos que estamos obligados a ofrecer una respuesta al problema, bien como ciudadanos en general, bien como expertos, bien como gestores públicos.

Solo insistiendo en estos tres aspectos podremos convertir la comunicación en una excelente estrategia para captar fondos presupuestarios. Y, no lo olvidemos, una adecuada asignación de recursos es la piedra angular que finalmente permitirá ejecutar cualquier política pública.

DROGODEPENDENCIAS





LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGODEPENDENCIAS DESDE LOS AYUNTAMIENTOS

DROGODEPENDENCIAS

La prevención del consumo de drogas precisa de la implicación activa de todas las Administraciones Públicas, dentro de los niveles competenciales que le son propios a cada una de éstas. La decidida participación de la iniciativa social nunca debería suplir la exigible intervención de los poderes públicos, como primeros responsables del bienestar de los ciudadanos.

La participación de los Ayuntamientos en la prevención del consumo de drogas, viene regulada por dos normas legislativas: una de carácter nacional y básico (Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local –LRBRL-) y otra específica y de ámbito autonómico (Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos).

En su condición de marco legislativo básico del funcionamiento de los Ayuntamientos, la LRBRL atribuye a éstas, entre otras, las siguientes funciones reflejadas en el artículo 25.2.k. de la citada Ley:

- 2. El Municipio ejercerá, en todo caso, competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en las siguientes materias:
- k. Prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.

No obstante, la prestación de los servicios sociales, entre los que se incluiría la prevención y reinserción social de las drogodependencias queda obligada, específicamente, en los ayuntamientos de población superior a 20.000 habitantes, según expone el artículo 26.1.c. de la I BRI:

- 1. Los Municipios por sí o asociados deberán prestar, en todo caso, los servicios siquientes:
- c. En los municipios con población superior a 20.000 habitantes-equivalentes, además: protección civil, prestación de servicios sociales, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público.

Con referencia a las competencias que le son propias a los Ayuntamientos, el Decreto Legislativo 1/2003 especifica aquellas concretas que, en el área de las drogodependencias, deben ser desarrolladas por los mismos. De este modo, el artículo 43 de esta norma legislativa establece las funciones propias de los Ayuntamientos, quedando definidas por:

- a) El establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos donde se suministre, venda, dispense o consuman bebidas alcohólicas y tabaco, así como la vigilancia y control de los mismos (art. 43.1.a).
- b) El otorgamiento de la licencia de apertura a los establecimientos mencionados en el apartado anterior (art. 43.1.b).
- c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que establece el Título III de esta Ley, especialmente en las dependencias municipales(art. 43.1.c).
- d) Adoptar las medidas cautelares dirigidas a asegurar el cumplimento de lo establecido en esta Ley(art. 43.1.d).
- e) Ejercer la potestad sancionadora en los términos establecidos en esta Ley(art. 43.1.e).

Además de estas funciones, los Ayuntamientos de la Comunidad Valenciana de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho tienen asignadas las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

- a) La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, que incluya programas de prevención e inserción social, así como de información, asesoramiento y motivación de drogodependientes a través de los Servicios Sociales Generales y Especializados(art. 43.2.a).
- b) La coordinación de los programas de prevención y reinserción social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su Municipio(art. 43.2.b).
- c) El fomento de la participación social y el apoyo de las instituciones sin ánimo de lucro que en el Municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan Municipal sobre Drogodependencias(art. 43.2.c).

A su vez, la Federación Valenciana de Municipios y Provincias "coordinará la elaboración de un plan rector y establecerá el plazo para la elaboración del mismo" (art. 43.3).

Hasta el momento hemos hablado de los ayuntamientos con población superior a 20.000 habitantes pero...; qué ocurre con los municipios con una población inferior? En primer

lugar debemos advertir que el D.L. 1/2003 hace referencia al término "...de hecho o derecho..."y, en consecuencia, a tribuye funciones a municipios que aunque aún no han superado ese tamaño poblacional "de derecho" sí lo superan "de hecho". Por otra parte, se mantiene el papel auxiliar de las Diputaciones, regulado en el artículo 36.1 de la LBRL:

- a) La coordinación de los servicios municipales entre sí para la garantía de la prestación integral y adecuada a que se refiere el apartado a) del número 2 del artículo 31².
- b) La asistencia y la cooperación jurídica, económica y técnica a los Municipios, especialmente los de menor capacidad económica y de gestión.
- c) La prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal.

De igual manera, el D.L. 1/2003 establece en su artículo 44 las funciones propias de las Diputaciones Provinciales, haciendo especial énfasis en su obligación de asegurar la oferta de servicios en los municipios de menos de 20.000 habitantes:

Artículo 44. Competencias de las Diputaciones Provinciales

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye y en el marco de las mismas, corresponde a las Diputaciones Provinciales de la Comunidad Valenciana desempeñar en su ámbito territorial las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación de los Planes Provinciales elaborados en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, que incluyan programas de prevención e inserción social, así como de información, asesoramiento y motivación de drogodependientes y de familiares a través de los Servicios Sociales Generales y Especializados.

En cualquier caso, la elaboración de los Planes Provinciales sobre Drogodependencias debe asegurar, mediante la coordinación de los servicios de los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de las competencias y responsabilidades mínimas establecidas en el artículo 43.2³.

^{2.} Asegurar la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de los servicios de competencia municipal (Art. 31.2.a) y participar en la coordinación de las Administraciones Locales con la de la Comunidad Autónoma y la del Estado (Art. 31.2.b).

^{3.} La aprobación y ejecución del Plan sobre Drogodependencias (Art. 43.2.a); la coordinación de los programas de prevención y reinserción social (Art. 43.2.b); así como el fomento de la participación social y el apoyo de las instituciones sin ánimo de lucro que desarrollen las actuaciones previstas en el Plan sobre Drogodependencias (Art. 43.2.c)

b) El apoyo técnico y económico en materia de drogodependencias a los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, especialmente a los de menor capacidad económica y de gestión.

En la normativa de desarrollo de la legislación autonómica sobre drogodependencias (inicialmente, la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos), se define la participación de los Ayuntamientos en los órganos colegiados de la Generalitat Valenciana en materia de drogodependencias. Para ello, el Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, por el que se constituyen los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos (posteriormente modificado parcialmente por el Decreto 136/2001, de 26 de julio, y por el Decreto 186/2005, de 2 de diciembre) regula la participación de los Ayuntamientos y las Diputaciones Provinciales en el Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de drogodependencias, atribuyéndoles tresvocalías en cada caso. La elección de los vocales que representen a los ayuntamientos se realizará por parte de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias. Del mismo modo, el Decreto 98/1998, de 14 de julio, del Gobierno Valenciano, incluye a los presidentes de las Diputaciones Provinciales como miembros natos de la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.





CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS

A nuestro juicio, el manual editado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP, 2001) ofrece un claro y conciso guió que puede servir como base en la elaboración de un plan municipal sobre drogodependencias, independientemente de la comunidad autónoma en que se ubique.

El esquema ofrecido por la FEMP incluye 12 criterios generales a tener en cuenta en la elaboración del plan municipal:

- 1. Análisis competencial de la legislación autonómica.
- 2. Diagnóstico y priorización de necesidades.
- Participación de las distintas administraciones, entidades y organismos desde el principio del proceso.
- 4. Actuación integral en todas y cada una de los áreas de intervención, centrándose sobre todo en la prevención, la inserción y la promoción de la participación ciudadana.
- Coordinación inter-áreas.
- 6. Disponibilidad presupuestaria.
- 7. Determinación de medios, tanto humanos como materiales.
- Ubicación administrativa dentro del organigrama de la correspondiente Administración Local.
- 9. Evaluación.
- 10. Retroalimentación correctora.
- 11. Participación social e institucional.
- 12. Intervención mancomunada entre distintos municipios con la misma problemática, al objeto de optimizar recursos.

El listado anterior nos parece útil como esquema básico de elaboración de un plan municipal. No obstante, cabe recordar que el artículo 30 del Decreto legislativo 1/2003 contempla cuál debe ser el contenido del Plan Autonómico, pudiendo servir éste como marco orientador del plan municipal que se pretenda redactar.

A lo largo del presente manual se detallará, con mayor precisión, los distintos criterios contemplados, ofreciéndose pautas concretas de actuación para cada uno de ellos.





EVALUACIÓN DE PLANES Y PROGRAMAS DE ACTUACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS En el apartado relativo a la gestión de políticas públicas hemos hecho referenciaa la necesidad de evaluar éstas, como fase propia del modelo racional de gestión de políticas públicas propuesto por Gershuny (1978) y como forma de establecer una retroalimentación o *feedback*. En una de las obras más clásicas en el campo de la planificación de políticas en drogodependencias, Marsden et al. (2000) dividen la evaluación en cincotiposprincipales:

- 1) **Necesidades**: es una evaluación previa a la planificación e implementación del programa. Responde a cuestiones del tipo: ¿qué necesidades existen en la comunidad, relacionadas con el problema?
- 2) Proceso: ¿Cómo está desarrollándose el programa? ¿Hasta qué punto está realizándose según se planificó?
- 3) **Resultados**: ¿Cómo ha cambiado la población diana y en qué medida son atribuibles estos cambios al programa?
- 4) Satisfacción: ¿Cuál es la visión del programa por parte de los usuarios?
- 5) **Económica**: ¿Cuál es el coste de cada componente del programa? ¿Y el total? ¿El programa es más eficiente que otras opciones?

Los tres primeros constituyen el eje básico de la evaluación, siguiendo la secuencia lógica: definición del problema -> intervención -> resultados. Tampoco es desdeñable la importancia de la dos últimas (satisfacción y evaluación económica), que adquieren especial relevancia tanto en la esfera privada (competitividad) como en la pública (justificación de las actuaciones y competencia presupuestaria).



Gráfica 37: Tipos de evaluación (Marsden et al., 2000).

EVALUACIÓN DE NECESIDADES

La evaluación de las necesidades locales constituye el primer paso en el diseño de las políticas públicas en materia de drogodependencias. Su objetivo se centra en estimar la naturaleza actual y futura del problema, fundamentalmente en cuanto a la prevalencia e incidencia de los trastornos por uso de sustancias en una población específica. Debe realizarse con carácter previo a la planificación de las actuaciones que se prevé realizar. Esta información se utilizará posteriormente para determinar los recursos necesarios de los que debemos disponer en el desarrollo de las políticas de asistencia y prevención.

Bradshaw (1972) definió una taxonomía de necesidades sociales cuya observación es aconsejable en esta fase evaluativa. De este modo, este autor distinguió entre:

- Necesidad normativa: carencia que se identifica de acuerdo a una norma o estándar, establecida generalmente por expertos.
- Necesidad percibida o sentida: se trata de aquellas necesidades que el sujeto siente o percibe como reales.
- Necesidad expresada: las que los sujetos dicen tener. Es posible sentir necesidades y no expresarlas, al igual que pueden expresarse necesidades que realmente no se sienten.
- Necesidad comparativa: problemas que surgen por comparación con otros que no los presentan.

¿Para qué?

- Para determinar la magnitud del problema y su importancia con relación a otras políticas públicas.
- Para determinar dónde localizar los servicios.
- Para ofertar una respuesta adecuada a las necesidades de la población.
- Para establecer una correcta coordinación y aprovechamiento de otros recursos comunitarios previamente existentes o de posterior implantación.

¿Qué evaluamos?

- La extensión y características del problema en la población (consumo y uso problemático de drogas): ¿qué prevalencia e incidencia se registran?
- La capacidad de los servicios de tratamiento y prevención, en relación a la intensidad del problema: ¿cuántas personas precisan este tipo de servicios?, ¿cuántos podrán ser atendidos?
- La adecuación de la cartera de servicios a las necesidades asociadas con el uso problemático de drogas: ¿qué tipos de intervenciones se ofertan?, ¿se atienden necesidades específicas de subgrupos (mujeres, menores, sin techo, prevención selectiva e indicada ...)?
- La disponibilidad y posibilidad de coordinación de los servicios que participan en el programa (educación, servicios sociales, sanidad, urbanismo ...).

Podemos preguntarnos, ¿qué áreas deben ser especialmente consideradas en la evaluación de necesidades en materia de atención y prevención de las drogodependencias? En el ya citado documento de consenso sobre criterios técnicos de los programas de prevención, Araujo et al. (1996) consideran que toda evaluación de necesidades en drogodependencias, debería de incluir determinados aspectos como:

- a) Descripción de la población estudiada.
- b) Características de la zona geográfica.
- c) Fuentes de información que se utilizan.
- d) Indicadores utilizados y validez de los mismos.
- e) Enumeración de los «expertos» a los que se va a consultar.
- f) Criterios de análisis e interpretación de los resultados.

Para realizar una correcta evaluación de necesidades, Alvira (1999) propone una serie de procedimientos a los que podemos recurrir:

- 1) Inventario de recursos.
- 2) Indicadores sociales:
 - Análisis de áreas.
 - Análisis de factores de riesgo.
 - Descripción de la población objeto.

- 3) Análisis de usuarios/clientes.
- 4) Análisis de uso/utilización.
- 5) Encuesta a informantes.
- 6) Encuesta a usuarios/clientes.
- 7) Encuesta a público general.
- 8) Observación.
- 9) Grupo focalizado.
- 10) Grupo nominal.
- 11) Delphi.
- 12) Foro o asamblea comunitaria.

Como observación final, advertiremos que la evaluación de necesidades debe sustentarse en dos principios básicos: de una parte, la identificación del problema y las necesidades propiamente dichas; de otra, la priorización de éstas como paso previo a la instauración cronológica de medidas correctoras.

EVALUACIÓN DE PROCESO

La evaluación de proceso se dirige a valorar el funcionamiento de un programa de asistencia o prevención, abarcando cuestiones como su eficiencia y calidad, la fidelidad (grado en que el programa se aplica según lo previsto inicialmente), o la detección de áreas de mejora.

¿Para qué?

- Para determinar la concordancia del desarrollo del programa con lo inicialmente previsto.
- Para mejorar la calidad del programa, mediante el análisis de la información exhaustiva de su desarrollo.
- Para extrapolar a otras situaciones y extender el programa.

¿Qué evaluamos?

- Respecto a los destinatarios del programa:
 - √ ¿Qué proporción de personas que necesitan el servicio lo utilizan realmente?
 - \sqrt{i} ¿Cuáles son las características de los destinatarios? ¿Corresponden con el perfil previsto inicialmente?

- **DROGODE PENDENCIAS**
 - $\sqrt{}$; Los tipos de servicios prestados son los adecuados para las necesidades de los destinatarios?
 - √; Qué dificultades (barreras) tiene el destinatario para recibir el servicio ofertado?
 - · Respecto al programa:
 - √ ¿Cuáles son los recursos materiales de los que se dispone?
 - √; Cuál es la composición, funciones, formación y dedicación horaria del staff?
 - √ ¿Cuál es la vía de acceso al programa? ¿Cuál es el tiempo de respuesta (lista de espera)?
 - √ ¿Se utilizan estrategias de eficacia validada científicamente?
 - √ ¿Qué servicios han sido prestados realmente?
 - √ ¿Cómo se establece la coordinación con otros recursos?

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Con la evaluación de resultados se valora el grado de cambio que se ha producido en el individuo o la población hacia quien se dirige la intervención evaluada, respecto a la situación basal. En otros términos, con este tipo d evaluación mediremos el impacto que nuestro programa tiene sobre el consumo de drogas en la población destinataria.

¿Para qué?

- Para determinar si el programa ha cumplido sus objetivos.
- Para valorar si la intensidad del problema ha mejorado, no solo respecto a la prevalencia de consumo sino también con relación a otras áreas y factores de riesgo relacionados.
- Para comprobar hasta qué punto estos cambios son atribuibles al programa implementado y no al simple azar o al cambio en otras variables en las que no se ha intervenido.
- En resumen, para valorar la efectividad del programa.

¿Qué evaluamos?

- Deben valorarse los resultados relacionados con el sujeto y la comunidad.
- Evaluamos cambios atribuibles al programa en áreas como:
 - √ Prevalencia e incidencia de consumo.
 - √ Tasa de continuidad el consumo y de abandono de éste.
 - √ Adherencia al tratamiento (si se trata de un programa de tratamiento).
 - √ Calidad de Vida.
 - √ Salud física y psíquica.
 - √ Dinámica familiar.
 - √ Integración laboral.
- Modelos: aleatorio (randomizado), inter-grupos (no aleatorio), pre-post test (seguimiento).
- Instrumentos: diseños específicos, encuestas, cuestionarios, etc.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Evaluar la satisfacción de los "clientes" –bien sean participantes en actividades formativas, bien pacientes- es importante para incorporar su punto de vista y detectar posibles explicaciones a problemas observados en la implementación de los programas. Por ejemplo, conocer por qué los alumnos, el profesorado, o los padres y madres no participan en determinadas actividades –desde su propia perspectiva y conociendo su nivel de satisfacción-, nos permite corregir errores que conllevan una baja tasa de incorporación a las actividades preventivas.

¿Para qué?

- Para conocer la visión externa (ciudadanos) del servicio prestado.
- Para favorecer un rol activo de los usuarios en el programa.

 Para mejorar la satisfacción de los usuarios e incrementar su adherencia y fidelización al programa.

¿Qué evaluamos?

- · Condiciones físicas del servicio y accesibilidad.
- Trato personal.
- Información recibida y participación en decisiones.
- · Frecuencia y duración de actividades.
- Tiempos de espera.
- Capacidad profesional y confianza en el equipo de profesionales.
- · Mejoría percibida.
- Relación entre expectativas y servicio recibido.
- · Impresión global.
- Instrumentos: CSQ-8, TPQ, Servgual modificado, encuestas ad-hoc, técnicas grupales ...

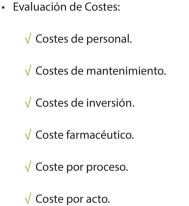
EVALUACIÓN ECONÓMICA

La evaluación económica se dirige a analizar los recursos utilizados y la relación de éstos con los resultados, en términos de beneficios obtenidos. Podemos establecer dos tipos básicos: la evaluación dirigida a establecer costes brutos o por unidad de proceso (evaluación de costes) y la que determina la eficiencia del programa relacionando los costes con unidades de resultado (evaluación económica, propiamente dicha).

¿Para qué?

 Para conocer el coste de cada uno de los componentes del programa, así como de su totalidad, y poder determinar los costes de proceso y su variación con respecto a distintas circunstancias (Evaluación de Costes). Para determinar la eficiencia del programa, respecto a distintas variables, permitiendo su comparación entre distintas modalidades de intervención (Evaluación Económica).

¿Qué evaluamos?



- Evaluación Económica: relaciona los costes con los resultados, mediante indicadores como:
 - √ Análisis Coste-Beneficio (ACB): compara los costes generados por el programa con los beneficios, en términos monetarios, obtenidos por el paciente o la comunidad, como resultado del mismo.
 - √ Análisis Coste-Utilidad (ACU): los costes se cuantifican en unidades monetarias, y los resultados son medidos como la ganancia obtenida por los usuarios. La unidad de medición en estos análisis suele ser los años de vida ajustados por calidad (QALYs o AVACs).
 - √ Análisis Coste-Eficacia (ACE): compara los costes de un programa, expresados en términos monetarios, con su efectividad medida en términos clínicos o epidemiológicos (por ej., días de abstinencia, reducción de la prevalencia de consumo, etc.)





RECOMENDACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN

Las funciones que el Decreto Legislativo 1/2003 atribuye a los ayuntamientos de la Comunidad Valenciana son, fundamentalmente, de tipo preventivo. Estas Administraciones Públicas son las titulares de la gran mayoría de las actualmente denominadas *Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas* (UPCCAs), servicios en los que se sustenta la prevención de las drogodependencias en sus distintos tipos: universal, selectiva, y específica o indicada.

Por estas razones, en el presente manual ha parecido conveniente incluir las recomendaciones que pueden extraerse, en materia de prevención de las drogodependencias, de dos recientes documentos editados por las dos agencias de mayor prestigio internacional en este campo: de una parte, el NationalInstituteonDrug Abuse (NIDA); de otra, el ObservatorioEuropeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

En consecuencia, a continuación se exponen las conclusiones que pueden establecerse, a modo de recomendación, de los dos documentos referidos: LessonsfromPreventionResearch (NIDA, 2011) – cuyo texto se reproduce casi literalmente- y el Informe Anual 2011 del ObservatorioEuropeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2011).

RECOMENDACIONES EXTRAÍDAS DE "LESSONS FROM PREVENTION RESEARCH" (NIDA, 2011)

- Los programas de prevención deben mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo:
 - El riesgo de convertirse en un toxicómano involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo (por ejemplo, las actitudes y los comportamientos antisociales) y el número y el tipo de los factores de protección (por ejemplo, el apoyo de los padres.
 - El impacto potencial de los factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad.
 - Una intervención temprana en los factores de riesgo (por ejemplo, en la conducta agresiva o falta de autocontrol) a menudo tiene un mayor impacto que una intervención tardía, ya que cambia la trayectoria de la vida del niño alejándole de los problemas y dirigiéndole hacia las conductas positivas.
 - Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, es posible que estos factores tengan un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y entorno de cada persona.

- 2) Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo por menores de edad de drogas legales (por ejemplo, el tabaco o el alcohol); el uso de drogas ilegales (como la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (por ejemplo, los inhalantes) o de medicamentos, sean con o sin prescripción médica.
- 3) Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, enfatizando los factores de riesgo que se pueden modificar y fortaleciendo los factores de protección que se conocen.
- 4) Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de la población, según las características de esa población, como la edad, el sexo y la cultura, para aumentar así la eficacia del programa.
- 5) Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir capacitación en las habilidades necesarias para la buena crianza de los hijos; ejercicios prácticos para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; además de entrega de información y educación sobre las drogas:
 - La compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre los padres y los hijos.
 - El monitoreo y la supervisión de los padres son esenciales para prevenir el abuso de las drogas.
 - La educación y la información sobre las drogas para los padres o los cuidadores refuerzan lo que los niños están aprendiendo sobre los efectos dañinos de las drogas y brindan la oportunidad para la discusión familiar sobre el abuso de sustancias legales e ilegales.
 - Las intervenciones cortas enfocadasen la familia y dirigidas a la población en general pueden cambiar de manera positiva las conductas específicas de los padres, las que a su vez pueden reducir el riesgo futuro para el abuso de drogas de los hijos.
- 6) Los programas de prevención se pueden diseñar para una intervención tan temprana como en los años preescolares para enfocar los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas.

- 7) Los programas de prevención para los niños de la primaria se deberán dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes aptitudes:
 - Autocontrol.
 - · Conciencia emocional.
 - · Comunicación.
 - · Resolución de los problemas sociales.
 - Apoyo académico, especialmente en la lectura.
- 8) Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes aptitudes:
 - · Hábitos de estudio y apoyo académico.
 - · Comunicación.
 - Relaciones con los compañeros.
 - · Autoeficacia y reafirmación personal.
 - Técnicas para resistir las drogas.
 - Refuerzo de las actitudes anti-drogas.
 - Fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.
- 9) Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela media, pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Tales intervenciones no se dirigen específicamente a las poblaciones en riesgo, y por lo tanto, reducen el estigma y promueven una alianza fuerte con la escuela y con la comunidad
- 10) Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que sólo un programa individual.
- 11) Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes –por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas, y los medios de comunicación- son más efectivos cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de estos ambientes en toda la comunidad.
- 12) Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias, o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elemen-

tos básicos de la intervención original basada en la investigación, que incluyen la estructura (cómo está organizado y compuesto el programa), el contenido (la información, las habilidades, y las estrategias del programa) y la introducción (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).

- 13) Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela media disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.
- 14) Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en las prácticas para la buena administración de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiante. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica, y la formación de lazos fuertes con la escuela.
- 15) Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de las habilidades.
- 16) Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Al igual que las investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que por cada euro invertido en la prevención⁴, se puede obtener un ahorro hasta diez veces superior en tratamientos para el abuso del alcohol u otras sustancias.

RECOMENDACIONES EXTRAÍDAS DEL INFORME ANUAL DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT, 2011)

Prevención universal

- 1a) Las actividades escolares de tipo exclusivamente informativo, las jornadas informativas y las pruebas para detectar drogas, no han demostrado ninguna eficacia.
- 2ª) Se detecta un pequeño cambio desde la implantación de este tipo de actividades ineficaces hacia otras más prometedoras, como las que incluyen programas de habilidades para la vida.
- 3ª) La prevención familiar suele limitarse a intervenciones sencillas y de bajo coste (reuniones de padres y madres, así como distribución de material informativo). Es conveniente incluir otras intervenciones más complejas, como grupos de ayuda mutua, formación orientada a competencias personales y sociales, o manuales con programas para mejorar las competencias parentales.

Prevención selectiva

- 1a) La prevención selectiva está poco difundida en Europa. Las intervenciones más frecuentes son las que se limitan a informar, sensibilizar y asesorar.
- 2ª) Sin embargo, cada vez hay más datos que demuestran la eficacia de enfoques centrados en la imposición de normas, la motivación, la capacitación y la toma de decisiones.
- 3ª) Este tipo de programas son más comunes en dos subgrupos de población: los alumnos con problemas académicos y sociales, así como los jóvenes infractores de la legislación sobre drogas. En el primer caso cabe recordar que, el fracaso académico y el abandono escolar prematuro, comparten los mismos factores de riesgo que el consumo problemático de drogas.
- 4ª) Junto a la intervención en jóvenes de alto riesgo, también debe extenderse la prevención selectiva a familias vulnerables, en especial las que sufren problemas relacionados con el consumo de sustancias y las que se encuentran en situación de desventaja social.

5ª) En el contexto familiar, el Informe destaca la creciente popularidad delStrengthe ningFamiliesProgram(SFP) o"programa de refuerzo de las familias" (Kumpfer et al., 2008), programa de entrenamiento en habilidades para familias constituido por 14 sesiones, que ha sido adaptado culturalmente en 17 países, entre ellos España (Orte et al., 2007).

Prevención específica

- 1ª) Las actividades de prevención específica no son comunes en los países europeos, si bien cada vez son más los países que utilizan el entorno escolar para identificar a alumnos vulnerables, sobre todo los que tienen problemas de conducta.
- 2ª) Las estrategias de prevención específica notificadas con más frecuencia son la intervención precoz y el asesoramiento sobre el consumo de drogas; son pocos los informes sobre intervenciones dirigidas a problemas de conducta de inicio precoz.
- 3ª) No se está explotando adecuadamente el potencial que ofrece la prevención específica como medio para reducir trastornos de conductas asociados al posterior consumo de sustancias, como son la impulsividad o la agresividad.
- 4ª) La importancia de la prevención específica radica en su naturaleza como puente de unión entre la prevención y el tratamiento especializado.





NORMATIVA APLICABLE

DECRETO LEGISLATIVO 1/2003, DE 1 DE ABRIL, DEL CONSELL DE LA GENERALITAT, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS.⁵

La Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, estableció y reguló un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas tanto por el uso y/o abuso de sustancias que podían generar dependencia como por otros trastornos adictivos.

No obstante, dicha norma ha sufrido diversas modificaciones por posteriores Leyes de la Generalitat. Así, los artículos 57 y 58 de la Ley 11/2000, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat, variaron la redacción de los artículos 33 y 34 de la citada Ley 3/1997, en el sentido de adscribir la Comisión Interdepartamental y la Comisión Ejecutiva en materia de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, a la Conselleria de Bienestar Social. También el artículo 46 de la Ley 9/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat, modifica la redacción del artículo 54.1 de la Ley 3/1997 en cuanto a las autoridades competentes para la imposición de sanciones en esta materia y en cuanto a la moneda fijando las sanciones en euros.

Igualmente, los artículo 51 y 52 de la Ley 9/2001, siguiendo las pautas fijadas por la Ley 46/1998, de 17 de diciembre, sobre Introducción del Euro, recogen la obligación de que, constituido el euro como moneda única de la Unión Europea, todas las normas jurídicas expresen las cuantías económicas correspondientes exclusivamente en dicha moneda, afectando por tanto al artículo 52 de la Ley 3/1997.

Por otro lado, se ha publicado la Ley 4/2002, de 18 de junio, de la Generalitat, por la que se han operado otros cambios en la Ley 3/1997, tales como la atención a las familias de las personas afectadas por algún trastorno adictivo o con posible dependencia; la concesión de prórrogas a las ayudas económicas concedidas por la Generalitat para evitar el acceso a vías irregulares de obtención de ingresos económicos, condicionadas al cumplimiento de los planes terapéuticos; el fomento de los tratamientos con agonistas; la elevación a los 18 años de la edad mínima para la venta o dispensación de bebidas alcohólica o de tabaco, o el objetivo de alcanzar mayor implicación de los medios de comunicación público, con la aportación de espacios gratuitos de publicidad. Como consecuencia de la situación descrita, la disposición final primera de la Ley 4/2002, habilita al Consell de la Generalitat para que en el plazo de un año desde su entrada en vigor, que se produjo el día 26 de junio de 2002, fecha de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, apruebe el Texto Refundido

^{5.} Incluye las modificaciones incorporadas por la Ley 14/2005, de 23 de diciembre, de la Generalitat, de Medidas Fiscales, de Gestión Financiera y Administrativa, y de Organización de la Generalitat, en su práctica totalidad relativas a la adscripción de las competencias de drogodependencias a la Conselleria de Sanidad.

de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, con el objetivo último de recoger en un único texto integrado todos los cambios expuestos, finalidad a la que obedece el presente Decreto Legislativo.

En su virtud, a propuesta del conseller de Bienestar Social, conforme con el Consejo Jurídico Consultivo de la Comunidad Valenciana y previa deliberación del Consell de la Generalitat en la reunión del día 1 de abril de 2003.

DECRETO

Artículo único

Se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Generalitat sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos que se inserta a continuación como anexo.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan al presente Decreto Legislativo y, en particular, las siguientes:

- La Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
- La Ley 4/2002, de 18 de junio, de la Generalitat, por la que se modifica la Ley 3/1997, de 16 de junio, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
- Los artículos 57 y 58 de la Ley 11/2000, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat.
- El artículo 46 de la Ley 9/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente decreto legislativo y el texto refundido que aprueba entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

Valencia, 1 de abril de 2003

El Presidente de la Generalitat,

El conseller de Bienestar Social, Rafael Blasco Castany

ANEXO

TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

TÍTULO PRELIMINAR DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto de la ley

- 1. La presente ley tiene por objeto establecer y regular, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Generalitat y dentro de su ámbito territorial, un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas tanto por el uso y/o abuso de sustancias que puedan generar dependencia como por otros trastornos adictivos.
- 2. Igualmente es objeto de esta ley definir y fomentar acciones que protejan a terceras personas, en especial, a las familias de quienes padecen algún tipo de trastorno adictivo, del daño producido por estas patologías o de los problemas relacionados con el uso de drogas.
- 3. Las disposiciones contenidas en la presente ley serán de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, ya sean de titularidad pública o privada, que en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana.

Artículo 2. Definiciones

1. A los efectos de esta ley, se considerará como droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste, siendo capaz de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social.

Tienen tal consideración:

- a) Las bebidas alcohólicas.
- b) El tabaco.
- c) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a control de conformidad con lo establecido en las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado Español.

- d) Determinados productos de uso industrial o vario, como los inhalantes y colas, que pueden producir los efectos y consecuencias descritos en el apartado primero de este artículo.
- e) Cualquier otra sustancia, no incluida en los apartados anteriores, que cumpliera la definición establecida en el apartado primero de este artículo.

2. En el marco de esta ley se entiende por:

- a) Trastorno adictivo: patrón desadaptativo de comportamiento que provoca una dependencia psíquica, física o de ambos tipos, a una sustancia o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y/o social de la persona y su entorno.
- b) Drogodependencia: trastorno adictivo definido como aquel estado psíquico, y a veces físico y social, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y/o físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación.
- c) Desintoxicación: proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia exógena al organismo.
- d) Deshabituación: proceso orientado al aprendizaje de estrategias terapéuticas que permitan al drogodependiente enfrentarse a los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, con el objetivo final de eliminar su dependencia de las mismas.
- e) Rehabilitación: proceso de recuperación de los aspectos de comportamiento individuales en la sociedad.
- f) Inserción/reinserción: progresiva integración de la persona en el medio familiar y social que le permita llevar una vida responsable y autónoma, sin dependencia de drogas.
- g) Prevención: conjunto diverso de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social.

En el ámbito de esta ley se consideran drogas institucionalizadas o socialmente aceptadas aquellas que pueden ser adquiridas y consumidas legalmente, siendo las principales las bebidas alcohólicas, el tabaco y los psicofármacos.

Entra, asimismo, en el ámbito de aplicación de esta Ley, la atención integral de las personas con otros trastornos adictivos, aun cuando no tengan su origen en el uso y/o abuso en el consumo de las sustancias definidas en el apartado primero de este artículo, considerándose el juego patológico como el principal trastorno adictivo no producido por drogas.

Artículo 3. Principios rectores

Las actuaciones que en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos se desarrollen en la Comunidad Valenciana responderán a los siguientes principios rectores:

- 1. La responsabilidad pública y la coordinación institucional de actuaciones, basada en los principios de descentralización, responsabilidad y autonomía en la gestión de los programas y servicios, así como la participación activa de la comunidad y de los propios afectados y afectadas en el diseño de las políticas de actuación.
- 2. La promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas, así como la solidaridad y la tolerancia, apoyo y asistencia con las personas con problemas de drogodependencia.
- 3. La consideración, a todos los efectos, de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusiones en las esferas biológica, psicológica, social de la persona.
- 4. La consideración prioritaria de las políticas y las actuaciones preventivas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- 5. El establecimiento de criterios de eficacia, eficiencia y evaluación continua de resultados de las actuaciones y programas que se desarrollen en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- 6. La integración normalizada de actuaciones en materia de drogodependencias en los Sistemas Educativo, Sanitario y de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.
- 7. La consideración de la prevención, asistencia e integración de las personas drogodependientes como un proceso unitario y continuado, mediante la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales.

TÍTULO I DE LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA A TRAVÉS DE MEDIDAS PREVENTIVAS

CAPÍTULO I

De la prevención de las Drogodependencias y de otros Trastornos Adictivos

Artículo 4. Medidas preventivas generales

- 1. Corresponde a las Administraciones Públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, desarrollar, promover, apoyar, fomentar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendentes a:
 - a) Informar científicamente a la población en general sobre las sustancias y conductas que pueden generar dependencia, así como de sus efectos y de las consecuencias derivadas del uso y/o abuso de las mismas.
 - b) Educar para la salud y formar a profesionales en este campo.
 - c) Modificar las actitudes y comportamientos de la población en general respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa.
 - d) Intervenir sobre los factores de riesgo individuales, familiares y sociales asociados al consumo de drogas o a conductas adictivas.
 - e) Eliminar o, en todo caso, limitar la presencia, promoción y venta de drogas en el entorno social.
 - f) Educación de las personas consumidoras y apoyo al trabajo de las organizaciones de usuarios o usuarias y consumidores o consumidoras, implicándolos también en este ámbito.
- 2. El conjunto de estas medidas se dirigirá preferentemente a la población menor de dieciocho años y a aquellos grupos de población donde la prevalencia de los trastornos adictivos, o su potencial peligrosidad para la salud o la vida de terceras personas, sean más elevadas.

Artículo 5. Información

1. La Conselleria de Sanidad o la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos a través de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, conocerá e informará de la demanda asistencial, las urgencias hospitalarias, la morbilidad, la patología asociada y la mortalidad originadas por el uso y/o abuso de sustancias que generan dependencia. Así mismo se informará a toda la población, a través de todas las

estructuras asistenciales socio-sanitarias de la creación de las Unidades de Conductas Adictivas como centros especializados de asistencia a drogodependencias y otros trastornos adictivos.

- 2. Las Consellerias correspondientes en materia de Bienestar Social y de Sanidad determinarán, conjuntamente, la creación y ubicación de servicios de información, divulgación y documentación, integrados en las redes asistenciales, centros educativos y centros de información relacionados con la Conselleria de Cultura y Educación, que faciliten asesoramiento y orientación sobre la prevención y el tratamiento de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- 3. La Administración Laboral, a través de los Gabinetes de Seguridad e Higiene en el Trabajo, realizará actividades informativas y formativas relativas a los efectos del consumo de drogas y otras conductas que generen adicción, destinadas a los trabajadores o trabajadoras, representantes sindicales y empresarios o empresarias. Estas actividades se dirigirán preferentemente a sectores de producción con alta prevalencia en el consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos, así como a otros en los que su uso pueda suponer un peligro para la salud o la vida de terceras personas.
- 4. Para la difusión de campañas informativas y de prevención el Ente Público Radio Televisión Valenciana pondrá a disposición de la Conselleria titular de las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, espacios gratuitos de publicidad, con un máximo del 5% del tiempo dedicado a la publicidad en cada una de las franjas horarias elegidas por la propia Conselleria y durante todo el tiempo que duren las campañas.

Artículo 6. Intervención urbanística

La Conselleria de Obras Públicas, Urbanismo y Transporte, en colaboración con las Corporaciones Locales, velará por un desarrollo urbano equilibrado, basado en los criterios de solidaridad, igualdad y racionalidad, como factor de superación de las causas que inciden en la aparición de las drogodependencias, contribuyendo a la eliminación de los focos de marginalidad y a la regeneración del tejido urbano y social.

CAPÍTULO II

De la prevención escolar y comunitaria de las drogodependencias y de otros trastornos adictivos

Artículo 7. Educación para la salud y formación pregraduada

- 1. La Conselleria de Cultura y Educación, en colaboración con la de Sanidad, se responsabilizará de la introducción de un programa de «Educación para la Salud» en el ámbito de la comunidad escolar, así como de la aplicación de los programas formativos en los términos previstos en la Ley 1/1994, de 28 de marzo, de la Generalitat, de Salud Escolar.
- 2. Los programas de Educación para la Salud, a los que se refiere el apartado anterior, deberán incluir contenidos específicos sobre la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, adecuados al ciclo escolar en el que se desarrollen.
- 3. El Consell de la Generalitat, en colaboración con las Universidades Valencianas, adoptará las medidas oportunas para la incorporación, en los programas de estudios universitarios, de la educación para la salud y de todos los contenidos necesarios para el aumento y mejora de la adecuada formación de universitarios y universitarias en los distintos aspectos de las drogodependencias y otros trastornos adictivos y para la formación de especialistas en esta materia que les capacite para el ejercicio de la profesión.

Artículo 8. Intervención social

- 1. En los términos establecidos en la legislación vigente en materia de Servicios Sociales, las actuaciones que éstos dirijan a la prevención de las drogodependencias se considerarán como áreas de actuación preferente y deberán ser potenciadas dentro de los programas de Servicios Sociales Generales y Especializados. En este sentido, las Administraciones Públicas priorizarán la prevención comunitaria de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en el ámbito comunitario.
- 2. La Conselleria de Sanidad o la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos impulsará una política global preventiva que, mediante actuaciones sectoriales coordinadas de la Comunidad y las Administraciones Públicas, incidan sobre los factores sociales, educativos, culturales, sanitarios y económicos favorecedores del consumo de drogas y del desarrollo de otros trastornos adictivos en la sociedad..
- 3. Siendo el fracaso escolar y las carencias de alternativas laborales factores que predisponen al consumo de drogas y a la aparición de otros trastornos adictivos, se promocionará entre la juventud alternativas de formación profesional, primer empleo, autoempleo y promoción empresarial.

4. Las Administraciones Públicas potenciarán una política global de alternativas al consumo de drogas y al desarrollo de otras conductas potencialmente adictivas, como factor determinante que afecta a la superación de cuantas causas inciden en la aparición de las drogodependencias. A tal efecto, se impulsarán servicios socioculturales, actividades de ocio y tiempo libre y se promocionará el deporte.

TÍTULO II DE LA ASISTENCIA E INSERCIÓN SOCIAL

CAPÍTULO I Medidas Generales

Artículo 9. Medidas generales

El modelo de intervención en drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad Valenciana se fundamentará en las siguientes medidas generales:

- 1. La oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes y con otros trastornos adictivos deberá ser accesible y diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar, integrada en el medio más próximo del hábitat de la persona y de su entorno sociofamiliar, cuya ordenación territorial garantice la homogeneidad de los recursos en una red única que proporcione cobertura asistencial a toda la población de la Comunidad Valenciana.
- 2. Garantizar la asistencia sanitaria y social a las personas afectadas por los problemas derivados del consumo de drogas y de otros trastornos adictivos, en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando, en todo caso, la calidad y eficiencia de los diferentes servicios y programas integrados en la Red Pública Asistencial del Servicio Valenciano de Salud y de Servicios Sociales. Todos los recursos públicos de asistencia e inserción social de las personas adictas estarán integrados en las redes asistenciales generales.
- 3. Asegurar la integración orgánica y funcional de los recursos públicos existentes. Los recursos privados debidamente acreditados completarán, cuando las necesidades asistenciales así lo requieran, la oferta pública existente. En ningún caso, los recursos de asistencia e inserción social de las personas adictas formarán una red propia y separada de las redes asistenciales generales.
- 4. Estimular la demanda asistencial y el contacto de las personas drogodependientes, y de aquellas que padezcan otros trastornos adictivos, con los dispositivos asistenciales del sistema, garantizando el acceso libre y gratuito a sus prestaciones.

- 5. Impulsar los programas de inserción social como objetivo final del proceso asistencial, potenciando la conexión de los programas asistenciales con los de reinserción social.
- 6. Potenciar una cultura social favorecedora de la solidaridad y colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social de las personas drogodependientes, y que incluya un rechazo al consumo de drogas.
- 7. Informar de los aspectos desarrollados por el vigente Código Penal a las personas afectadas por una drogodependencia u otros trastornos adictivos.

CAPÍTULO II De la Asistencia Sanitaria

Artículo 10. Principios básicos

- 1. Las personas drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos, en su consideración de enfermos y enfermas, disfrutan de todos los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico vigente para los usuarios y usuarias de los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad Valenciana.
- 2. En particular, en la atención a estos enfermos y enfermas se respetarán los siguientes derechos:
 - a) A la información sobre los servicios a los que puede acceder, así como los requisitos y exigencias que plantea su tratamiento.
 - b) A la confidencialidad.
 - c) A la libre elección entre la oferta terapéutica existente.
 - d) A la información completa y gratuita sobre el proceso de tratamiento que está siguiendo.
 - e) A la voluntariedad para iniciar y cesar el tratamiento, excepto en los casos señalados en la legislación vigente.

Artículo 11. Medidas asistenciales

1. A los efectos asistenciales, la dependencia al alcohol está considerada como enfermedad común, siendo el trastorno adictivo con mayor prevalencia en la Comunidad Valenciana y, en este sentido, la Generalitat velará para que las personas con esta patología reciban la atención y asistencia social debidas.

2. Las prestaciones médico-asistenciales a las personas drogodependientes y con otros trastornos adictivos se realizarán por las Unidades de Conductas Adictivas, cuya organización y funcionamiento se determinará reglamentariamente. Estos dispositivos se integrarán en

el Servicio Valenciano de Salud, plenamente normalizados dentro de la estructura de éste y coordinados con los demás recursos sanitarios del Área de Salud correspondiente.

3. De conformidad con lo dispuesto reglamentariamente, los hospitales generales y especializados de la Comunidad Valenciana que se determinen, del sector público o vinculados a éste mediante concierto o Convenio, dispondrán de unidades de ingreso o camas para la desintoxicación de personas enfermas alcohólicas y otros tipos de drogodependientes.

- 4. El tratamiento de las personas enfermas alcohólicas y de las drogodependientes podrá realizarse en régimen de ingreso hospitalario o con carácter ambulatorio.
- 5. Se potenciará la realización de programas encaminados a la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de la salud de la persona drogodependiente, incluyendo de manera prioritaria actividades de educación sanitaria, asesoramiento y apoyo psicológico a personas usuarias de drogas infectadas por VIH o enfermas del SIDA y a sus familiares.
- 6. Se promoverá la creación de programas específicos dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos programas incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos opiáceos u otros fármacos que hayan demostrado su eficacia clínica de aquellos casos que puedan beneficiarse de este tipo de terapia.
- 7. En aquellos casos en los que las acciones previstas en el apartado anterior no obtuvieran efectos positivos para el paciente, la Generalitat, mediante recursos asistenciales propios, fomentará el uso compasivo de medicamentos agonistas, incluyendo las propias sustancias que hubiesen generado la adicción, en las condiciones y con las garantías previstas en el artículo 23 del Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. Para ello será imprescindible que exista evidencia científica de su utilidad terapéutica, constatada por los organismos internacionales competentes, y ensayos clínicos favorables realizados en muestras españolas, así como las demás autorizaciones que fuesen preceptivas⁶.

^{6.} El artículo hace referencia implícita a los tratamientos con heroína, limitados éstos a los supuestos contemplados y previo cumplimiento de los criterios exigibles.

Artículo 12. Ámbito judicial y penitenciario

La Generalitat:

- a) Facilitará los medios humanos y materiales para la realización de programas de educación sanitaria y atención a reclusos y reclusas drogodependientes, en colaboración con la administración Penitenciaria.
- b) Proporcionará, a través de los recursos públicos o privados acreditados, alternativas suficientes para las demandas de cumplimiento de medidas de seguridad, remisión condicionada de pena o cumplimiento de pena en centro terapéutico formuladas por la administración de Justicia.
- c) Impulsará programas de asistencia, médica, jurídica y social, a las personas drogodependientes detenidas, en colaboración con la administración de Justicia.
- d) Facilitará adecuada información a los familiares sobre los problemas judiciales de las personas drogodependientes.

Artículo 13. Ámbito laboral

- 1. Las actuaciones que en materia de drogodependencias se desarrollen en el ámbito laboral se considerarán como un factor que mejora la salud pública y la calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras, e incrementa, a su vez, la productividad de las empresas.
- 2. La Generalitat impulsará la realización de programas de prevención y asistencia de trabajadores con problemas de consumo de drogas, especialmente del alcohol y del tabaco, así como con otros tipos de trastornos adictivos. En el diseño, ejecución y evaluación de estos programas deberán participar, de manera prioritaria, los Sindicatos, Organizaciones Empresariales y Servicios de Prevención, así como los Consejos de Salud Laboral en las empresas e instituciones.
- 3. La Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo potenciará los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos encaminados a la reserva de puesto de trabajo de los trabajadores y trabajadoras drogodependientes durante su proceso de recuperación, y al desistimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en los casos de problemas derivados del abuso de drogas.

CAPÍTULO III De la Inserción Social

Artículo 14. De la inserción social

- 1. Los Servicios Sociales, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente, velarán por la adecuada reinserción social de la persona drogodependiente en su entorno y por el asesoramiento continuo de sus familiares.
- 2. Las Consellerias con competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos y en materia de empleo, y los organismos autónomos con estas competencias, promoverán medidas encaminadas a la reinserción social de aquellas personas que hubieran sido deshabituadas de su adicción, fuera ésta tóxica o no.
- 3. A los efectos de favorecer la integración social de las personas adictas que reciben tratamiento, cuando un drogodependiente o jugador patológico estuviera percibiendo una prestación económica reglada o ayuda de similar naturaleza concedida por la Generalitat, la duración de la percepción podrá prorrogarse durante un periodo adicional desde el inicio del tratamiento. Esta prórroga única quedará condicionada al efectivo cumplimiento, tanto de las normas propias de la prestación como de las pautas de tratamiento en cualquiera de los recursos asistenciales de drogodependencias y otros trastornos adictivos, de tipo sanitario o social, que fueran de titularidad pública o concertados con la Generalitat.
- 4. La Conselleria con competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, en colaboración con los departamentos de la Generalitat con competencias en materia de empleo, impulsará mecanismos de acompañamiento a personas drogodependientes o con otros tipos de trastornos adictivos, que faciliten el desarrollo de procesos integrales de incorporación social y laboral:
 - a) Promoviendo actividades que faciliten el acercamiento a mercados de trabajo.
 - Potenciando el desarrollo de las actividades necesarias para la incorporación sociolaboral.
 - c) Implicando y colaborando con agentes sociales que puedan facilitar la integración social.

Artículo 14 bis. De la atención a las familias

1. La Conselleria con competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, en el ámbito de los servicios sociales generales y de la atención y prevención de las drogodependencias y demás trastornos adictivos, ofrecerá servicios de atención especializada a los cónyuges y parejas de hecho de las personas drogodependientes, así como a sus padres y

otros familiares del núcleo convivencial, dirigidos tanto a su apoyo y tratamiento como a la prevención y asistencia de los daños asociados que pudieran generarse en la convivencia familiar.

2. Del mismo modo, se fomentará la creación de programas específicos de prevención y atención precoz en hijos de drogodependientes, como oferta complementaria al tratamiento de sus progenitores. Cada provincia de la Comunidad Valenciana deberá disponer, al menos, de uno de estos programas.

TÍTULO III DEL CONTROL DE LA OFERTA

CAPÍTULO I

De las limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 15. Condiciones de publicidad

- 1. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, la promoción y publicidad, tanto directa como indirecta, de bebidas alcohólicas y tabaco deberá respetar, en todo caso, las siguientes limitaciones:
 - a) No está permitida la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco dirigida a menores de dieciocho años.
 - b) En la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco no podrán utilizarse argumentos dirigidos a personas menores de dieciocho años. Asimismo, los y las menores de edad no podrán protagonizar o figurar en anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco.
 - c) No se permite la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en los lugares en los que este prohibida su venta, suministro y consumo, según lo establecido en los capítulos II y III de este título.
 - d) Quedan prohibidos los anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco en las publicaciones juveniles editadas en la Comunidad Valenciana e igualmente, en los programas de radio y televisión emitidos desde centros ubicados en el ámbito de nuestra Comunidad, cuando se traten de programas de carácter informativo sobre temas de interés público o cuando tengan como destinatarios exclusivos o preferentes a menores de edad. Asimismo, queda prohibida la exposición o difusión de anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco en todo tipo de instalaciones educativas, culturales, deportivas, sanitarias, salas de cine y espectáculos, salvo, en los dos últimos casos, en sesiones dirigidas a mayores de edad.

DROGODEPENDENCIAS

- e) La prohibición contenida en el apartado anterior se extiende a todo tipo de publicidad directa o indirecta incluyendo la de objetos o productos que por su denominación, grafismo, modo o lugar de presentación o cualquier otra causa pueda suponer una publicidad encubierta de bebidas alcohólicas y tabaco.
- f) No podrá realizarse el patrocinio o financiación de actividades deportivas o culturales, dirigidas preferentemente a menores de dieciocho años, por parte de personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación o la venta de bebidas alcohólicas y tabaco, si ello lleva aparejado la publicidad de dicho patrocinio, o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionadas con las bebidas alcohólica y el tabaco.
- g) No estará permitido que los mensajes publicitarios de las bebidas alcohólicas y del tabaco se asocien a una mejora del rendimiento físico o psíquico, al éxito social y a efectos terapéuticos. Asimismo, queda prohibida ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad.
- h) Se limitará la emisión de programas televisivos o de otros medios de comunicación, de cualquier imagen o contenido denigrante de la persona, con cualquier aspecto físico o psíquico, que fomente o pueda fomentar cambios en la conducta moral de los y las menores, que les pueda influir en sus hábitos de vida, y predisponerles a cualquier trastorno adictivo.
- 2. Cualquier publicidad, directa o indirecta, de bebidas alcohólicas o de tabaco deberá incluir, de forma claramente visible para las personas consumidoras, mensajes que adviertan de la peligrosidad del uso y/o abuso de estas sustancias. Estos mensajes serán elaborados previamente por la Conselleria competente en materia de Drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- 3. La Administración de la Comunidad Valenciana no utilizará como soporte informativo o publicitario objetos relacionados con el tabaco y las bebidas alcohólicas.
- 4. Cualquier publicidad, directa o indirecta, de bebidas alcohólicas o de tabaco deberá incluir, de forma claramente visible para las personas consumidoras, mensajes que adviertan de la peligrosidad del uso y/o abuso de estas sustancias. Estos mensajes serán elaborados previamente por la Conselleria correspondiente en materia de Bienestar Social.
- 5. La Administración Autonómica promoverá la formalización de acuerdos de autocontrol y autolimitación de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco con empresas fabricantes y distribuidoras de dichas bebidas, así como con anunciantes, agencias y medios de publici-

dad a fin de restringir, para todo lo que la presente Ley no reglamente, la actividad publicitaria de las sustancias referidas.

Artículo 16. Prohibiciones

- 1. Se prohíbe expresamente la publicidad directa o indirecta de bebidas alcohólicas y tabaco en:
 - a) Los centros y dependencias de las Administraciones Públicas de la Comunidad Valenciana.
 - b) Los centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.
 - c) Los centros de enseñanza, tanto públicos como privados, que impartan enseñanzas regladas o no regladas.
 - d) Los centros y espectáculos destinados mayoritariamente a público menor de 18 años.
 - e) Los medios de transporte público.
 - f) Todos los lugares en los que esté prohibida su venta, suministro y consumo.
 - g) La vía pública, cuando existiera una distancia lineal inferior a 200 metros entre el anuncio publicitario y alguno de los tipos de centros contemplados en los apartados b), c) y d). A los efectos de esta prohibición se tendrán en cuenta los registros oficiales de los centros previstos en los apartados b), c) y d).
 - h) Otros centros y lugares similares a los mencionados y que se determinen reglamentariamente.
- 2. La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en periódicos, revistas y cualquier otro medio escrito no podrá realizarse en las páginas dirigidas preferentemente a menores de 18 años.

Artículo 17. Promoción

1. Las actividades de promoción pública de bebidas alcohólicas y tabaco, mediante ferias, exposiciones, muestras y actividades similares, serán realizadas en espacios diferenciados cuando tenga lugar dentro de otras manifestaciones públicas. En estas actividades no estará permitido ni el ofrecimiento ni la degustación gratuita a menores de dieciocho años. Tampoco estará permitido el acceso a menores de dieciocho años no acompañados de personas mayores de edad.

DROGODEPENDENCIAS

- 2. Estará prohibida la promoción de bebidas alcohólicas mediante la difusión a menores de edad, por cualquier medio, de prospectos, carteles, invitaciones y ninguna clase de objeto en el que se mencionen bebidas alcohólicas, sus marcas o sus empresas productoras o los establecimientos en los que se realice su consumo.
- 3. En las visitas a los centros de producción, elaboración y distribución de bebidas alcohólicas y tabaco, no podrá ofrecerse ni hacer probar los productos a los menores de edad.
- 4. Quedan prohibidos los actos que estimulen un consumo inmoderado de alcohol o de tabaco basándose en la competitividad en el consumo de estas substancias.

CAPÍTULO II

De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 18. Prohibiciones

- 1. No se permitirá en el territorio de la Comunidad Valenciana la venta, dispensación y suministro, gratuitos o no, por cualquier medio, de cualquier tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años.
- 2. El suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas automáticas en instalaciones abiertas al público sólo podrá efectuarse cuando la ubicación de las máquinas permita su absoluto control por las personas responsables de dichas instalaciones o sus representantes, de modo que se impida el acceso a las mismas a menores de 18 años. A estos efectos, se prohíbe colocar estas máquinas en espacios abiertos al tránsito público, como viales y parques en general.
- 3. En todos los establecimientos, instalaciones o lugares en que se suministren bebidas alcohólicas, así como en las máquinas expendedoras automáticas, deberán colocarse, de forma visible para el público, carteles que adviertan de las prohibiciones establecidas en el apartado 1 de este artículo. Este cartel deberá colocarse en la zona del establecimiento, instalación o lugar a la que haya que dirigirse para adquirir la bebida alcohólica.
- 4. No se permitirá la venta, suministro y consumo de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:
 - a) En los centros y dependencias de las Administraciones Públicas de la Comunidad Valenciana, salvo en los lugares habilitados al efecto.
 - b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales, salvo en los lugares habilitados al efecto.

- c) Los centros docentes que impartan enseñanzas de régimen general en los niveles de Educación Primaria y Educación Secundaria, así como los centros docentes que imparten enseñanzas de régimen especial.
- d) Los locales de trabajo de las empresas de transporte público, salvo en los lugares habilitados al efecto.
- e) En la vía pública, salvo en los lugares de ésta en los que esté debidamente autorizado, o en días de fiestas patronales o locales, regulados por la correspondiente ordenanza municipal⁷.
- f) En todo tipo de establecimiento, desde las 22.00 horas a las 07.00 horas del día siguiente, excepto en aquellos en los que la venta de bebidas alcohólicas esté destinada a su consumo en el interior del local. Queda incluida, en esta prohibición, la venta celebrada en establecimiento comercial o por teléfono y seguida del reparto a domicilio de los productos comprados, cuando el reparto se realizara dentro de la franja horaria indicada⁸.
- 5. No podrá venderse ni consumirse bebidas alcohólicas de más de 18 grados centesimales en:
 - a) Las Universidades y demás centros de enseñanza superior.
 - b) Las áreas de servicio y de descanso de autopistas y autovías.
 - c) Las gasolineras.
 - d) Los centros de enseñanza no reglada.
 - e) Los locales habilitados para la venta de bebidas alcohólicas en centros y dependencias de la administración, centros sanitarios, sociosanitarios, de servicios sociales y de las empresas de transporte público.

^{7.} Un apartado especialmente polémico por cuanto afecta al denominado "botellón". Inicialmente queda prohibido el consumo de alcohol en vía pública. Las dos excepciones planteadas (lugares autorizados y fiestas) precisan de una regulación específica mediante ordenanza municipal o normativa similar, no la simple permisividad de las autoridades municipales. A nuestro juicio, se hace preciso clarificar el concepto de la frase "lugares de éstaen los que esté debidamente autorizado" que, cuando menos para los redactores iniciales del anteproyecto de esta Ley, hacía referencia a terrazas de hostelería y espacios de similares características, que disponen de una regulación específica.

^{8.} Hace referencia a la venta a domicilio en horario nocturno. Fue propuesta en la Ley 4/2002, de 18 de junio, de la Generalitat, por la que se modifica la Ley 3/1997, de 16 de junio, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, para evitar la práctica que se había generado con objeto de esquivar la prohibición de vender bebidas alcohólicas en ese horario.

- f) Los centros de trabajo.
- 6. Se prohíbe estar bajo influencia de bebidas alcohólicas mientras se está de servicio o en disposición de prestarlo a todas las personas cuya actividad laboral, de realizarse bajo dicha influencia, pudiera causar un daño contra la vida o la integridad física de las personas.

Artículo 19. Acceso de menores a locales

- 1. Salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente, queda prohibida la entrada de menores de dieciséis años en discotecas, salas de fiesta y establecimientos similares, en los que se venda o facilite el consumo de bebidas alcohólicas.
- 2. Estos establecimientos podrán organizar sesiones especiales para menores, con horarios y señalización diferenciada y que no podrán tener continuidad horaria con la venta de bebidas alcohólicas, retirándose en estos periodos la exhibición y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco.

CAPÍTULO III De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco

Artículo 20. Limitaciones a la venta

- 1. No se permitirá la venta ni el suministro de tabaco, ni de productos que le imiten o induzcan al hábito de fumar y sean nocivos para la salud, a los menores de 18 años en el territorio de la Comunidad Valenciana.
- 2. La venta y suministro de tabaco por máquinas automáticas sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados, haciéndose constar en su superficie frontal la prohibición que tienen los menores de 18 años de adquirir tabaco, y a la vista de una persona encargada de que se cumpla la citada prohibición.
- 3. No estará permitido la venta y suministro de tabaco en los lugares que se señalan en el artículo 18.4, exceptuando el apartado f) de dicho artículo.

Artículo 21. Limitaciones al consumo

- 1. No se puede fumar en los siguientes lugares:
 - a) Centros y servicios sanitarios, sociosanitarios, de Servicios Sociales, centros infantiles y juveniles de esparcimiento y ocio, ni en centros de enseñanza de cualquier nivel.
 - b) Instalaciones deportivas cerradas.

- c) Salas de teatro, cines y auditorios.
- d) Estudios de radio y wtelevisión destinados al público.
- e) Dependencias de la administración Pública destinadas a la atención directa al público.
- f) Grandes superficies comerciales.
- g) Galerías comerciales.
- h) Museos, salas de lectura, de exposiciones y de conferencias.
- i) Áreas laborales donde trabajen mujeres embarazadas.
- j) Cualquier medio de transporte colectivo, en trayectos que recorran exclusivamente el territorio de la Comunidad Valenciana, tanto urbano como interurbanos.
- k) Los locales en los que se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente al consumo inmediato de los mismos, en cuyo caso se mantendrá la prohibición de fumar exclusivamente a los manipuladores de los alimentos.
- l) Los espacios cerrados de uso general y público de las estaciones de autocar, de metro y ferrocarril y de los aeropuertos y puertos de interés general.
- m) Con carácter general, en ascensores y otros recintos pequeños de escasa ventilación, destinados al uso por varias personas, tanto en instalaciones públicas como privadas.
- n) Los lugares similares a los establecidos en este apartado y que se determinen reglamentariamente.
- 2. En todos los lugares o locales aludidos en el párrafo anterior, la dirección de los mismos deberá habilitar salas o zonas, claramente diferenciadas, en las que se permita el consumo de tabaco, debiéndose señalizar convenientemente, mediante rótulos, el uso de estas salas o zonas de fumadores y haciendo constar expresamente la advertencia de que fumar perjudica seriamente la salud de las personas fumadoras activas y pasivas.

Artículo 22. Derecho preferente

En caso de conflicto, y en atención a la promoción y defensa de la salud, el derecho de las personas no fumadoras, en las circunstancias en las que pueda verse afectado por el consumo de tabaco, prevalecerá sobre el derecho a fumar.

CAPÍTULO IV Estupefacientes y Psicotropos

Artículo 23. Información

La Conselleria de Sanidad elaborará y proporcionará información actualizada a las personas usuarias y profesionales de los servicios sanitarios sobre la utilización en la Comunidad Valenciana de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y demás fármacos psicoactivos y medicamentos capaces de producir dependencias.

Artículo 24. Control de la prescripción y dispensación

- 1. La Conselleria de Sanidad prestará especial interés en el control de la producción, prescripción y dispensación de sustancias estupefacientes y psicótropas, dentro del marco legislativo vigente.
- 2. La prescripción de fármacos estupefacientes y psicotropos deberá requerir, en todo caso, autorización previa del facultativo o facultativa o centro prescriptor, por parte de las autoridades sanitarias, sometiéndose al control e inspección de éstas.
- 3. Se prohíbe la prescripción de sustancias estupefacientes y psicotropas cuando no estuviera justificada, de modo objetivo, su finalidad terapéutica.

CAPÍTULO V Otras medidas

Artículo 25. Tabaquismo

La Conselleria de Sanidad promoverá la información y asistencia, en el marco del Servicio Valenciano de Salud, a las personas que presenten afecciones físicas y/o psíquicas por dependencia al tabaco o quieran abandonar el hábito tabáquico.

Artículo 26. Inhalables y colas

1. Se prohíbe la venta a menores de edad de colas y otras sustancias o productos químicos industriales inhalables de venta autorizada que puedan producir efectos nocivos para la salud y creen dependencia o produzcan efectos euforizantes o depresivos, o alucinatorios u otros a los que se hace referencia en el artículo 2.1. de la presente ley.

2. El Consell de la Generalitat determinará reglamentariamente la relación de productos a que se refiere el apartado anterior.

Artículo 27. Sustancias de abuso en el deporte

- 1. Se prohíbe la prescripción y dispensación de fármacos, para la práctica deportiva, cuando su uso no estuviera justificado por necesidades terapéuticas objetivas.
- 2. El Consell de la Generalitat adoptará las medidas apropiadas, en el marco de sus competencias, para eliminar el uso de aquellas sustancias prohibidas por los Organismos Deportivos Nacionales e Internacionales y en especial de aquellas que presentan propiedades anabolizantes de naturaleza hormonal.

Artículo 28. Juego patológico9

El juego patológico, como trastorno adictivo, merecerá especial interés por parte de los sistemas educativo, sanitario y social, fomentándose la información a todos los colectivos sociales sobre la potencialidad adictiva de los juegos de azar.

TÍTULO IV DE LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

CAPÍTULO I

Del plan autonómico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos

Artículo 29. Naturaleza y características

- 1. El Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos es un instrumento para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en materia de drogodependencias, que se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana¹⁰.
- 2. El Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos será vinculante para todas las Administraciones Públicas e instituciones privadas que desarrollen sus actuaciones en la Comunidad Valenciana.

^{9.} Se trata de la primera legislación española que hace referencia al Juego Patológico como enfermedad, reflejándose ya en el artículo 3 de la presente Ley ("considerándose el juego patológico como el principal trastorno adictivo no producido por drogas").

^{10.} Hasta la fecha han sido aprobados dos planes autonómicos: Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 1999-2002 y Plan Estratégico en la Comunidad Valenciana sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2006-2010. Actualmente no existe un plan vigente, estando pendiente de evaluación el segundo plan.

Artículo 30. Contenido del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos

El Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos contemplará en su redacción, al menos, los siguientes extremos:

- a) Caracterización del problema, aproximación epidemiológica al consumo de drogas y otros trastornos adictivos en la Comunidad Valenciana y su transcendencia sociocultural, sanitaria y económica.
- b) Objetivos generales y específicos por áreas de intervención y actividades para la consecución de los mismos.
- c) Criterios básicos de actuación.
- d) Definición del sistema y prestaciones asistenciales a personas con trastornos adictivos de cualquier naturaleza, así como a su entorno familiar.
- e) Ordenación y coordinación entre las distintas Administraciones Públicas de la Comunidad Valenciana, entidades privadas y organizaciones sin ánimo de lucro.
- f) Parámetros de seguimiento y control, mediante la coordinación de los distintos servicios de inspección de la Generalitat y mecanismos de evaluación de las actuaciones.

Artículo 31. Elaboración y aprobación del Plan

1.La elaboración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos corresponde a la Dirección General de Drogodependencias adscrita a la Conselleria de Sanidad o la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, que procederá a su redacción de conformidad con las directrices que hayan sido establecidas por la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.

- 2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas y consideraciones formuladas por el Consejo Asesor en Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Generalitat.
- 3. El Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos será aprobado por el Consell de La Generalitat, a propuesta de la Conselleria de Sanidad o la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

CAPÍTULO II De la coordinación institucional

Artículo 32. Estructuras político-administrativas

Para la planificación, ordenación, coordinación, seguimiento, control y evaluación de las actuaciones contempladas en esta Ley y en el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, se constituyen las siguientes estructuras político-administrativas:

- a) Comisión Interdepartamental.
- b) Comisión Ejecutiva.
- c) Comisionado del Consell de la Generalitat en materia de Drogodependencias.

Artículo 33. Comisión Interdepartamental

- 1. En el seno de la administración de La Generalitat se constituirá una Comisión Interdepartamental en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, como órgano colegiado adscrito a la Conselleria de Sanidad o la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, presidida por el Presidente o Presidenta de la Generalitat y compuesta por representantes de todos los departamentos y órganos de la Generalitat relacionados con la materia, así como los de la administración local implicados.
- 2. Será función de la Comisión Interdepartamental establecer los criterios de coordinación, evaluación y seguimiento de las actuaciones que se desarrollen en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, al amparo de lo establecido en esta Ley.
- 3. Su organización y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 34. Comisión Ejecutiva

- 1. A la Comisión Ejecutiva en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, como órgano colegiado adscrito a la Conselleria competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, le corresponde la implementación, evaluación y supervisión de los actos y acuerdos adoptados por el Consell de La Generalitat o la Comisión Interdepartamental.
- 2. Será función de la Comisión Ejecutiva la implementación de los acuerdos adoptados por la Comisión Interdepartamental en relación con el cumplimiento del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, en el ámbito de las correspondientes Consellerias.
- 3. Su organización y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 35. Comisionado del Consell de la Generalitat en materia de Drogodependencias

- 1. El Comisionado del Consell de la Generalitat en materia de Drogodependencias es el órgano unipersonal de asesoramiento, coordinación y control de las actuaciones que, en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana y de gestión de los recursos destinados específicamente a este fin.
- 2. El Comisionado quedará adscrito a la Conselleria de Sanidad o la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, con rango de director general, y será designado y separado libremente por el Consell de La Generalitat¹¹.
- 3. Para el ejercicio de sus competencias, el Comisionado estará dotado de una Secretaría Técnica. El desarrollo de las funciones del Comisionado, así como los medios materiales y humanos de la Secretaría Técnica, se determinarán reglamentariamente.
- 4. Si las necesidades lo requieren, y en función de las áreas territoriales vigentes en sanidad y servicios sociales, se establecerán Comisiones de Participación y Coordinación, cuyas características, composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

CAPÍTULO III De la participación social y del voluntariado

Artículo 36. Consejo Asesor

- 1. Se constituirá un Consejo Asesor de la Generalitat en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, como órgano colegiado de carácter consultivo, que quedará adscrito a la Conselleria de Sanidad o la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, en el que estarán representados las Administraciones Públicas, las Organizaciones No Gubernamentales que trabajen en materia, las Universidades, las centrales sindicales, las asociaciones de usuarios/as y consumidores/as, las organizaciones empresariales y los colegios profesionales, con el objeto de promover la participación de la comunidad y favorecer la coordinación y racionalización en la utilización de recursos.
- 2. Sus características, composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

^{11.} En el momento de redactar el presente manual, no consta la designación vigente de un Comisionado que, a tenor de lo dispuesto en el Decreto Legislativo 1/2003, actualmente debería recaer en el director general de Ordenación y Asistencia Sanitaria.

Artículo 37. Iniciativa social

- 1. Los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias de naturaleza privada podrán suscribir, de conformidad con la legislación vigente, contratos y convenios de colaboración y obtener subvenciones para la prestación de servicios en materia de drogodependencias, siempre que cumplan, al menos, los requisitos siguientes:
 - a) Estar las entidades legalmente constituidas e inscritas en los registros correspondientes, así como acreditadas para la prestación de servicios en materia de drogodependencias y/u otros trastornos adictivos.
 - b) Adecuación a las normas y programación de la administración.
 - Sometimiento de sus programas y del destino de las subvenciones a los órganos de control e inspección de la administración.
 - c) Garantía de democracia interna en la composición y funcionamiento de sus órganos de gobierno.
- 2. Para la celebración de conciertos y convenios de colaboración tendrán una consideración preferente las entidades e instituciones sin finalidad lucrativa¹².
- 3. Serán ámbitos de actuación preferente de la iniciativa social:
 - a) Concienciación social e información.
 - b) Prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en el ámbito comunitario y laboral.
 - c) Inserción social.
 - d) Investigación.
 - e) Educación y defensa de los consumidores y consumidoras.

Artículo 38. Asociaciones de autoayuda

Las Administraciones Públicas apoyarán, mediante subvenciones u otras ayudas económicas, el fomento y desarrollo de asociaciones de autoayuda sin ánimo de lucro, debidamente legalizadas, siempre que cumplieran con los criterios generales de actuación del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.

Artículo 39. Voluntariado

Las Administraciones Públicas y las entidades e instituciones sin finalidad lucrativa fomentarán, de conformidad con la legislación vigente, la participación del voluntariado social en las

^{12.} Aspecto de especial relevancia en concursos públicos de prestación o gestión de servicios: las entidades sin fin de lucro deben disponer de una "consideración preferente".

actuaciones de prevención, asistencia e inserción social de la persona enferma que padeciera cualquier tipo de trastorno adictivo incluido específicamente en el Plan Autonómico. Esta

CAPÍTULO IV De la formación, investigación y documentación

Artículo 40. De la formación en drogodependencias y otros trastornos adictivos

- 1. El Consell de la Generalitat, en colaboración con los Colegios Profesionales, Sindicatos y Organizaciones Empresariales, determinará acciones formativas interdisciplinares del personal sanitario, de Servicios Sociales, educadores y educadoras, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Policía Municipal y Autónoma, y cualquier otro personal cuya actividad profesional se relacione, directa o indirectamente, con las drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- 2. Igualmente, se fomentará la formación especializada en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, desde el diseño e implementación de programas específicos de formación posgraduada en las distintas Universidades de la Comunidad Valenciana, que garanticen una adecuada especialización y un número suficiente de profesionales que intervienen en la atención de los drogodependientes.

Artículo 41. De la investigación y documentación

participación no podrá ser retribuida económicamente.

- 1. El Consell de la Generalitat promoverá:
 - a) Encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, sanitarios, económicos y sociales para conocer la incidencia, prevalencia y problemática de las drogodependencias en la Comunidad Valenciana.
 - b) Líneas de investigación, básica y aplicada, en el ámbito de las drogodependencias y la formación relacionada con la problemática social, sanitaria y económica sobre el fenómeno.
 - c) Centros y servicios de documentación sobre dependencias, abiertos a todas las entidades públicas y privadas, así como profesionales dedicados al estudio, investigación y atención en esta área.
- 2. Para coadyuvar a la realización de las actuaciones establecidas en este artículo el Consell de la Generalitat formalizará convenios de colaboración, a los cuales tendrán acceso preferente las Universidades de la Comunidad Valenciana.

3. Con objeto de fomentar el estudio y la investigación en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, la Generalitat podrá promover la creación de entidades de derecho público, fundaciones u otras instituciones sin ánimo de lucro que tuvieran, como objetivo prioritario de actuación, la investigación de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

TÍTULO V DE LAS COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Artículo 42. Competencias del Consell de la Generalitat

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento jurídico vigente le atribuye y en el marco de las mismas, corresponde al Consell de la Generalitat:

- a) El establecimiento de la política en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos para la Comunidad Valenciana.
- b) La aprobación del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
- c) La aprobación de las estructuras político-administrativas en materia de drogodependencias, así como su organización y régimen de funcionamiento.
- d) La aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- e) La aprobación, modificación y revisión de las tarifas para la prestación y concertación de servicios que puedan establecerse con instituciones publicas y privadas, en los términos que reglamentariamente se establezca.
- f) La inspección de los establecimientos donde se vendan bebidas alcohólicas y tabaco y de los demás lugares donde esta Ley limita su publicidad y promoción y prohíbe su suministro y consumo.
- q) El ejercicio de la potestad sancionadora en los términos previstos en esta Ley.
- h) Adoptar, en colaboración con otras Administraciones Públicas, todas aquellas medidas que fueran precisas para asegurar el cumplimiento de lo establecido en esta Ley.

Artículo 43. Competencias de los Ayuntamientos¹³

- 1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye y en el marco de las mismas, corresponde a los Ayuntamientos de la Comunidad Valenciana, en su ámbito territorial:
 - a) El establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos donde se suministre, venda, dispense o consuman bebidas alcohólicas y tabaco, así como la vigilancia y control de los mismos.
 - b) El otorgamiento de la licencia de apertura a los establecimientos mencionados en el apartado anterior.
 - c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que establece el Título III de esta Ley, especialmente en las dependencias municipales.
 - d) Adoptar las medidas cautelares dirigidas a asegurar el cumplimento de lo establecido en esta Ley.
 - e) Ejercer la potestad sancionadora en los términos establecidos en esta Ley.
- 2. Además de las señaladas en el punto anterior, los Ayuntamientos de la Comunidad Valenciana de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:
 - a) La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, que incluya programas de prevención e inserción social, así como de información, asesoramiento y motivación de drogodependientes a través de los Servicios Sociales Generales y Especializados.
 - b) La coordinación de los programas de prevención y reinserción social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su Municipio.
 - c) El fomento de la participación social y el apoyo de las instituciones sin ánimo de lucro que en el Municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan Municipal sobre Drogodependencias.

^{13.} Artículo básico que establece las competencias municipales en materia de drogodependencias. Apréciese que la asistencia sanitaria –al contrario de lo que ocurre en otras comunidades autónomas- está excluida, dado que ésta es asumida directamente por la Generalitat Valenciana (artículo 11).

3. La Federación Valenciana de Municipios y Provincias coordinará la elaboración de un plan rector y establecerá el plazo para la elaboración del mismo.

Artículo 44. Competencias de las Diputaciones Provinciales¹⁴

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye y en el marco de las mismas, corresponde a las Diputaciones Provinciales de la Comunidad Valenciana desempeñar en su ámbito territorial las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

- a) La aprobación de los Planes Provinciales elaborados en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, que incluyan programas de prevención e inserción social, así como de información, asesoramiento y motivación de drogodependientes y de familiares a través de los Servicios Sociales Generales y Especializados.
 - En cualquier caso, la elaboración de los Planes Provinciales sobre Drogodependencias debe asegurar, mediante la coordinación de los servicios de los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorial provincial de las competencias y responsabilidades mínimas establecidas en el artículo 43.2.
- b) El apoyo técnico y económico en materia de drogodependencias a los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, especialmente a los de menor capacidad económica y de gestión.

TÍTULO VI DE LA FINANCIACIÓN DE LAS ACTUACIONES

Artículo 45. De la financiación de la Generalitat

- 1. Los presupuestos de los distintos departamentos del Consell de la Generalitat y de sus Organismos Autónomos deberán prever anualmente y de forma diferenciada las partidas presupuestarias que correspondan para la financiación de las actuaciones previstas en esta Ley y en el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos y que sean de su competencia.
- 2. De conformidad con lo establecido en el artículo 37 del Texto Refundido de la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat, aprobado por el Decreto Legislativo de 26 de junio de 1991, del Consell de la Generalitat, la dotación presupuestaria mínima a incluir en el Presupuesto de Gasto para el desarrollo de las actuaciones previstas en esta Ley a que se refiere el

^{14.} Articula la colaboración con las Diputaciones Provinciales, como garantes de los servicios en municipios con población inferior a 20.000 habitantes.

apartado 1 de este artículo podrá incrementarse con la cuantía de las sanciones económicas previstas en el artículo 52 de esta Ley en el caso en el que se produzcan, quedando afectados estos ingresos a la prevención, asistencia e inserción social de drogodependientes.

Artículo 46. De la financiación de las Corporaciones Locales

- 1. Las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes que deseen obtener financiación de los Presupuestos de la Generalitat para el desarrollo de las actuaciones de su competencia que establece esta Ley, estarán obligados a disponer de un Plan Municipal o Provincial sobre Drogodependencias, convenientemente aprobado, y a consignar en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada, los créditos específicos destinados a esta finalidad¹⁵.
- 2. La financiación que el Consell de la Generalitat destine a las Corporaciones Locales estará en función del programa y objetivos que hayan presentado previamente a la Conselleria, del grado de ejecución del presupuesto anterior, y en todo caso el criterio preferente de financiación de actuaciones será el del grado de autofinanciación de las mismas por la Corporación Local.
- 3. El Consell de la Generalitat podrá establecer con las Diputaciones Provinciales y con los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes convenios de colaboración que regulen la financiación y características que deban reunir los Planes Provinciales y Municipales sobre Drogodependencias.

TÍTULO VII DEL RÉGIMEN SANCIONADOR

CAPÍTULO I Infracciones

Artículo 47. Régimen sancionador

- 1. Constituyen infracciones a esta Ley las acciones y omisiones que se tipifican en los artículos siguientes.
- 2. La comisión de una infracción será objeto de la correspondiente sanción administrativa, previa instrucción del oportuno expediente sancionador, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, y sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

^{15.} Así pues, se requerirán dos condiciones iniciales para poder beneficiarse de financiación autonómica, junto a aquellas específicas de cada convocatoria: disponer de un plan municipal sobre drogodependencias y consignar, de forma debidamente diferenciada, un presupuesto específico para el mismo.

3. En ningún caso se podrá imponer una doble sanción por los mismos hechos y en función de los mismos intereses públicos protegidos, si bien deberán exigirse las demás responsabilidades que se deduzcan de otros hechos o infracciones concurrentes.

Artículo 48. Personas responsables

- 1. Serán sujetos responsables de las infracciones, las personas físicas o jurídicas que incurran en las mismas.
- 2. Igualmente, serán responsables los titulares de centros o empresas en cuyo ámbito se produzca la infracción.
- 3. En materia de publicidad serán asimismo personas responsables tanto las empresas anunciantes como las agencias de publicidad creadoras y difusoras del mensaje.

Artículo 49. Infracciones

Se tipifican como infracciones a lo dispuesto en la presente Ley:

- a) El incumplimiento de lo establecido en los artículos 15 a 21, sobre condiciones de publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias químicas, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras Administraciones Públicas.
- b) El incumplimiento de lo establecido en los artículos 24, 26 y 27, relativos a la venta de inhalables y colas, así como a la prescripción y dispensación de sustancias de abuso en el deporte y de sustancias estupefacientes y psicotropas.
- c) La negativa a facilitar información o a prestar colaboración a los servicios de control o inspección y el falseamiento de la información suministrada.
- d) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión u obstrucción sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.
- e) Dificultar o impedir cualquiera de los derechos de las personas drogodependientes o con otros trastornos adictivos ante los sistemas sanitario y de Servicios Sociales.
- f) Incumplir las normas relativas a la autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros o servicios de atención al drogodependiente.

Artículo 50. Clasificación de las infracciones

1. Las infracciones se clasifican como leves, graves y muy graves, de acuerdo con los criterios de riesgo para la salud, gravedad de la alteración social producida por los hechos, cuantía del beneficio obtenido, grado de intencionalidad, generalización de la infracción y reincidencia.

DROGODEPENDENCIAS

- 2. Se califican como leves las infracciones tipificadas en el artículo 49 cuando se hayan cometido por simple negligencia y no comporten un perjuicio directo para la salud.
- 3. Se califican como infracciones graves las tipificadas en el artículo 49 cuando no concurra en su comisión las circunstancias y supuestos contemplados en los apartados 2 y 4 de este artículo. También tendrá la consideración de infracción grave la reincidencia en infracciones leves.
- 4. Se calificarán como infracciones muy graves la reincidencia en infracciones graves y aquellas otras que, por sus circunstancias concurrentes, comporten un grave perjuicio para la salud de los usuarios y los supuestos contemplados en las letras c) y d) del artículo 49.
- 5. Se produce reincidencia cuando al cometer la infracción la persona hubiera sido ya sancionado por esa misma infracción, o por otra de gravedad igual o mayor o por dos o más infracciones de gravedad inferior, durante los últimos doce meses.

Artículo 51. Prescripciones

- 1. Las infracciones a las que se refiere la presente Ley prescribirán al año las correspondientes a las faltas leves, a los dos años las correspondientes a las faltas graves y a los cinco años las correspondientes a las faltas muy graves.
- 2. El plazo de prescripción comenzará a contarse a partir del día en el que se haya cometido la infracción y se interrumpirá por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador.

CAPÍTULO II Sanciones y competencias

Artículo 52. Sanciones

- 1. Las infracciones a la presente Ley serán sancionadas con multa y, en su caso, cese temporal de la actividad o cierre del establecimiento, local o empresa.
- 2. La graduación de las multas se ajustará a lo siguiente:
 - a) Por infracción leve, multa hasta 12.020,24 euros.
 - b) Por infracción graves, multa de 12.020,25 a 60.101,21 euros, pudiéndose rebasar esta cantidad hasta el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

- c) Por infracción muy grave, multa de 60.101,22 a 601.012,10 euros, pudiéndose rebasar esta cantidad hasta el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.
- 3. En los casos de especial gravedad, contumacia en la repetición de las infracciones y/o transcendencia notoria y grave para la salud, las infracciones graves y muy graves podrán sancionarse con la suspensión temporal de la actividad por un máximo de cinco años o, en su caso, con el cierre de la empresa o la clausura del servicio o establecimiento.
- 4. En las infracciones tipificadas en esta Ley podrá acordarse como sanción complementaria la supresión, cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayuda o subvenciones de carácter financiero que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado de la administración de la Generalitat.
- 5. Cuando se trate de infracciones en materia de publicidad, las agencias y los medios de publicidad o difusión responsables serán excluidos de toda posible contratación con la administración de la Generalitat durante un período máximo de dos años.
- 6. Las sanciones impuestas por infracciones que fuesen cometidas por menores de edad podrán ser sustituidas, a juicio de la autoridad sancionadora, por otras medidas de reeducación que se determinen reglamentariamente. Estas medidas consistirán en la realización de servicios de interés comunitario y/o cursos formativos de comportamiento y concienciación sobre el consumo de alcohol y otras drogas.

Artículo 53. Graduación de las sanciones

Para la graduación de las sanciones se tendrá en cuenta, además de la intencionalidad, reiteración, naturaleza de los perjuicios causados y reincidencia, de conformidad con lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, los siguientes criterios:

- a) La edad de los afectados y afectadas.
- b) El número de personas afectadas.
- c) La graduación de las bebidas alcohólicas.
- d) La capacidad adictógena de la sustancia.
- e) El volumen de negocios, beneficios obtenidos y posición del infractor o infractora en el mercado.
- f) El grado de difusión de la publicidad.
- g) Riesgo para la salud.

Artículo 54. Competencias del régimen sancionador

- 1. Las autoridades competentes para imponer sanciones son las siguientes:
 - a) Los alcaldes o alcaldesas para las multas de hasta 12.000 euros.
 - b) El director general o la directora general titular en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, para las multas hasta 60.000 euros y suspensión temporal de la actividad por un periodo máximo de cinco años.
 - c) El conseller o la consellera titular de la competencia en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, para las multas desde 60.001 euros y el cierre de la empresa o clausura del servicio o establecimiento, así como sanciones de orden inferior cuando se den los supuestos contemplados en el apartado 2 b) de este artículo.
- 2. Corresponde al conseller o la consellera titular de la competencia en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos sancionar las infracciones tipificadas en esta Ley en los siguientes supuestos:
 - a) Cuando las actividades o hechos que constituyan la infracción excedan del ámbito territorial del municipio.
 - b) Cuando denunciado un hecho, y previo requerimiento al Ayuntamiento que resulte competente, éste no incoe el oportuno expediente sancionador en plazo de un mes a partir de la fecha del requerimiento. En este supuesto se estará a lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.

CAPÍTULO III Medidas de carácter provisional

Artículo 55. Medidas de carácter provisional

1. El órgano competente para resolver los expedientes sancionadores podrá adoptar, durante su tramitación, las medidas provisionales que estime necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera adoptarse y para asegurar el cumplimiento de la legalidad.

- 2. Podrán adoptarse las siguientes medidas provisionales:
 - a) Exigencia de fianza o caución.
 - b) Incautación de los bienes directamente relacionados con los hechos que hayan dado lugar al procedimiento.
 - c) Suspensión temporal de la licencia de actividad.
 - d) Clausura provisional del local.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Conforme a lo preceptuado en el artículo 43 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y su reforma en la Ley 4/1999, de 13 de enero, los interesados deberán entender desestimadas por silencio negativo sus solicitudes en los procedimientos administrativos tramitados en materia de registro y acreditación de centros, programas y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

DECRETO 238/1997, DE 9 DE SEPTIEMBRE, DEL GOBIERNO VALENCIA-NO, POR EL QUE SE CONSTITUYEN LOS ÓRGANOS CONSULTIVOS Y DE ASESORAMIENTO EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS.¹⁶

La Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, dispone que en el plazo máximo de tres meses desde su entrada en vigor, que se produjo el día 19 de junio de 1997, deberán quedar constituidos todos los órganos colegiados y unipersonales de coordinación institucional y de participación social previstos en los capítulos II y III del título IV. Entre tales órganos la Ley contempla al Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos y al Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias, ambos adscritos a la Conselleria de Bienestar Social.

El Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos aparece definido en el artículo 36 como un órgano colegiado de carácter consultivo en el que estarán representados las Administraciones Públicas, las Organizaciones No Gubernamentales que trabajen en la materia, las Universidades, las centrales sindicales, las asociaciones de usuarios y usuarias y consumidores y consumidoras, las organizaciones empresariales y los colegios profesionales, con el objeto de promover la participación de la comunidad y favorecer la coordinación y racionalización en la utilización de recursos. Sus características, composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente, lo cual viene a cumplirse con la promulgación de la presente disposición.

Por su parte, el artículo 35 de la Ley precisa que el Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias es el órgano unipersonal de asesoramiento, coordinación y control de las actuaciones que, en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana y de gestión de los recursos destinados específicamente a este fin. El Comisionado queda adscrito a la Conselleria de Bienestar Social con rango de Dirección General y estará dotado de una Secretaría Técnica para el ejercicio de sus competencias, quedando pendiente de determinación reglamentaria el desarrollo de sus funciones. No obstante, debe tenerse en cuenta que el artículo 31 de la propia Ley prevé la existencia de la Dirección General de Drogodependencias, también adscrita a la Conselleria de Bienestar Social, que, entre otras atribuciones, tiene asignada la redacción del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, instrumento para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en la materia. Es por ello que, siguiendo las previsiones adoptadas con anterioridad por el Gobierno Valenciano, que mediante el Decreto 37/1997, de 26 de febrero, por el que se aprobó el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Bienestar Social, ya atribu-

^{16.} Incluye las modificaciones parciales contempladas en el Decreto 136/2001, de 26 de julio, así como en el Decreto 186/2005, de 2 de diciembre.

yó en su artículo 19 a la Dirección General de Drogodependencias las funciones propias del Comisionado del Gobierno Valenciano, resulta necesario ratificar que las competencias que la legislación vigente atribuya a este órgano unipersonal serán ejercidas por el o la titular de la mencionada Dirección General, lo cual se viene a efectuar mediante el presente Decreto.

En virtud de lo anterior, a propuesta de la consellera de Bienestar Social y previa deliberación del Gobierno Valenciano, en la reunión del día 9 de septiembre de 1997,

DISPONGO

Artículo 1. El Consejo Asesor

- 1. Se constituye el Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, como órgano colegiado de carácter consultivo que queda adscrito a la Conselleria de Bienestar Social.
- 2. El Consejo Asesor, en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, tiene asignadas las siguientes funciones específicas:
 - a) Conocer, informar y asesorar acerca de los programas de actuación y normas que promueva la Generalitat Valenciana.
 - b) Informar preceptivamente el anteproyecto del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
 - c) Informar la programación anual de jornadas, cursos y seminarios.
 - d) Proponer la organización de actos de carácter social que favorezcan una mayor información y concienciación de la sociedad valenciana.
 - e) Elevar otras propuestas de actuación a los órganos que componen la estructura política administrativa.
 - f) Asesorar a estos órganos acerca de aquellas cuestiones que le sean sometidas a su consideración.
 - g) Ser informado de las acciones ejecutadas y de los centros y servicios públicos de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, así como de los programas terapéuticos que se realicen en la Comunidad Valenciana.

DROGODEPENDENCIAS

- h) Elevar con periodicidad anual a la Comisión Ejecutiva en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos la memoria de la actividad desarrollada en el correspondiente ejercicio, acompañada de cuantas sugerencias se consideren oportunas en orden al desarrollo de actuaciones futuras.
- i) Cuantas otras funciones le sean atribuidas reglamentariamente o por la Conselleria de Bienestar Social, así como todas aquellas que se deduzcan de su naturaleza de órgano asesor y de participación ciudadana y que tiendan a favorecer la coordinación y racionalización en la utilización de los recursos.
- 3. El Consejo Asesor está compuesto por los siguientes miembros:
 - a) Presidente o presidenta: el conseller o la consellera de Sanidad, o quien ostente las competencias en materia de drogodependencias.
 - b) Vicepresidente primero o vicepresidenta primera: el director o la directora Gerente de la Agencia Valenciana de Salud.
 - c) Vicepresidente Segundo o Vicepresidenta Segunda: será la persona que ejerza el cargo de director o directora general de Drogodependencias.

Los Vicepresidentes, como órganos de apoyo y asesoramiento del Presidente, ejercerán las funciones que les encomiende o delegue el Presidente. Los Vicepresidentes asumirán las funciones de la Presidencia en caso de ausencia, vacante o enfermedad del Presidente, según su orden.

d) Vocales:

- Cuatro vocales designados por el conseller o la consellera de Sanidad, o quien tenga las competencias en materia de drogodependencias, de entre personas con reconocido prestigio en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- Tres vocales, en representación de las Corporaciones Locales de la Comunidad Valenciana, designados por la Federación Valenciana de Municipios y Provincias.
- Tres vocales, cada uno de ellos en representación de cada Diputación Provincial de la Comunidad Valenciana, designados por la Presidencia de éstas.
- Un o una vocal designado/a por el delegado o la delegada del Gobierno en la Comunidad Valenciana.

- Un o una vocal designado/a por el Consejo Valenciano de Bienestar Social.
- Un o una vocal designado/a por el Consejo de la Juventud de la Comunidad Valenciana.
- Tres vocales designados por la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de la Comunidad Valenciana (FARCV).
- Tres vocales designados por la Federación Grupo Valenciano en Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- Tres vocales designados por el conseller o la consellera de Sanidad, o quien tenga las competencias en materia de drogodependencias, de entre las organizaciones no gubernamentales que realicen actuaciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, en dos o más provincias de la Comunidad Valenciana, no integrados en la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de la Comunidad Valenciana ni la Federación Grupo Valenciano en Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- Un o una vocal en representación de las organizaciones no gubernamentales que trabajen en materia de atención y/o prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, no representadas en la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de la Comunidad Valenciana ni en la Federación Grupo Valenciano en Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, elegido por y de entre las mismas.
- Un o una vocal por cada una de las universidades de la Comunidad Valenciana, designados por el correspondiente rector.
- Dos vocales en representación de las sociedades científicas especializadas en drogodependencias con mayor implantación nacional, elegidos por y de entre las mismas.
- Dos vocales designados por y entre las organizaciones sindicales que hayan obtenido la condición de más representativas en la Comunidad Valenciana, en proporción a su representatividad, de acuerdo con lo dispuesto en los artículo 6.2 y 7.1 de la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical.
- Dos vocales en representación de los profesionales que presten servicios en las Unidades de Conductas Adictivas de titularidad pública, designados por y de entre ellos mismos.

DROGODEPENDENCIAS

- Dos vocales en representación de los profesionales que presten servicios en los centros, servicios o unidades de atención y/o prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, debidamente acreditados, designados por y de entre ellos mismos.
- Un o una vocal en representación de las asociaciones de usuarios y usuarias y consumidores y consumidoras, designado por el Consejo Asesor de Consumo de la Comunidad Valenciana de entre sus miembros pertenecientes a tales asociaciones.
- Dos vocales designados uno de ellos por la organización vecinal más representativa de la Comunidad Valenciana, en base al número de asociados en dicho territorio, y el otro por la siguiente asociación vecinal más representativa, de acuerdo con el mismo criterio.
- Dos vocales designados por y entre las asociaciones empresariales de ámbito territorial de la Comunidad Valenciana que cuenten en ésta con un mínimo del 15% de las empresas.
- Dos vocales designados por la Unión Colegial de la Comunidad Valenciana, entre los colegios profesionales de sectores implicados en la atención y/o la prevención de las drogodependencias.
- e) Secretario: un funcionario de la Dirección General de Drogodependencias, designado por su titular, que actuará con voz pero sin voto.
- 4. La secretaría administrativa del Consejo Asesor será ejercida por el Área del Gabinete de Coordinación Interdepartamental.
- 5. A las reuniones del Consejo Asesor podrán asistir aquellas personas que el propio órgano decida, con derecho de voz pero sin voto.
- 6. Los miembros del Consejo Asesor serán elegidos o designados para un periodo de cuatro años, siendo reelegibles, por periodos de igual duración, mediante la repetición de los correspondientes procedimientos de designación a la conclusión de cada periodo. No obstante, los miembros del Consejo Asesor podrán ser removidos cuando lo decida la institución u órgano que los designó, o bien cuando se acredite, en expediente contradictorio sustanciado por la Dirección General de Drogodependencias, mayor representatividad por parte de alguna otra organización o asociación.

Todos los miembros del Consejo podrán delegar por escrito en favor de otra persona la asistencia a las sesiones.

7. Sin perjuicio de que el Consejo Asesor pueda aprobar su propio reglamento de organización y régimen de funcionamiento, le serán de aplicación las normas contenidas en el capítulo II del título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

En todo caso, el Consejo Asesor se reunirá con carácter ordinario al menos dos veces al año y con carácter extraordinario cuando lo convoque su presidencia a iniciativa propia o mediante petición de un tercio de los miembros titulares. La convocatoria y el orden del día de cada reunión, junto con la documentación necesaria, serán remitidos a los miembros con una antelación mínima de setenta y dos horas, excepto en los casos de urgencia justificada.

8. Los gastos de funcionamiento del Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos correrán a cargo de las dotaciones presupuestarias de la Dirección General de Drogodependencias.

Artículo 2. El Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias

1. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, el Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias es el órgano personal de asesoramiento, coordinación y control de las actuaciones que, en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, a la vez que gestiona los recursos destinados específicamente a este fin.

El Comisionado, con rango de director general, está adscrito a la Conselleria de Sanidad o a la que ostente las competencias en materia de drogodependencias y cuenta con la Secretaría Técnica para el ejercicio de sus competencias.

2. El cargo de Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias será desempeñado por el director o la directora general de Drogodependencias, quien ejercerá personalmente todas las atribuciones que la normativa vigente asigne al Comisionado.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Queda derogado el Decreto 41/1994, de 21 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se creó el Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de Drogodependencias, órgano que quedará extinguido en el momento celebre su primera sesión el Consejo Asesor que se constituye mediante la presente norma.

DROGODE PENDENCIAS

DISPOSICIONES FINALES Primera

Se faculta al conseller o la consellera de Sanidad, o quien tenga las competencias en materia de drogodependencias, para dictar cuantas disposiciones sean necesarias en desarrollo de las previsiones de este decreto.

Segunda

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

Valencia, a 9 de septiembre de 1997.

El presidente de la Generalitat Valenciana, Eduardo Zaplana Hernández-Soro

La consellera de Bienestar Social, Marcela Miró Pérez

DECRETO 57/1998, DE 28 DE ABRIL, DEL GOBIERNO VALENCIANO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS NORMAS REGULADORAS DE LA INCLUSIÓN DE MENSAJES DE ADVERTENCIA SOBRE LA PELIGROSIDAD DEL USO O ABUSO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y DEL TABACO EN LA PUBLICIDAD DE ESTOS PRODUCTOS.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas, en particular las de alta graduación, produce efectos perjudiciales para la salud y el bienestar social y crea dependencias con repercusiones dramáticas en la esfera individual, familiar, social, laboral y en el empleo productivo. Este problema se ha visto agravado en los últimos años con la tendencia contrastada de la iniciación precoz de los consumos abusivos de alcohol y, consecuentemente, en la consolidación, cada vez más, del hábito de consumo alcohólico entre los jóvenes menores de 18 años y en etapa escolar.

En este contexto, el capítulo I del título III de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, establece una serie de normas limitativas de la publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas y del tabaco y, en los casos en los que la publicidad esté permitida, dispone que se deberán incluir mensajes que adviertan de la peligrosidad del uso y/o abuso de estas sustancias. De conformidad con lo establecido en la disposición transitoria séptima de la indicada Ley 3/1997, las prohibiciones de publicidad reflejadas en la Ley serán de aplicación a partir de los seis meses posteriores a la entrada en vigor de ésta.

En lo que se refiere a la publicidad del tabaco, este decreto incluye un remisión genérica a la legislación básica del Estado en la materia, compuesta fundamentalmente por el Real Decreto 709/1982, de 5 de marzo, sobre publicidad y consumo de tabaco, el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población, y el Real Decreto 510/1992, de 14 de mayo, por el que se regula el etiquetado de los productos del tabaco y se establecen determinadas limitaciones en aeronaves comerciales, modificado parcialmente por el Real Decreto 1.185/1994, de 3 de junio, o la normativa que en su caso le sustituya.

El conjunto de estas medidas es complementaria de las políticas de educación continuada de la población, a través de la promoción activa de hábitos de vida saludable y de una cultura de salud, implicando a toda la sociedad, fundamentalmente a los padres y educadores, en la prevención y solución del problema, y priorizando las políticas y actuaciones preventivas.

En consecuencia, el presente Decreto constituye el necesario desarrollo reglamentario de la mencionada Ley 3/1997, de 16 de junio, y afronta el reto que supone la convivencia sostenida de los legítimos intereses comerciales y sociales de las empresas fabricantes y productoras, con el derecho a la protección a la salud, especialmente de los menores de edad, cuya organización y tutela corresponde a los poderes públicos.

DROGODEPENDENCIAS

En virtud de todo lo expuesto, de acuerdo con lo establecido en la Ley 5/1983, de 30 de diciembre, de Gobierno Valenciano, así como en el Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, del Gobierno Valenciano, conforme con el Conseio Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, las asociaciones de agencias, de anunciantes y de consumidores y usuarios, conforme con el Consejo Jurídico Consultivo, a propuesta de la consellera de Bienestar Social y previa deliberación del Gobierno Valenciano, en la reunión del día 28 de abril de 1998.

DISPONGO

TÍTULO I OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Objeto y definiciones

- 1. Es objeto del presente Decreto regular la inclusión de mensajes en la publicidad, directa o indirecta, de bebidas alcohólicas y de tabaco, que adviertan de la peligrosidad del uso y/o abuso de estas sustancias, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 15 apartado 4 de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
- 2. En cualquier caso, la publicidad en la que se incluyan los mensajes de advertencia que regula este decreto deberá respetar las limitaciones a la publicidad y promoción de bebi-das alcohólicas y tabaco contenidas en el capítulo I del título III de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana.
- 3. A los efectos de lo dispuesto en este decreto, no se considerará publicidad el simple etiquetado del producto.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

- 1. El presente Decreto será de aplicación a toda publicidad, directa o indirecta, de bebidas alcohólicas y de tabaco, realizada con cualquier tipo de soportes y/o medios de difusión, cuando éstos estuvieran ubicados o se difundiesen en y/o desde el ámbito geográfico de la Comunidad Valenciana. No será de aplicación a los mensajes publicitarios provenientes de otras zonas de España o del extranjero.
- 2. La inclusión de los mensajes de advertencia que regula este decreto es asimismo de aplicación a aquellas formas de publicidad basadas en objetos o productos que por su denominación, grafismo, modo o lugar de presentación, o cualquier otra causa, puedan suponer una publicidad encubierta de bebidas alcohólicas y tabaco.

TÍTULO II DE LA PUBLICIDAD DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Artículo 3. Mensajes de advertencia

- 1. Toda publicidad de bebidas alcohólicas deberá incluir, de forma que se aprecie claramente por las personas destinatarias del mensaje publicitario, un mensaje general que advierta sobre los peligros para la salud y para el bienestar social que puede producir el abuso de bebidas alcohólicas.
- 2. En la publicidad de bebidas con graduación alcohólica igual o superior a dieciocho grados centesimales deberán incluirse, además, mensajes de advertencia específicos.
- 3. El contenido del mensaje general de advertencia es el que se figura en el artículo siguiente y los contenidos de los mensajes de advertencia específicos se establecen en el anexo del presente Decreto.

Artículo 4. Inclusión y contenido de los mensajes

- 1. Cuando no hubiera sido propuesto y aprobado algún mensaje que cumpliera con los criterios expuestos en el artículo anterior, con arreglo a lo establecido en la disposición adicional segunda de este decreto, en el marco de lo establecido en el artículo 15 apartado 5 de la Ley 3/1997, del 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, deberá insertarse el siguiente mensaje general de advertencia: «El abuso de alcohol es perjudicial para la salud y el bienestar social».
- 2. Los mensajes de advertencia específicos que se publican como anexo de este decreto deberán incluirse en los soportes y/o medios de difusión publicitaria con una tolerancia del 5 por 100, aproximadamente, para cada campaña publicitaria.
- 3. Para hacer efectiva la alternancia que se cita en el número anterior, anualmente deberán incluirse todas las advertencias repartidas por igual -con la tolerancia citada en la publicidad correspondiente a ese período de tiempo de cada una de las marcas de bebidas alcohólicas. A estos efectos, la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana podrá en cualquier momento comprobar el exacto cumplimiento de esta norma, para lo cual cada fabricante deberá suministrar la información que le sea solicitada.

Artículo 5. Modo de presentación de los mensajes

Cuando se utilizasen medios gráficos o visuales en la publicidad de las bebidas alcohólicas, el mensaje de advertencia deberá insertarse sobre un fondo de contraste y de manera que sea fácilmente visible, legible con claridad e indeleble. Se utilizarán caracteres en negrita para su mejor visibilidad.

TÍTULO III DE LA PUBLICIDAD DEL TABACO

Artículo 6. Mensajes de advertencia

En la publicidad del tabaco se estará a lo establecido en la normativa básica del Estado.

TÍTULO IV DEL RÉGIMEN SANCIONADOR

Artículo 7. Régimen sancionador

El incumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto se sancionará con arreglo a las prescripciones contenidas en la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, previa instrucción del oportuno expediente sancionador, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 1.398/1993, de 4 de agosto, y sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

Artículo 8. Personas responsables

De conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 34/1988, de 1 de noviembre, General de Publicidad, y en el artículo 48 de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, serán personas responsables de las infracciones a lo dispuesto en este decreto los anunciantes, agencias y medios de publicidad, quienes responderán solidariamente de las sanciones que en su caso se impongan.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera. Autorización administrativa previa en materia de publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco

- 1. El órgano competente para la concesión o denegación de la autorización administrativa a la que se refiere el artículo 15 apartado 2 de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, en relación con el artículo 8 de la Ley General de Publicidad, en el ámbito de la Comunidad Valenciana, es la Conselleria de Bienestar Social.
- 2. Iniciado el procedimiento, a solicitud de las agencias y medios de publicidad, la Conselleria de Bienestar Social dispondrá de un plazo de un mes para la concesión o denegación de la autorización administrativa previa. Si en el mencionado plazo no recae resolución, se entenderá otorgada la autorización en virtud de acto presunto. En cualquier caso, la denegación de las solicitudes de autorización que regula esta disposición deberá ser motivada.

3. En la instrucción del expediente se exigirá el informe preceptivo del Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias.

Segunda. Acuerdos de autocontrol y autolimitación de la publicidad de bebidas alcohólicas.

Los anunciantes, agencias y medios de publicidad, así como las empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas, adheridos a acuerdos de autocontrol y autolimitación de la publicidad de estas sustancias, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 apartado 5 de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, podrán someter a la consideración de la Conselleria de Bienestar Social la inclusión de mensajes de advertencia sobre la peligrosidad del abuso del alcohol en la publicidad de estos productos, alternativos a los establecidos en este decreto. Tercera. Campañas de concienciación social

El Gobierno Valenciano realizará periódicamente campañas orientadas a desincentivar el consumo abusivo de bebidas alcohólicas, fundamentalmente de alta graduación, y de tabaco, informando de los peligros que para la salud y el bienestar social conlleva el uso abusivo de estas sustancias.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Única. Campañas de publicidad en curso

La inclusión de los mensajes de advertencia que regula este decreto no será de aplicación a las campañas de publicidad contratadas con anterioridad a su entrada en vigor y que tengan un período máximo de difusión de seis meses desde su inicio.

Los anunciantes, agencias y medios de publicidad y difusión a los que es de aplicación lo dispuesto en este decreto remitirán a la Conselleria de Bienestar Social una relación de compromisos pendientes de ejecución, con objeto de verificar el cumplimiento de lo establecido en este decreto.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas todas aquellas disposiciones de rango igual o inferior al presente Decreto que se opongan a lo establecido en el mismo.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta a los Consellers de Bienestar Social y de Presidencia para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la ejecución y desarrollo de lo dispuesto en este decreto.

Segunda

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

Valencia, 28 de abril de 1998

El presidente de la Generalitat valenciana, Eduardo Zaplana Hernández-Soro La consellera de Bienestar Social, Marcela Miró Pérez

ANEXO

Lista de advertencias específicas sobre los peligros para la salud y para el bienestar social, contempladas en el apartado 2 del artículo 3.

- 1. La Generalitat Valenciana advierte que el abuso de alcohol favorece los accidentes de tráfico y de trabajo.
- 2. La Generalitat Valenciana advierte que el consumo de alcohol es peligroso durante el embarazo y la lactancia.
- 3. La Generalitat Valenciana advierte que el consumo de alcohol puede alterar el efecto de algunos medicamentos.
- 4. La Generalitat Valenciana advierte que el consumo de alcohol es perjudicial para algunas enfermedades crónicas.
- 5. La Generalitat Valenciana advierte que el consumo abusivo de alcohol puede crear dependencia.

DECRETO 78/1999, DE 1 DE JUNIO, DEL GOBIERNO VALENCIANO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS CRITERIOS BÁSICOS PARA LA ACREDITA-CIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDEN-CIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS, Y SE CONSTITUYE EL COMI-TÉ TÉCNICO DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. 17

PREÁMBULO

Todas las instituciones públicas y privadas, tanto en el ámbito nacional como internacional, con competencias y actividades en materia de atención y prevención de las drogodependencias, coinciden en señalar que las políticas de reducción de la demanda se constituyen como el instrumento más eficaz y eficiente de protección de la sociedad frente al grave problema del uso indebido de drogas.

En este sentido, tanto la exposición de motivos como el texto articulado de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, inciden en la importancia de las políticas y actuaciones preventivas en la materia, considerándose prioritarias en el modelo de intervención en drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana. Dedica la Ley, un título, el primero, a la reducción de la demanda a través de medidas preventivas, dividido en dos capítulos, uno dedicado a la prevención de las drogodependencias y de otros trastornos adictivos, con carácter general, y otro, más específico, de la prevención en los ámbitos escolar y comunitario.

Por otra parte, el establecimiento de criterios de eficacia, eficiencia y evaluación continua de resultados de las actuaciones y programas, constituye un principio rector de las políticas que en materia de drogodependencias se desarrollen en la Comunidad Valenciana, consagrado en el artículo 3 de la Ley 3/1997, mencionada.

Asimismo, la Ley señala, en su artículo 37, que la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en el ámbito comunitario y laboral, es un área de actuación preferente de la iniciativa social, y cuya promoción corresponderá a las administraciones públicas.

En el seno del Plan Nacional sobre Drogas, en la sesión de la Comisión Técnica Interautonómica del pasado 2 de julio de 1996, se acordó por unanimidad la constitución de un grupo

^{17.} Única norma, en nuestro país, que regula la acreditación de programas preventivos, en consonancia con los criterios contemplados en el documento de consenso aprobado por la Comisión Interautonómica en 1996 (Araujo et al., 1996).

de trabajo para la elaboración de una ponencia técnica dirigida a establecer los criterios básicos de homologación que deberán regir las actuaciones preventivas en el conjunto del Estado Español.

El grupo de trabajo interautonómico se constituyó con representantes de siete planes autonómicos, entre ellos el Gobierno Valenciano, del Ministerio de Educación y Cultura y del Plan Nacional sobre Drogas y finalizó sus trabajos con la elaboración de la Ponencia Técnica sobre Criterios Básicos de Intervención en los Programas de Prevención de las Drogodependencias, documento que fue presentado y consensuado en la reunión de la Comisión Interautonómica del pasado 24 de octubre de 1996.

En el marco legal y convencional expuesto, y ante la importancia que el Gobierno Valenciano confiere a la prevención de las drogodependencias, son objetivos de esta norma, por una parte, establecer los requisitos mínimos que han de cumplir los programas de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, como garantía de calidad e idoneidad de las intervenciones preventivas y que contribuirá a la consecución de una sociedad valenciana comprometida en el rechazo al consumo de drogas, y por otra, la constitución de un Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias en la Comunidad Valenciana, compuesto por expertos de reconocido prestigio y competencia, que asesorarán a la Generalitat Valenciana y a la iniciativa social en el diseño e implementación de programas de prevención de las drogodependencias.

En virtud de todo lo expuesto, de conformidad con lo establecido en la Ley 5/1983, de 30 de diciembre, de Gobierno Valenciano, así como, en el Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, del Gobierno Valenciano, oído el Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en la materia, conforme con el Consejo Jurídico Consultivo, a propuesta de la consellera de Bienestar Social y previa deliberación del Gobierno Valenciano, en la reunión del día 1 de junio de 1999

DECRETO

TÍTULO I OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Objeto

El objeto del presente decreto es establecer las características técnicas que deberán reunir los programas de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad Valenciana y el procedimiento para su acreditación, así como, la creación del Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

Lo dispuesto en el presente Decreto será de aplicación a todos los programas de prevención que, desarrollados, total o parcialmente, en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, dispongan o prevean disponer de cualquier tipo de financiación proveniente de la Generalitat Valenciana.

TÍTULO II LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

Capítulo I De los programas de prevención

Artículo 3. Principios básicos

- 1. A los efectos de lo dispuesto en este decreto, se entenderá por programa, un proyecto ordenado de actividades, con una duración temporal determinada, encaminadas a la consecución de uno o varios objetivos.
- 2. Los programas de prevención de las drogodependencias deberán responder a los tres principios siguientes:
- 2.1. Tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.
- 2.2. Cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.
- 2.3. Estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

Artículo 4. Concreción del problema

Los programas de prevención de las drogodependencias deberán incluir, en su diseño, una correcta concreción del problema sobre el que se pretende actuar, que incluya, al menos:

- 1. Identificación concreta del mismo, así como, su explicación desde el marco teórico en el que se basa el programa de prevención.
- 2. Definición de las variables que influyen en el problema que se aborda y cómo pueden ser modificadas por el programa.

3. Cuantificación y caracterización de la situación problemática y estimación de la posible incidencia del programa de prevención en ésta.

Artículo 5. Evaluación de necesidades locales

El diseño de los programas de prevención de las drogodependencias deberá incluir una evaluación de las necesidades locales, que comprenda, al menos:

- 1. Descripción de la población estudiada.
- 2. Características de la zona geográfica.
- 3. Fuentes de información que se utilizan, así como enumeración de los expertos y otros consultores que participen en la elaboración de los programas.
- 4. Indicadores utilizados y validez de los mismos.
- 5. Criterios de análisis e interpretación de los resultados.

Artículo 6. Objetivos del programa

Los programas de prevención de las drogodependencias deberán realizar una definición y caracterización de los objetivos en el sentido de:

- 1. Indicar los objetivos a conseguir por la población a la que va dirigido específicamente el programa, distinguiendo claramente los generales de los específicos. Igualmente, se indicarán los que se pretenden conseguir por aquellos agentes que, interviniendo o reforzando las tareas de prevención, pueden facilitar la consecución de los objetivos establecidos para la población a la que se dirige el programa.
- 2. Los objetivos deberán tener las siguientes características mínimas: estar claramente definidos, fácilmente identificables, ser factibles, ser compatibles con otros objetivos y ser cuantificables.

Artículo 7. Definición de la población a la que se dirige el programa

Los programas de prevención de las drogodependencias deberán realizar una concreción y caracterización de las poblaciones, tanto a las que se dirige el programa como con las que se pretende intervenir. Por tanto, deberá indicarse:

- 1. La descripción socio demográfica de la población, así como la incidencia en la misma del problema sobre el que se actúa.
- 2. Las razones que justifican la elección de una población concreta.

- 3. La cobertura del programa y la adecuación de éste a la población.
- 4. Las vías de difusión del programa y de la demanda planteada.
- 5. Los mecanismos de coordinación con las poblaciones, instituciones y recursos del medio.
- 6. Los mecanismos de contacto con la población elegida, así como los cauces de participación de ésta en el desarrollo del programa.

Artículo 8. Actividades y estrategias de intervención

Los programas de prevención de las drogodependencias deberán adecuar las estrategias de la intervención a los objetivos que persique el programa, indicando:

- 1. Las actuaciones, componentes del programa, temporalización y métodos que serán utilizados en la actividad de prevención para alcanzar los objetivos.
- 2. Las bases teóricas y empíricas que justifiquen la utilidad de los medios elegidos para conseguir los objetivos.

Artículo 9. Dotación de medios

Los programas de prevención de las drogodependencias deberán estar dotados de los medios adecuados para la ejecución de sus estrategias. Para ello, deberán incluir:

- 1. Un análisis de los medios necesarios para la ejecución del programa, contemplando la suficiencia o insuficiencia de recursos propios, la estimación de costes, los recursos comunitarios con los que se cuenta, etc.
- 2. Una descripción cuantitativa y cualitativa de la gestión del programa.
- 3. La definición concreta del equipo profesional con que cuenta el programa (número de personas y capacitación, dedicación horaria, dirección y coordinación) y agentes voluntarios si los hubiera.
- 4. La descripción del material y equipamiento necesarios para la realización del programa.

Capítulo II De la evaluación de los programas de prevención

Artículo 10. Principios básicos de la evaluación del programa

Los programas de prevención de las drogodependencias deberán incluir, en su planificación, un sistema de evaluación que incluya, en la medida de lo posible, los siguientes apartados:

- 1. La cobertura.
- 2. Las actividades.
- 3. La temporalización.
- 4. Los recursos humanos.
- 5. Los recursos materiales y el presupuesto.
- 6. Los resultados.

Artículo 11. Evaluación de la cobertura

La evaluación de la cobertura del programa contendrá, cuando menos, los siguientes apartados:

- 1. Tasas de cobertura sobre la población objetivo y sobre la población de la zona.
- 2. Adecuación a la población: se analizará comparando las características de la población definidas inicialmente, con la población que ha asistido al programa.
- 3. Análisis de la demanda y descripción de las vías de difusión del programa.

Artículo 12. Evaluación de las actividades

Los programas de prevención de las drogodependencias deberán incluir un sistema de evaluación de sus actividades que analice la adecuada relación de éstas con los objetivos perseguidos. Para ello, deberá incluir datos que orienten hacia el conocimiento de:

- 1. La asistencia de participantes.
- 2. La idoneidad de los materiales utilizados para las características propias de la población a la que se dirige el programa (nivel de comprensión de los materiales, de la información que aporta, etc.).
- 3. Adecuación de los procedimientos utilizados para realizar las actividades.
- 4. Nivel de aceptación por parte de la población.

Para la obtención de estos datos podrán desarrollarse encuestas de opinión entre los participantes en el programa.

Artículo 13. Evaluación de la temporalización

En la evaluación del proceso se analizará la diferencia entre el tiempo previsto y el tiempo real de ejecución. Además, se analizará la relación entre las actividades planteadas y las realizadas en función del calendario.

Artículo 14. Evaluación de recursos humanos

La evaluación de los recursos humanos incluirá la definición final del equipo de profesionales y voluntarios que han desarrollado el programa, su titulación, la dedicación horaria y cualquier modificación que hubiera sucedido durante la ejecución del programa. Estos datos serán contrastados con los ofrecidos en el diseño previo del programa.

Igualmente, deberá exponer los niveles de coordinación realizados, indicando las instituciones participantes, número de reuniones, asistentes y las conclusiones y acuerdos alcanzados.

Artículo 15. Evaluación de los recursos materiales y del presupuesto

La evaluación del programa deberá analizar la suficiencia o no de los recursos materiales y económicos del programa, una vez desarrollado éste. Se comparará con los recursos inicialmente previstos, proponiéndose recomendaciones para posteriores fases del programa.

Artículo 16. Evaluación de los resultados

La evaluación de los resultados exigirá, en todo caso, la existencia de datos previos a la aplicación del programa, que permitan ofrecer una correcta comparación entre las situaciones anterior y posterior a la implementación del mismo.

La evaluación de los resultados contendrá, por tanto, una comparación de la situación problema en dos momentos cronológicos distintos, evaluados con similares o idénticos instrumentos, en relación con:

- 1. El nivel de conciencia y sensibilización hacia el problema por parte de la población a la que se dirige el programa.
- 2. El grado de conocimientos e información sobre el problema.
- 3. Los cambios registrados entre ambos momentos (anterior y posterior a la ejecución del programa) en relación con las actitudes y los valores frente al problema sobre el que se actúa.
- 4. Las variaciones en relación con las pautas de comportamiento y estilos de vida de la población, incluyendo, tasas de consumo, factores de riesgo o protección asociados, etc.

TÍTULO III DEL COMITÉ TÉCNICO DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Artículo 17.

Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana

Se constituye el Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana, como órgano asesor de carácter técnico que queda adscrito a la Conselleria de Bienestar Social.

Artículo 18. Funciones

El Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana tiene asignadas las siguientes funciones específicas:

- 1. Asesorar a la Generalitat Valenciana sobre aspectos técnicos de la prevención de las drogodependencias.
- 2. Informar preceptivamente los programas de prevención de las drogodependencias que, previsto su desarrollo en el ámbito de la Comunidad Valenciana, requieran financiación o acreditación por parte de la Generalitat Valenciana.
- 3. Asesorar a las entidades que lo precisen en la resolución de las deficiencias detectadas en los programas de prevención que promuevan.
- 4. Impulsar y fomentar la realización de programas de prevención de las drogodependencias por parte de la iniciativa social.

Artículo 19. Composición

- 1. El Comité Técnico estará compuesto por los siguientes miembros:
 - a) Presidente o presidenta: el director o la directora general de Drogodependencias.
 - b) Vicepresidente o vicepresidenta: el secretario o la secretaria técnica del Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias.
 - c) Vocales: un máximo de 10 profesionales, de reconocido prestigio y experiencia en materia de prevención de las drogodependencias, que desarrollen su actividad, total o parcialmente, en la Comunidad Valenciana, preferentemente, con grado académico de doctor¹8.

^{18.} Es importante respetar estos criterios (reconocido prestigio y experiencia en prevención; grado académico de doctor) para asegurar el estricto cumplimiento de los criterios contemplados en el Decreto. No siempre se observan estas condiciones en el perfil profesional de los miembros del Comité Técnico.

Serán nombrados o nombradas, por un período de dos años, por el conseller o la consellera de Bienestar Social. De éstos, cuatro a propuesta del director o directora general de Drogodependencias, cuatro a propuesta de los representantes legales de las dos sociedades científicas especializadas en drogodependencias con mayor implantación en la Comunidad Valenciana y, dos a propuesta del Consejo Asesor de la Generalitat Valenciana en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos. Los vocales serán separados o separadas por el conseller o la consellera de Bienestar Social, previa propuesta de sus proponentes.

- d) Secretario o secretaria: el secretario o la secretaria del Plan Autonómico sobre Drogodependencias, que actuará con voz pero sin voto.
- 2. La Secretaría Administrativa del Comité Técnico será ejercida por un funcionario o funcionaria de la Dirección General de Drogodependencias, designado por su titular.
- 3. A las reuniones del Comité Técnico podrán asistir aquellas personas que el propio órgano decida, con derecho de voz pero sin voto.
- 4. Sin perjuicio de que el Comité Técnico pueda aprobar su propio reglamento de organización y régimen de funcionamiento, le serán de aplicación las normas sobre órganos colegiados contenidas en el capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- 5. En todo caso, el Comité Técnico se reunirá con carácter ordinario al menos dos veces al año, y con carácter extraordinario, cuando lo convoque su presidencia, a iniciativa propia o mediante petición de un tercio de los miembros titulares. La convocatoria y el orden del día de cada reunión, junto con la documentación necesaria, serán remitidos a los miembros con una antelación mínima de setenta y dos horas, excepto en los casos de urgencia justificada.
- 6. Los gastos de funcionamiento del Comité Técnico correrán a cargo de las dotaciones presupuestarias de la Dirección General de Drogodependencias.
- 7. Los vocales nombrados, conforme establece el apartado 1 de este artículo, se abstendrán de participar en la elaboración del informe al que se refiere el artículo 21 de este decreto, en el que caso en el que participen en el diseño, gestión y/o evaluación del Programa de Prevención sometido a la consideración del Comité Técnico.

TÍTULO IV DEL PROCEDIMIENTO DE ACREDITACIÓN

Artículo 20. Competencia

- 1. La concesión, denegación y revocación de las acreditaciones que regula el presente Decreto, corresponderá a la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana.
- 2. El procedimiento a seguir para la obtención de dicha acreditación, así como, la documentación que para cada tipo de programa haya de acompañarse, se determinará reglamentariamente.
- 3. La instrucción del expediente administrativo para la obtención de la acreditación de los programas de prevención de las drogodependencias corresponderá a la Secretaría Técnica del Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias.

Artículo 21. Informe previo del Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana

Con carácter previo a la resolución de expediente de acreditación de un programa de prevención de las drogodependencias se solicitará informe al Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana.

Artículo 22. Duración

La acreditación se otorgará por el período que dure el desarrollo del programa de prevención y será renovable previa solicitud efectuada con tres meses, al menos, de anticipación a la fecha de terminación de la vigencia de la acreditación. La renovación de la acreditación será concedida, igualmente, por la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana, previo cumplimiento por el programa de los requisitos mínimos de calidad vigentes en el momento de acordar aquella.

Artículo 23. Revocación

- 1. Los programas de prevención de las drogodependencias estarán sometidos a las inspecciones de la administración de la Generalitat Valenciana y al control del Dirección General de Drogodependencias, quienes podrán, en cualquier momento, efectuar las comprobaciones que estime oportunas.
- 2. Ante el incumplimiento de los requisitos exigidos en el presente Decreto y disposiciones que en su desarrollo se dicten o cuando razones de interés sanitario o social así lo aconsejen la acreditación podrá ser revocada.

3. La revocación de la acreditación de los programas de prevención de las drogodependencias será acordada por la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana, previa audiencia al interesado, y quedará condicionada al cumplimiento de los criterios de planificación autonómica general.

Artículo 24. Del Registro de Programas de Prevención de las Drogodependencias

- 1. Bajo la dependencia de la Conselleria de Bienestar Social y adscrito a la Dirección General de Drogodependencias, se establece el Registro de Programas de Prevención de las Drogodependencias, en el que se inscribirán, de oficio o a instancia de parte, en su caso, todos los programas de prevención que, desarrollados en el ámbito geográfico de la Comunidad Valenciana, dispongan de la acreditación a la que hace referencia el presente Decreto.
- 2. La obtención de la acreditación que regula este decreto será condición indispensable para la inscripción en el registro al que se refiere este artículo.
- 3. Reglamentariamente se determinará la organización y funcionamiento del registro, que se llevará por el sistema de hoja personal, de acuerdo con los principios de legalidad y publicidad. Dirigirá el Registro, bajo su responsabilidad, el encargado del mismo, quien estará adscrito a la Secretaría Técnica de la Dirección General de Drogodependencias.

Disposiciones finales

Primera, Habilitación normativa

Se faculta al conseller o consellera de Bienestar Social para dictar cuantas disposiciones sean necesarias en desarrollo, ejecución y cumplimiento de las previsiones de este decreto.

Segunda. Entrada en vigor

El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

Valencia, 1 de junio de 1999

El presidente de la Generalitat Valenciana, Eduardo Zaplana Hernández-Soro La consellera de Bienestar social, Marcela Miró Pérez DECRETO 132/2010, DE 3 DE SEPTIEMBRE, DEL CONSELL, SOBRE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS, EN LA COMUNITAT VALENCIANA.

PREÁMBULO

Con el Decreto 47/1998, de 15 de abril, del Consell, sobre Registro y Acreditación de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, en la Comunitat Valenciana, la Generalitat dio respuesta a la necesidad de homogeneizar los criterios mínimos exigibles para la acreditación de los distintos recursos asistenciales y preventivos que actúan, en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunitat Valenciana.

El Decreto 124/2001, de 10 de julio, del Consell, sobre Registro y Acreditación de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, en la Comunitat Valenciana, amplió la tipología de los centros y servicios y los requisitos mínimos indispensables para acreditar los mismos, modificando, al propio tiempo, algunos criterios contemplados en el Decreto 47/1998, de 15 de abril, del Consell.

El Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, establece y regula un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas tanto por el uso y/o abuso de sustancias que puedan generar dependencia, como por otros trastornos adictivos.

La cambiante realidad social ha puesto de manifiesto nuevas necesidades que atender en el ámbito de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, lo que conlleva la aprobación de una norma que adecue los centros y servicios de atención y prevención a la situación actual.

Por todo lo cual, a propuesta del conseller de Sanidad, conforme con el ConsellJurídicConsultiu de la Comunitat Valenciana, y previa deliberación del Consell, en la reunión del día 3 de septiembre de 2010,

DECRETO

CAPÍTULO I Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1. Objeto

El presente decreto tiene por objeto:

- 1. Regular la clasificación, definición y requisitos que deben reunir los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos que desarrollen su actividad, pública o privada, en el territorio de la Comunitat Valenciana.
- 2. Establecer el régimen jurídico y el procedimiento de autorización de los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos que operen en el ámbito de la Comunitat Valenciana.
- 3. Establecer el régimen jurídico del Registro de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

Las disposiciones del presente decreto serán de aplicación a los centros y servicios dedicados a la prevención y/o asistencia de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, de titularidad pública o privada, de cualquier clase o naturaleza, que desarrollen su actividad en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, a excepción de los centros y servicios titularidad de la Generalitat y de los grupos de autoayuda.

A estos efectos, se consideran grupos de autoayuda las agrupaciones de pacientes con problemas de trastornos adictivos que realizan programas de ayuda mutua para mejorar su adaptación psicosocial.

CAPÍTULO II

De los centros y servicios de atención y prevención de drogodependencias v otros trastornos adictivos

Artículo 3. Tipos de centros y servicios

Los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos se clasifican con arreglo a los siguientes tipos:

1. Unidades de Conductas Adictivas (UCA): unidades de apoyo a los equipos de atención primaria integradas en el sistema sanitario público valenciano, para la asistencia en régimen ambulatorio de los enfermos drogodependientes o con otros trastornos adictivos. Podrán

especializarse en la atención a un tipo de adicciones concreto sobre la base de las necesidades objetivas de atención, como es el caso de las Unidades de Alcohología (UA).

- 2. Centros de Atención de Trastornos Adictivos (CATA): centros de titularidad privada dotados de medios técnicos, profesionales e instalaciones adecuados, para la asistencia en régimen ambulatorio de enfermos drogodependientes o con otros trastornos adictivos¹⁹.
- 3. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH): unidades de atención especializada que, en régimen de internamiento hospitalario, tienen como función el diagnóstico físico y psíquico del paciente para proceder a su desintoxicación total o parcial, con el fin de contener o estabilizar los síntomas para proseguir el tratamiento de deshabituación tras el alta hospitalaria.
- 4. Comunidades Terapéuticas (CT): centros que, en régimen residencial o semiresidencial²⁰, tienen como función la deshabituación y rehabilitación de los enfermos drogodependientes o con otros trastornos adictivos, así como el aprendizaje de habilidades, actitudes y valores para su incorporación social.
- 5. Centros de Día (CD): centros que, en régimen ambulatorio, desarrollan programas de apoyo al tratamiento y/o programas de reinserción sociolaboral para personas drogodependientes o con otros trastornos adictivos, de acuerdo con las necesidades propias de la evolución de su proceso.

En función del programa que desarrollen, los Centros de Día tendrán la siguiente tipología:

- a) Tipo I. Centros de Día de apoyo al tratamiento.
- b) Tipo II. Centros de Día de reinserción.
- 6. Centros de Intervención de Baja Exigencia (CIBE): centros que, en régimen residencial o ambulatorio, realizan intervenciones sanitarias y sociales con el fin de disminuir los daños y riesgos asociados al consumo de drogas.

^{19.} A nuestro juicio, una oportuna clarificación respecto a lo inicialmente contemplado en el Decreto 124/2001, por cuanto diferencia estas unidades -de titularidad privada- de las UCAs -de titularidad pública-, evitando posibles confusiones.

^{20.} Por convención, las comunidades terapéuticas son recursos asistenciales que ofrecen servicios en régimen residencial. La referencia a "semiresidencial" puede entrar en conflicto con el concepto de tratamiento ambulatorio intensivo, más propio de los Centros de Día. Se produce un cambio sustancial respecto a lo contemplado en el Decreto 124/2001, en el que se hace referencia a las allí denominadas Unidades de Deshabituación Residencial (UDR) como "... aquellos centros que, en régimen de internamiento...", no dejando duda de su carácter exclusivamente residencial.

Los CIBE se clasifican a su vez en:

- a) Tipo I. CIBE de intervención social: realizan en régimen ambulatorio intervenciones de carácter social.
- b) Tipo II. CIBE de atención sociosanitaria continuada: realizan en régimen residencial o ambulatorio, intervenciones biopsicosociales.
- 7. Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT): recursos residenciales supervisados por personal técnico, donde se lleva a cabo una intervención psicosocial y educativa dirigida a apoyar el tratamiento durante todo el proceso evolutivo del paciente.
- 8. Viviendas de Apoyo a la Incorporación Sociolaboral (VAIS): recursos residenciales de supervisión media, realizada por personal técnico, donde se realiza una intervención socioeducativa dirigida a apoyar el tratamiento en la fase de reintegración social y laboral.
- 9. Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD): servicios que prestan apoyo y asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos a órganos jurisdiccionales, fuerzas de orden público y personas que han cometido delitos asociados al consumo de drogas o como consecuencia de su adicción, o que se encuentren detenidas con ocasión de éstos.
- 10. Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA): servicios especializados de titularidad local que desarrollan programas de prevención con el objeto de reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y otras conductas adictivas, así como promover hábitos de vida saludables²¹.

Artículo 4. Requisitos

Los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, sin perjuicio del posterior desarrollo reglamentario, deberán cumplir los siguientes requisitos:

- 1. Disponer, como mínimo, de los siguientes profesionales:
 - a) Centros de Atención de Trastornos Adictivos (CATA): médico y psicólogo con formación específica en conductas adictivas.

^{21.} Constituye una de las principales modificaciones respecto a lo contemplado en el derogado Decreto 124/2001. Por una parte existe un cambio conceptual, al excluirse la promoción "de una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas". Por otra –y, posiblemente, de más calado pragmático- la referencia explícita a la titularidad de estas unidades ("de titularidad local", que no "de ámbito local") no deja lugar a dudas de que hace referencia a las Administraciones Locales, generando "de facto" la pérdida de la acreditación de las unidades de las que eran titulares las ONGs a la entrada en vigor del presente Decreto.

- b) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH): cumplirán los requisitos del centro hospitalario en el que se encuentren ubicadas y, en todo caso, garantizarán con personal propio o mediante interconsulta la atención al tratamiento de las patologías asociadas y la asistencia psicológica de los pacientes ingresados.
- c) Comunidades Terapéuticas (CT): médico, psicólogo, trabajador social y demás personal que se precise para garantizar la asistencia a los usuarios del centro.
- d) Centros de Día (CD):

Tipo I. CD de apoyo al tratamiento: psicólogo, trabajador social y demás personal necesario para garantizar la asistencia a los usuarios del centro.

Tipo II. CD de reinserción: trabajador social y demás personal que se precise para garantizar la asistencia a los usuarios del centro.

- e) Centros de Intervención de Baja Exigencia (CIBE):
 - Tipo I. CIBE de intervención social: trabajador social y demás personal que se requiera para garantizar la atención a los usuarios del centro.
 - Tipo II. CIBE de atención sociosanitaria continuada: médico, psicólogo, trabajador social y demás personal que se precise para garantizar la asistencia a los usuarios del centro.
- f) Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT): psicólogo/trabajador social, educador social y demás personal que se requiera para garantizar la asistencia continuada de la vivienda.
- g) Viviendas de Apoyo a la Incorporación Sociolaboral (VAIS): educador social, técnico de inserción sociolaboral y demás personal necesario para garantizar la atención en horario diurno de la vivienda.
- h) Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD): abogado, psicólogo, trabajador social, y médico cuando se realicen programas de intervención en comisarías.
- i) Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA): dispondrán de técnico superior o medio, que garantice una adecuada atención de acuerdo con la población a la que se dirija el recurso.

- j) Los centros que presten atención sanitaria dispondrán de un diplomado universitario en enfermería (ATS/DUE).
- 2. Todos los profesionales deberán poseer experiencia y formación específica reconocida oficialmente en el ámbito de la atención y/o prevención de las drogodependencias y trastornos adictivos, relacionadas con las funciones a realizar. Reglamentariamente se determinará el número mínimo de horas de formación y experiencia necesarias²².
- 3. Los profesionales de los centros y servicios indicados en el apartado 1 deberán desarrollar sus funciones por el tiempo que resulte necesario para garantizar la total y adecuada prestación de los servicios que ofertan. Reglamentariamente se determinará el número mínimo de horas que cada profesional debe dedicar al cumplimiento de las funciones que como tal le corresponden²³.
- 4. Las instalaciones en que se vayan a desarrollar las actividades de atención y/o prevención deberán cumplir, además de las condiciones que se determinen reglamentariamente, las siguientes:
 - a) Estar en posesión de las licencias y autorizaciones administrativas necesarias que permitan su apertura al público.
 - b) Contar, cuando proceda, con la autorización como centro sanitario o servicio sanitario.
 - c) Disponer de espacio físico y equipamiento adecuados al número de usuarios que atiendan simultáneamente.
 - d) Tener habilitadas zonas para atención especializada tanto individual como grupal.
 - e) Contar, en su caso, con una sala habilitada para la atención médica y administración de fármacos.
 - f) Cumplir las condiciones higiénico-sanitarias, de seguridad y prevención de riesgos laborales que determine la legislación aplicable.
- 5. Los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos dispondrán de programas terapéuticos y/o de prevención que contemplen,

^{22.} Al finalizar la redacción del presente manual (noviembre'2011), no consta la aprobación de una norma que regule el número mínimo de horas de formación y experiencia necesarias al que hace referencia este apartado, extremo que sí aparecía contemplado explícitamente en el anterior Decreto 124/2001, de 10 de julio, del Consell.

^{23.} En iguales términos que se expusiera en la observación anterior, tampoco consta la aprobación de una norma que regule la dedicación exigible al personal.

entre otros elementos, la población a la que se dirige el recurso, una descripción de los servicios que contiene la oferta asistencial, los objetivos que se persiguen, las técnicas y actividades para lograrlos, el personal necesario para su ejecución y la metodología para su evaluación. Reglamentariamente se desarrollará el procedimiento de acreditación de programas.

- 6. Contarán con un Reglamento de Funcionamiento y Régimen Interior que recoja, además de los derechos y deberes del usuario, la organización y horarios del centro o servicio y el organigrama del personal de dirección y de los profesionales que allí prestan servicio.
- 7. Dispondrán de la siguiente documentación:
 - a) Libro Registro de Usuarios y, en su caso, expediente personal de cada uno de ellos, incluyendo historia clínica y/o social cuando se trate un recurso asistencial.
 - b) Libro de Reclamaciones a disposición de los usuarios/as y de sus familiares.
- 8. Cualquier otro requisito que, atendiendo a la tipología de recursos definida, se determine reglamentariamente.

Artículo 5. Obligaciones de los centros y servicios

- 1. Los titulares y/o representantes legales de los centros o servicios incluidos en el ámbito de aplicación de este decreto están obligados a:
 - a) Cumplimentar, sistemáticamente y mediante los medios informáticos que se establezcan, los sistemas de información y vigilancia epidemiológica que determine el Consell.
 - b) Garantizar la formación y reciclaje permanente de sus profesionales.
 - c) Comunicar al órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos las variaciones en las plantillas de personal, en los aspectos tanto cualitativos como cuantitativos.
- 2. Los centros y servicios que regula este decreto estarán obligados a:
 - a) Fomentar la adhesión al tratamiento terapéutico y el cumplimiento farmacológico.
 - b) Cuando completen mediante concierto la oferta pública existente, comunicar al equipo terapéutico de la UCA/UA de procedencia cualquier alteración física o mental que presenten los usuarios para que reciban el tratamiento pertinente o sean derivados al nivel asistencial competente.

- c) Garantizar el reconocimiento a los usuarios/as, en su consideración de enfermos, de los derechos y deberes establecidos en la legislación sanitaria y en la normativa en materia de drogodependencias u otros trastornos adictivos.
- d) Comunicar a la familia, especialmente cuando lo solicite y siempre previo consentimiento por escrito del paciente, en el caso de que sea mayor de edad, la información sobre la evolución del paciente, su traslado a otro centro y el alta terapéutica o voluntaria.
- e) Garantizar que el paciente pueda solicitar y obtener el alta voluntaria cuando así lo desee, excepto en los casos señalados en la legislación vigente.
- f) Guardar la debida confidencialidad sobre los datos de carácter personal de los pacientes, especialmente los referentes a la salud, en los términos contemplados en la legislación vigente.
- 3. Los centros y servicios autorizados con arreglo a lo dispuesto en este decreto vendrán obligados incorporar de forma visible el logotipo que les facilitará el órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, y a dejar constancia expresa de centro o servicio acreditado por la Generalitat, en cualquier relación que mantenga con terceros.

CAPÍTULO III Régimen jurídico de las autorizaciones

Artículo 6. Actos sujetos a autorización

- 1. La autorización administrativa es el acto por el que el órgano competente de la Generalitat reconoce que los centros y servicios de atención y prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos reúnen los requisitos mínimos para desarrollar su actividad y proporcionar, a las personas afectadas por problemas de drogodependencias u otros trastornos adictivos, la atención necesaria.
- 2. Están sujetos a autorización administrativa los actos de apertura y modificación sustancial de los centros y servicios de atención y prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos, incluidos en el ámbito de aplicación de este decreto. Se considerará modificación sustancial actos tales como el cambio de local en el que se desarrolla la actividad, cambios en el organigrama, grupo de profesionales o programa terapéutico o cualquier otro que afecte a la esencia del centro o servicio.
- 3. Los cambios de titularidad y los de cierre del centro o servicio requerirán únicamente comunicación previa al órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

4. La autorización se entiende sin perjuicio de cualquier otra autorización administrativa que, con arreglo a Derecho, fuera exigible para el legal funcionamiento del centro o servicio.

Artículo 7. Solicitud

- 1. El procedimiento se iniciará a solicitud del interesado, según modelo normalizado que figura en el anexo I, acompañada de la documentación que figura en el anexo II.
- 2. Las solicitudes se dirigirán al órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos y podrán presentarse por cualquiera de los medios establecidos en el artículo 38 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En caso de necesitar, asimismo, autorización como centro o servicio sanitario, ésta se dirigirá al órgano competente en materia de ordenación sanitaria, que previo informe del órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, procederá o no a su autorización.
- 3. Examinada la solicitud y la documentación que la acompaña, si la misma no reúne los requisitos establecidos, se estará a lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Artículo 8. Instrucción y resolución del procedimiento

- 1. El procedimiento será instruido por el órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- 2. La competencia para autorizar o denegar la solicitud de autorización corresponde al titular del órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos. Se otorgará la autorización siempre que el centro o servicio cumpla los requisitos establecidos en este decreto y demás normativa que le resulte de aplicación.
- 3. El plazo máximo para resolver y notificar la resolución será de tres meses. El vencimiento del plazo máximo sin haberse dictado y notificado la resolución permitirá a los interesados entender desestimada su pretensión, de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional del Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.

Artículo 9. Vigencia

- 1. La autorización administrativa se otorgará por un período máximo de cuatro años.
- 2. La autorización podrá ser prorrogada por periodos de igual duración, a solicitud del titular del centro o servicio y siempre que no hayan variado las condiciones bajo las cuales se concedió.

3. La autorización podrá ser suspendida por el titular del órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, previa tramitación del oportuno expediente, por el tiempo necesario para proceder a la subsanación de las deficiencias constatadas por la administración.

Artículo 10. Extinción de la autorización

- 1. El titular del órgano competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, previa instrucción del correspondiente expediente, podrá acordar la extinción de la autorización por las siguientes causas:
 - a) Por renuncia de los interesados.
 - b) Por sanción por incumplimiento de la normativa vigente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
 - c) Por incumplimiento de las condiciones exigidas para la autorización del centro y/o servicio, sin que se hubiera procedido a su subsanación en el caso de haber sido requerido para ello.
- 2. La extinción de la autorización en los casos a) y c) del apartado anterior no reviste el carácter de sanción.
- 3. La extinción de la autorización conlleva, en todo caso, la extinción del concierto y/o subvención a partir de la fecha que se determine en la correspondiente resolución.

Artículo 11. Ausencia de autorización

La falta de autorización dará lugar al cierre del centro o servicio, que será acordado por el titular de la Conselleria competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Artículo 12. Conciertos y subvenciones

- 1. La autorización, sin perjuicio de otros requisitos establecidos en la normativa aplicable, será requisito indispensable para que los titulares de un centro o servicio puedan concertar plazas o servicios con la Generalitat, y para la obtención de subvenciones con cargo a sus presupuestos.
- 2. Con carácter excepcional, la Generalitat podrá subvencionar, mediante transferencias de capital, inversiones dirigidas a la apertura de nuevos centros cuando la entidad solicitante sea titular de otros centros previamente autorizados. Finalizada la construcción o adecuación del local del centro, la entidad beneficiaria deberá solicitar la autorización del centro en el plazo máximo de un mes a contar de dicha fecha.

La no obtención de la autorización, por causas imputables al beneficiario, es causa de reintegro de la subvención recibida a tal efecto.

CAPÍTULO IV

Del registro de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos

Artículo 13. Del Registro

- 1. En el Registro de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos se inscribirán, de oficio, los centros y servicios autorizados de titularidad pública o privada, de cualquier clase o naturaleza, que desarrollen su actividad en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, a excepción de aquellos cuya titularidad corresponda a la Generalitat.
- 2. El Registro de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos dependerá del órgano competente en materia de drogodependencias, a quien corresponde su gestión y custodia.
- 3. La obtención de la autorización que regula este decreto será condición indispensable para la inscripción en el Registro al que se refiere este artículo.
- 4. Los centros que tengan autorización como centro o servicio sanitario se inscribirán tanto en el Registro autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, como en el Registro regulado en el presente artículo.

CAPITULO V Medidas cautelares

Artículo 14. Medidas cautelares

- 1. Cuando se aprecie razonablemente la existencia de riesgo grave para los usuarios/as o trabajadores/as por circunstancias sobrevenidas o de fuerza mayor, o en caso de incumplimiento grave de la normativa vigente, el titular del órgano con competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, mediante resolución motivada, podrá adoptar las medidas cautelares necesarias para asegurar la salud y seguridad de aquellos, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 72 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- 2. Las medidas adoptadas serán proporcionadas a la finalidad perseguida y situación que la motiva, y su duración, que será fijada en la resolución que la adopte, no excederá de la que exija la situación que las justificó.

CAPÍTULO VI Infracciones y sanciones

Artículo 15. Infracciones y sanciones

El incumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto tendrá la consideración de infracción administrativa de conformidad con lo establecido en la legislación vigente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, y podrá ser sancionado, previa instrucción del correspondiente expediente sancionador, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, por el que se aprobó el Reglamento del Procedimiento para el Ejercicio de la Potestad Sancionadora, y en la legislación vigente en la materia, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que pudieran concurrir.

CAPÍTULO VII De la Inspección

Artículo 16. De la Inspección

- 1. Los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos serán inspeccionados por la Conselleria competente en la materia, sin perjuicio de lo establecido en las normas reguladoras de la función inspectora de sanidad, que se coordinará tanto con las otras inspecciones de la Generalitat como con la de otras Administraciones Públicas que tengan facultades inspectoras.
- 2. El personal de inspección, en el ejercicio de sus funciones y previa acreditación de su condición, tendrá la consideración de agente de la autoridad, y podrá recabar, cuando lo considere necesario para el cumplimiento de sus funciones, la cooperación de otras instituciones públicas en los términos y condiciones previstos por la normativa vigente.
- 3. Anualmente, el órgano con competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos propondrá un plan de inspección de los centros y servicios regulados en el presente Decreto.

Artículo 17. De las actuaciones inspectoras

- 1. Los titulares de los centros y servicios estarán obligados a facilitar a la inspección el acceso a las instalaciones y el examen de los documentos, libros y datos estadísticos que sean preceptivos, así como a suministrar toda la información necesaria para conocer el cumplimiento de las exigencias determinadas en la normativa de carácter médico-asistencial y social.
- 2. Efectuadas las comprobaciones y averiguaciones oportunas, en todas las inspecciones se extenderán las correspondientes actas, en las que serán recogidos los datos personales del

interesado, los relativos al centro o servicio inspeccionado y, en su caso, los hechos y circunstancias que pudieran ser relevantes acerca del funcionamiento de los centros y servicios y el cumplimiento de los objetivos que justifican su existencia.

3. Los hechos constatados por funcionarios a los que se reconoce la condición de agentes de la autoridad y que se formalicen en documento público, observando los requisitos legales, tendrán valor probatorio, sin perjuicio de las pruebas que en defensa de sus derechos e intereses puedan presentar los interesados.

Artículo 18. Periodicidad

- 1. Todos los centros y servicios serán inspeccionados periódicamente. La frecuencia de la actividad inspectora se determinará reglamentariamente.
- 2. La inspección actuará de oficio o a instancia de parte, emitiendo los informes que le sean requeridos y levantando acta de todas sus intervenciones.

Artículo 19. Funciones básicas de la inspección

Sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación vigente y de las facultades que pudieran corresponder a otras instituciones públicas, son funciones básicas de la inspección las siguientes:

- 1. Velar por el respeto de los derechos de los usuarios/as adictivos en la Comunitat Valenciana y por el cumplimiento de la legislación vigente sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- 2. Controlar el cumplimiento de los niveles de calidad e idoneidad de los centros y servicios de prevención y atención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, que desarrollen su actividad en el ámbito de la Comunitat Valenciana.
- 3. Supervisar el destino y la utilización de los recursos públicos concedidos a instituciones públicas y privadas, mediante subvenciones, convenios y conciertos.
- 4. Proponer a los órganos competentes en la materia las medidas que estimen oportunas para la mejora en la calidad de los servicios, así como dar a conocer los resultados de su actividad inspectora.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Única. Plazo para la adecuación de los centros y servicios existentes a los requisitos y nomenclaturas reguladas en el presente decreto.

Los centros y servicios que se encuentren acreditados con arreglo al Decreto 124/2001, de 10 de julio, del Consell, dispondrán de un plazo de un año para acogerse a la nueva tipología y adaptarse a los requisitos establecidos en el presente Decreto. Si durante este plazo se efectuara convocatoria pública de subvenciones o conciertos, los centros y servicios se considerarán autorizados en el tipo de recurso para el que soliciten subvención o el concierto, siempre que las características de los mismos sean similares a los de la anterior tipología y sin perjuicio de la obligación de adaptarse al presente Decreto en el plazo indicado.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Única. Alcance de la derogación normativa.

Quedan derogadas cuantas normas de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente Decreto y, de modo expreso, el Decreto 124/2001, de 10 de julio, del Consell, sobre Registro y Acreditación de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, en la Comunitat Valenciana.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Desarrollo reglamentario

Se autoriza al conseller competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo y aplicación de lo dispuesto en el presente Decreto.

Segunda. Entrada en vigor

El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana.

Valencia, 3 de septiembre de 2010

El president de la Generalitat, Francisco Camps Ortiz El conseller de Sanidad, Manuel Cervera Taulet

ANEXO II RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN QUE CON CARÁCTER PRECEPTIVO DEBE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD

- 1. Declaración responsable de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 5 del Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell.
- 2. Tratándose de personas jurídicas, escritura o documento de constitución, Estatutos o acto fundacional, en los que consten las normas por las que se regula su actividad, debidamente inscritos, en su caso, en el registro público que corresponda, según el tipo de persona jurídica de que se trate. Cuando se trate de entidades no españolas, su capacidad y personalidad se acreditará en la forma que establezca la Ley de Contratos del Sector Público.
- 3. Documentación acreditativa de la representación que ostenta la persona física que suscribe la solicitud y demás documentación.
- 4. Programas terapéuticos y/o de prevención que contengan, como mínimo, los elementos definidos en el artículo 4, apartado 5, del Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, y normas que lo desarrollen.
- 5. Reglamento de Funcionamiento y Régimen Interior que contenga, como mínimo, los elementos definidos en el artículo 4, apartado 6, del Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, y normas que lo desarrollen.
- 6. Relación de los profesionales que atienden el centro y servicio (de manera específica y sin perjuicio de su necesaria inclusión en el Reglamento de Funcionamiento y Régimen Interior).
- 7. Para acreditar la formación se aportarán certificaciones del director/a o responsable de la institución y/u organismo en el que se realizó dicha formación, o bien por cualquier otro medio de prueba.
- 8. La experiencia profesional en atención y/o prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos se acredita mediante certificaciones de servicios prestados, expedidas por el/la titular del centro o servicio en el que se haya adquirido. En cualquier caso, el centro o servicio deberá estar autorizado y/o acreditado por los órganos competentes, cuando tal autorización y/o acreditación fuera exigible con arreglo a la normativa vigente en el momento y en el lugar de la prestación del servicio.

- 9. Las licencias y autorizaciones administrativas necesarias que permitan su apertura al público.
- 10. En su caso, la autorización como centro sanitario o servicio sanitario en organización no sanitaria.
- 11. Plano de los locales con la distribución de espacios en los que se va a desarrollar la actividad.
- 12. Relación del equipamiento con que cuenta el centro o servicio para realizar la actividad.

ORDEN 19/2010, DE 21 DE DICIEMBRE, DE LA CONSELLERIA DE SANI-DAD, POR LA QUE SE CONVOCAN Y SE APRUEBAN LAS BASES REGULA-DORAS DE SUBVENCIONES EN MATERIA DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS PARA EL EJERCICIO 201124.

El Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, establece y regula un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas tanto por el uso y/o abuso de sustancias que pueden generar dependencia como por otros trastornos adictivos.

Asimismo, y con objeto de establecer unos requisitos mínimos que garanticen la calidad y la idoneidad de los recursos y programas de atención y prevención de las drogodependencias, para la prestación de servicios de asistencia sanitaria, social, o de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, hay que tener en cuenta los Decretos del Gobierno Valenciano 78/1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano, sobre acreditación de programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad Valenciana, y Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunitat Valenciana.

La Conselleria de Sanidad, mediante la presente orden, tiene como objetivo básico, en el marco normativo expuesto, fomentar el mantenimiento de los centros existentes que prestan atención en drogodependencias y de los recursos y programas de prevención e incorporación social en el proceso de normalización de la atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

La elaboración de la presente orden se ajusta a lo estipulado en la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y en el Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley General de Subvenciones.

Por ello, en virtud de las facultades que me confiere el artículo 28 de la Ley 5/1983, de 30 de diciembre, del Consell, y el artículo 47.11 del Texto Refundido de la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana, en base a lo previsto en la Orden de 26 de septiembre de 1994 de la Conselleria de Economía y Hacienda, sobre tramitación anticipada de expedientes de gastos.

ORDENO

Primero

Convocar subvenciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos gestionadas por la Dirección General de Drogodependencias de la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad para el ejercicio 2011.

Segundo

Aprobar las bases reguladoras por las que se rige la convocatoria que se efectúa mediante la presente orden, así como el modelo de solicitud y documentos complementarios que se incluyen como anexos de la misma.

Tercero

Las subvenciones reguladas en la presente orden se concederán con cargo a los Presupuestos de la Generalitat para el 2011, sección 10, servicio 02.97, Programa Presupuestario 313.20, Drogodependencias y Otras Adicciones, capítulos IV y VII, en las líneas presupuestarias y por los importes máximos globales que se detallan a continuación:

– Línea de subvención: T1897

Denominación: Atención a drogodependientes con problemas jurídico-penales.

Consignación presupuestaria: 260.000,00 euros

Procedencia y cuantía de los fondos:

Propios: 87.450,00 euros

Externa: Área de Sanidad: 172.550,00 euros.

– Línea de subvención: T2097

Denominación: Centros y programas de reinserción social de drogodependientes.

Consignación presupuestaria: 1.526.800,00 euros

Procedencia y cuantía de los fondos:

Propios: 1.396.740,00 euros

Externa: Área de Sanidad: 130.060,00 euros

- Línea de subvención: T2099

Denominación: Prevención de las drogodependencias y otras adicciones

Consignación presupuestaria: 2.550.600,00 euros

Procedencia y cuantía de los fondos:

Propios: 1.886.680,00 euros

Externa: Área de Sanidad: 663.920.00 euros.

– Línea de subvención: T5855

Denominación: Apoyo a Asociaciones de personas alcohólicas rehabilitadas

Consignación presupuestaria: 200.000,00 euros

Procedencia y cuantía de los fondos:

Propios: 200.000,00 euros

– Línea de subvención: T3057

Denominación: Inversiones en recursos de atención y/o prevención.

Consignación presupuestaria: 291.000,00 euros

Procedencia y cuantía de los fondos:

Propios: 291.000,00 euros

El importe global máximo de esta convocatoria podrá ser objeto de ampliación en caso de producirse un incremento de los créditos presupuestarios como consecuencia de una generación, ampliación o modificación presupuestaria. En dicho supuesto, la asignación de dichos créditos objeto de ampliación no requerirá de una nueva convocatoria y se realizará de acuerdo con los mismos criterios de valoración y procedimiento de asignación recogidos en las bases de la presente convocatoria.

En cualquier caso, con carácter previo a su aplicación, por resolución de la Agencia Valenciana de Salud se dará publicidad a dicho incremento de créditos y al importe global definitivo destinado a la concesión de las ayudas previstas en la presente convocatoria.

Tanto el referido incremento de créditos como la eficacia de la presente convocatoria quedarán condicionados a la existencia, en los presupuestos del ejercicio económico de 2011, de crédito adecuado y suficiente, de acuerdo con lo establecido en la Orden de 26 de septiembre de 1994, de la Conselleria de Economía y Hacienda. Asimismo, todos los actos dictados en los expedientes de tramitación anticipada se entenderán condicionados a que, al dictar las resoluciones de concesión definitiva, subsistan las mismas circunstancias de hecho y de derecho existentes en el momento en que fueron producidos aquellos actos.

Cuarto

La presente convocatoria no precisa de su notificación o comunicación a la Comisión Europea, no siendo de aplicación el artículo 107 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, al no reunir todos los requisitos contenidos en el mismo, por cuanto las subvenciones previstas en la presente orden no suponen ventajas económicas para empresas.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

En todo lo no regulado en esta orden, se estará a lo dispuesto en los preceptos básicos de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones y del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley General de Subvenciones, y en

la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana, cuyo texto refundido fue aprobado por Decreto Legislativo de 26 de junio de 1991.

Segunda

La presente orden producirá efectos el día siguiente al de su publicación en el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana.

Tercera

Contra el presente acto, que pone fin a la vía administrativa, se podrá interponer recurso contencioso administrativo en el plazo de dos meses, a contar desde el día siguiente al de su publicación, ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana, de conformidad con lo previsto en los artículos 10 y concordantes de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa.

Todo ello sin perjuicio de la interposición del recurso potestativo de reposición, en el plazo de un mes desde el día siguiente al de su publicación, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 116 y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Valencia, 21 de diciembre de 2010

El conseller de Sanidad, Manuel Cervera Taulet

ANEXO I

BASES DE LAS SUBVENCIONES DESTINADAS A LA FINANCIACIÓN DE GASTOSCORRIENTES Y DE INVERSIÓN DE RECURSOS DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LASDROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

Primera. Obieto

El objeto de estas bases es regular las subvenciones destinadas a la financiación de gastos corrientes y de inversión de los siguientes centros, servicios y programas:

- a) Los centros y programas de reinserción social de drogodependientes.
- b) Los centros de intervención de baja exigencia (CIBE).
- c) Las unidades de prevención comunitaria en conductas adictivas.
- d) Las unidades de valoración y apoyo en drogodependencias y otros programas específicos de atención a drogodependientes con problemas penales, incluyendo la atención directa en comisarías.
- e) Los programas de prevención de las drogodependencias y otras adicciones, siempre que estos últimos sean desarrollados, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, por instituciones sin fin de lucro.
- f) Los recursos destinados exclusivamente a la atención al juego patológico.
- q) Los programas ejecutados por asociaciones de autoayuda en materia de alcoholismo.

Segunda. Requisitos de los beneficiarios

1. Podrán solicitar las subvenciones que regula este anexo las entidades locales y las entidades sin fin de lucro que sean titulares de centros servicios y/o gestionen programas y actividades en materia de prevención, atención, rehabilitación y/o reinserción social de drogodependientes u otros tipos de adicciones en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, siempre que no incurran en alguna de las causas de prohibición que regula el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

Cuando se trate de Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas titularidad de una entidad sin ánimo de lucro, que en la fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes se halle en proceso de adaptación al Decreto 132/2010, podrá ésta entidad solicitar y ser beneficiaria de la subvención para la financiación de los gastos corrientes de la unidad de prevención, siempre y cuando se acredite que por la

entidad local se han iniciado los trámites para asumir la titularidad del recurso y adaptarse al citado Decreto 132/2010.

Si tras la finalización del proceso de adaptación fuera la propia entidad local la que asumiera de modo directo la gestión de la UPCCA, o bien ésta fuera adjudicada a entidad sin ánimo de lucro distinta de la beneficiaria de la subvención, se modificaría la resolución de adjudicación para adaptarla a la nueva situación.

- 2. Las entidades sin fin de lucro deberán disponer de una sede central o delegación permanente en la Comunitat Valenciana, entendiéndose como tal la presencia física con domicilio social en la misma, comprometiéndose desde ésta a gestionar y dirigir los programas financiados por la Generalitat.
- 3. Cuando el objeto de la subvención sea la financiación de centros y/o servicios, será condición indispensable para su concesión que dispongan de la autorización prevista en el Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunitat Valenciana en la fecha de finalización del plazo de presentación de la solicitud de subvención al amparo de la presente orden.
- 4. Cuando el objeto de la subvención sea la financiación de los programas de prevención previstos en la letra e), deberán poseer la acreditación a la que hace referencia el Decreto 78/1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano, sobre acreditación de programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana en la fecha de finalización del plazo de presentación de la solicitud de subvención al amparo de la presente orden. Asimismo, en el caso de las entidades sin fin de lucro, deberán contar entre sus fines institucionales, recogidos expresamente en sus estatutos, la realización de actividades de prevención en drogodependencias y otras adicciones.

Tercera. Obligaciones de los beneficiarios

- 1. Las entidades locales y las entidades sin fin de lucro beneficiarias de las subvenciones previstas en este anexo tienen las siguientes obligaciones:
 - a) Cumplir el objetivo, ejecutar el proyecto, realizar la actividad o adoptar el comportamiento que fundamenta la concesión de la subvención.
 - b) Justificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones, así como la realización del proyecto o actividad y el cumplimiento de la finalidad que determinen la concesión o disfrute de la subvención.

- c) Facilitar las actuaciones de comprobación, seguimiento y supervisión de la Dirección
 General de Drogodependencias, al objeto de conocer cualquier aspecto de la actividad objeto de la subvención.
- d) Facilitar toda la información económica, fiscal, laboral, técnica y de cualquier tipo que le sea requerida por la Dirección General de Drogodependencias, en relación con la subvención concedida, con objeto de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para percibir la subvención, la realización de la actividad o para la justificación de la correcta aplicación de la suma librada a la finalidad prevista.
- e) Acreditar con anterioridad a dictarse la propuesta de resolución de concesión que se halla al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social.
- f) Comunicar al órgano concedente o a la entidad colaboradora la obtención de otras subvenciones, ayudas, ingresos o recursos que financien las actividades subvencionadas.
- g) Dejar constancia expresa de la condición de centro, servicio o programa subvencionado por la Generalitat, en cualquier relación con terceros.
- h) Someter a la aprobación previa de la Dirección General de Drogodependencias cualquier material de información o divulgación que se utilice como apoyo a los centros, servicios y programas subvencionados.
- i) En las actividades de difusión y promoción objeto de esta subvención deberá figurar de manera preferente el logotipo que a tal fin determine la Dirección General de Drogodependencias.
- j) Proceder al reintegro de los fondos percibidos en los supuestos contemplados en los artículos 36 y 37 de la Ley 38/2003, General de Subvenciones.
- k) Acreditar, en su caso, el cumplimiento de la normativa sobre integración laboral de las personas con discapacidad a efectos de la concesión de ayudas y subvenciones, conforme al Decreto 279/2004, de 17 de diciembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regulan medidas en los procedimientos de contratación administrativa y deconcesión de subvenciones para el fomento del empleo de las personas con discapacidad.
- 1) Las demás previstas en el artículo 14 de la Ley 38/2003, General de Subvenciones.

- 2. Las entidades locales titulares de Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas, deberán destinar al mantenimiento de la UPPCA, excluidos costes salariales, la misma cantidad que la subvención que, para mantenimiento, les fuera concedida por la Generalitat como resultado de la presente convocatoria. El incumplimiento de este requisito conllevará la minoración proporcional de la subvención concedida.
- 3. Los beneficiarios de subvenciones para gastos de inversión estarán obligados a realizar la inversión que fundamenta la concesión de subvención, en el ejercicio 2011 y a destinar los bienes al fin concreto para el que ésta se concedió durante un periodo no inferior a cinco años en caso de bienes inscribibles en un registro público, ni a dos años para el resto de bienes, de conformidad con el artículo 31 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
- 4. El incumplimiento de las anteriores obligaciones dará lugar a la exigencia de las responsabilidades que correspondan y, en su caso, al reintegro de la subvención percibida, de acuerdo con la legislación vigente.

Cuarta. Actividades objeto de las subvenciones

- 1. Las subvenciones previstas en este anexo deberán ser destinadas a los gastos de personal y mantenimiento o de inversión de los centros, servicios y/o programas para los que se solicita la subvención.
- 2. Las entidades sin fin de lucro beneficiarias de las subvenciones, podrán subcontratar la actividad objeto de la subvención hasta el 50% de la misma, en cuyo caso se estará a lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones y en el artículo 68 del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley General de Subvenciones.
- 3. Las entidades locales beneficiarias de las subvenciones podrán gestionar sus recursos de forma directa o indirecta.

Quinta. Gastos subvencionables

- 1. Se consideran gastos subvencionables aquellos que de manera indubitada respondan a la naturaleza de la actividad subvencionada y hayan sido efectivamente realizados a lo largo del ejercicio 2011. En ningún caso el coste de adquisición de los gastos subvencionables podrá ser superior al valor de mercado.
- 2. Cuando el importe del gasto subvencionable supere la cuantía de 30.000 euros en el supuesto de coste por ejecución de obra, o de 12.000 euros en el supuesto de suministro de bienes de equipo o prestación de servicios por empresas de consultoría o asistencia técnica, el beneficiario deberá solicitar como mínimo tres ofertas de diferentes proveedores, con

carácter previo a la contracción del compromiso para la prestación del servicio o la entrega del bien, salvo que por las especiales características de los gastos subvencionables no exista en el mercado suficiente número de entidades que lo suministren o presten, o salvo que el gasto se hubiera realizado con anterioridad a la solicitud de la subvención. La elección entre las ofertas presentadas se realizará conforme a criterios de eficiencia y economía, debiendo justificarse en una memoria la elección cuando no recaiga en la propuesta económicamente más ventajosa.

- 3. Cuando la subvención tenga por objeto gastos corrientes, serán subvencionables:
 - a) Los gastos derivados del pago de asistencias o servicios de profesionales.
 - b) La contratación de personal por parte de las entidades subvencionadas, que en ningún caso supondrá relación jurídica alguna con la Generalitat.

Las retribuciones del personal de las entidades sin fin de lucro que esté adscrito al cumplimiento del programa y/o centro o servicio subvencionado, tan sólo podrán ser objeto de subvención como máximo hasta un importe coincidente con los gastos de esta naturaleza derivados del desempeño de puestos de similar función y categoría por personal al servicio de la Generalitat, sin perjuicio de lo que, en su caso, establezcael convenio aplicable.

No podrán incluirse como gastos de personal los originados por las actividades realizadas en la condición de miembros de las Juntas Directivas, Consejos de Dirección u órganos de gobierno de las entidades sin fin de lucro.

En cuanto a los gastos de dirección y coordinación de los centros o servicios sólo se computará el 10% de los mismos.

- c) Los gastos de mantenimiento estrictamente necesarios para la consecución del fin objeto de la subvención.
- d) Únicamente serán subvencionables los gastos derivados de garantías bancarias solicitadas por las entidades que, por superar los límites previstos en la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat, deban garantizar el importe de los anticipos de la subvención concedida para poder proceder a su pago.

Los gastos financieros, los gastos de asesoría jurídica o financiera, los gastos notariales y registrales y los gastos periciales para la realización del proyecto subvencionado y los de administración específicos, son subvencionables si están directamente relacionados con la actividad subvencionada y son indispensables para la adecuada preparación o ejecución de la misma.

- 4. Cuando la subvención tenga por objeto gastos de inversión, serán subvencionables:
 - a) La adquisición de material inventariable y/o equipamiento.
 - b) Las obras de conservación, reparación, reconstrucción, acondicionamiento y/o reforma.
- 5. De acuerdo con el artículo 31, apartado 8 de la Ley General deSubvenciones, no será subvencionable el IVA satisfecho por la adquisición de bienes y servicios, excepto cuando se trate de personas o entidades acogidas al régimen de exención de dicho impuesto. Dicha exención se acreditará mediante el correspondiente certificado expedido por la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

Sexta. Solicitudes y documentación

- 1. Las entidades locales deberán cumplimentar la solicitud que figura como anexo II, la cual deberá ir acompañada de la documentación que seguidamente se relaciona:
 - a) Documentos acreditativos de la representación legal que ostente el solicitante.
 - b) Identificación del centro/programa/servicio a subvencionar segúnanexo IV.
 - c) Certificación acreditativa del acuerdo adoptado por el órgano competente, autorizando la solicitud de subvención, así como el conocimiento y compromiso respecto a las obligaciones establecidas en esta orden.
 - d) Plan municipal o provincial sobre drogodependencias, así como certificación acreditativa del acuerdo adoptado por el órgano competente, aprobando el mismo, en los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, o Diputaciones Provinciales; únicamente deberán presentar dicha documentación en caso de modificación o aprobación de un nuevo Plan distinto al presentado en anteriores convocatorias o si se tratara de nuevas entidades locales solicitantes.
 - e) Presupuesto de la entidad local previsto para el ejercicio 2011 para la atención y prevención de las drogodependencias.
 - f) Memoria explicativa de las actividades a realizar durante el año2011 para las que se solicita la subvención.
 - g) Relación del equipo profesional, con descripción de categorías, cargos, tareas y horarios de dedicación al centro, programa o servicio de que se trate. Se presentará un ejemplar, según el modelo del anexo V, por cada uno de los recursos para los que se solicite subvención.

- h) Certificado expedido por la entidad bancaria donde efectuar, en su caso, los pagos, en el que se especifique: código de la entidad, código de la sucursal, número de cuenta y titular de la misma, así como documento de alta de terceros, según modelo anexo X. Aquellas entidades que en el ejercicio 2010 hubiesen sido subvencionadas, únicamente deberán presentar dicha documentación en caso de modificación de los datos bancarios.
- i) Memoria de las actuaciones desarrolladas, en materia de drogodependencias y otras adicciones, en el año 2010, en el caso de aquellas entidades que no hubieran sido subvencionadas en la convocatoria de ese ejercicio.
- 2. Las entidades sin fin de lucro, deberán cumplimentar la solicitud que figura como anexo III, la cual deberá ir acompañada de la documentación que seguidamente se relaciona:
 - a) Documentos acreditativos o en su caso declaración responsable de que ostenta las facultades requeridas como representante de la entidad.
 - b) Identificación del centro/programa/servicio a subvencionar según anexo IV.
 - c) Declaración responsable del órgano competente, autorizando la solicitud de ayuda y aprobando el programa y presupuesto presentado, así como el conocimiento y compromiso respecto a las obligaciones establecidas en esta orden.
 - d) Presupuesto desglosado de los gastos previstos para el 2011 de los centros, servicios o programas para los que se solicita la subvención. Se presentará un ejemplar, según el modelo del anexo VI, por cada uno de los recursos para los que se solicita subvención.
 - e) Memoria explicativa de las actividades a realizar durante el año 2011 para las que se solicita la subvención.
 - f) Relación del equipo profesional, con descripción de categorías, cargos, tareas y horarios de dedicación al centro, programa o servicio de que se trate. Se presentará un ejemplar, según el modelo del anexo V, por cada uno de los recursos para los que se solicite subvención.
 - g) Certificado expedido por la entidad bancaria donde efectuar, en su caso, los pagos, en el que se especifique: código de la entidad, código de la sucursal, número de cuenta y titular de la misma, así como documento de alta de terceros, según modelo anexo X. Aquellas entidades que en el ejercicio 2010 hubiesen sido subvencionadas, únicamente deberán presentar dicha documentación en caso de modificación de los datos bancarios.

- h) Copia autenticada o fotocopia cotejada de los estatutos en los que deberá constar explícitamente el ámbito de la entidad, así como la inexistencia de ánimo de lucro en los fines de la misma, únicamente deberán presentar dicha documentación en los casos de modificación de los aportados en anteriores convocatorias o en el caso de tratarse de nuevas entidades solicitantes.
- i) Memoria de las actuaciones desarrolladas, en materia de drogodependencias y otras adicciones, en el año 2010, en el caso de aquellas entidades que no hubieran sido subvencionadas en la convocatoria de ese ejercicio.
- j) Documentación acreditativa de hallarse el solicitante al corriente de sus obligaciones con la seguridad social.
- k) Declaración responsable acreditativa de no estar incurso en las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario, establecidas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
- Certificación expedida por la Agencia Estatal de Administración Tributaria acreditativa de estar exentos, en su caso, del impuesto sobre el valor añadido, únicamente en los casos en que este documento no este aportado en anteriores convocatorias en esta Dirección General.
- m) Declaración responsable de que la entidad no obtiene beneficio económico por sus actividades.
- n) Declaración responsable de que se cumple con la normativa de integración laboral de personas con discapacidad o, en su caso, de exención de dicha obligación.
- 3. Los centros y/o servicios destinados exclusivamente a la atención al juego patológico deberán aportar, además de los documentos anteriormente mencionados, los currículum vítae del personal adscrito, en el que se acredite la formación y experiencia profesional en materia de drogodependencias y otras adicciones.
- 4. La presentación de la solicitud por parte del beneficiario conllevará la autorización al órgano gestor para que éste obtenga de forma directa, a través de certificados telemáticos, la acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social, en los términos previstos en los artículos 18 y 19 del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de subvenciones, y en el artículo 9 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.

- 5. A las solicitudes de subvención para la adquisición de equipamiento y material inventariable se adjuntará la siguiente documentación:
 - a) Presupuesto en el que figure el importe del coste por unidad y el importe total de las adquisiciones que se pretenden realizar (factura pro forma).
 - b) Justificación que fundamente la necesidad del equipamiento para cuya adquisición se solicita la subvención.
- 6. A las solicitudes de subvención para la ejecución de obras de conservación, reparación, acondicionamiento y/o adaptación de centrosde atención y prevención de las drogodependencias se acompañará la siguiente documentación:
 - a) Certificado del Registro de la Propiedad que acredite la titularidad del inmueble para el que se solicita la subvención.
 - b) En el caso en el que las obras para las que se solicita subvención se deban realizar en inmuebles arrendados o cedidos, se aportará contrato de arrendamiento o documento acreditativo de la cesión, así como autorización del propietario para la realización de las mismas.
 - c) Memoria o, en su caso, proyecto técnico de las obras a realizar, así como del presupuesto comprensivo de mediciones y precios unitarios debidamente firmados por el contratista y, en su caso, por el facultativo correspondiente. Cuando la obra exija proyecto técnico, éste deberá someterse a informe de la Oficina de Supervisión de Proyectos o de Técnicos designados por la propia Conselleria.
 - d) Programa de actuación que garantice la ejecución de las obras enel ejercicio para el que se concede la subvención.

Séptima. Forma

- 1. Las solicitudes para la obtención de las subvenciones reguladas en la presente orden se presentarán en impreso normalizado y acompañadas de la documentación indicada en las base sexta.
- 2. En el supuesto de que los documentos exigidos ya estuvieran en poder de la Dirección General de Drogodependencias, el solicitante podrá acogerse al derecho establecido en el artículo 35.f) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, siempre que se haga constar la fecha, la identificación del procedimiento en que obren y que no hayan transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento al que correspondan.

- 3. Cuando la solicitud no reúna los requisitos establecidos en la presente orden o no se acompañe la documentación que de acuerdo con la misma resulte exigible, de conformidad con el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, se requerirá al interesado mediante publicación en el tablón de anuncios de la sede central de la Conselleria de Sanitat (Calle Micer Mascó 31, de Valencia) y en su página web (<www.san.gva.es>), de acuerdo con lo establecido en el artículo 59.6.b) de la referida Ley, para que en un plazo de 10 días subsane la falta o acompañe la documentación necesaria, con indicación de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistido de la solicitud, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 42 de la citada ley.
- 4. Asimismo, se podrá requerir del solicitante cualesquiera otros datos, documentos e informes complementarios que resulten necesarios para la resolución del expediente, así como la acreditación de los requisitos a los que se refiere la documentación administrativa.

Octava. Lugar y plazo

- 1. Los interesados podrán presentar las solicitudes en el Registro General de la Conselleria de Sanidad en la calle de Micer Mascó, 31 de Valencia, así como en los servicios territoriales de la misma sitos en Alicante (c/ Gerona, 26. 03001), Castellón (c/ Huerto Sogueros,12. 12001), y Valencia (Gran Vía Fernando El Católico, 74. 46008), o en cualquier otra de las formas previstas en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- 2. En caso de envío por correo certificado, la presentación de la documentación en la oficina de correos correspondiente deberá hacerse de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 31 del Real Decreto 1.829/1999, de 31 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula la prestación de los servicios postales, en desarrollo de lo establecido en la Ley 24/1998, de 13 de julio, del Servicio Postal Universal y de Liberalización de los Servicios Postales, en sobre abierto, a fin de que el ejemplar destinado a la Conselleria de Sanidad sea fechado y sellado antes de ser certificado. En caso de que la solicitud no esté fechada y sellada por la oficina de correos correspondiente, se entenderá como fecha válida de presentación aquella que aparezca en la entrada de registro de la Conselleria de Sanidad.
- 3. El plazo de presentación de las solicitudes de subvención reguladas en esta orden será de un mes contado a partir del día siguiente al de su publicación en el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana.

Novena. Procedimiento de concesión.

1. La concesión de las subvenciones se realizará mediante el procedimiento de concurrencia competitiva a que se refieren el artículo 22 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General

de Subvenciones, y el artículo 55 del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, de acuerdo con los criterios de valoración fijados en las bases reguladoras.

2. Se constituirá una Comisión de Valoración para el examen y valoración de las solicitudes presentadas. Esta Comisión, en cuanto órgano colegiado, se ajustará en su funcionamiento al régimen establecido para los mismos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Décima. Ordenación e Instrucción del procedimiento

El órgano encargado de la ordenación e instrucción del procedimiento será la Dirección General de Drogodependencias que, de oficio, acordará todas las actuaciones necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la resolución.

Decimoprimera. Valoración y propuesta de resolución

- 1. La valoración de las solicitudes presentadas se realizará por la comisión de valoración que, atendiendo a los criterios y requisitos establecidos y de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria, levantará acta y formulará la propuesta de resolución al órgano concedente.
- 2. La comisión de valoración estará compuesta por los siguientes miembros:

Presidente: la directora general de Drogodependencias o persona que designe para su sustitución.

Vocales:

- a) El secretario técnico de Drogodependencias de la Dirección General de Drogodependencias.
- b) El jefe del Servicio de Gestión de la Dirección General de Drogodependencias.
- c) El jefe de la Unidad de Asistencia y Sistemas de Información de la Dirección General de Drogodependencias.
- d) El jefe de Sección de Reinserción de la Dirección General de Drogodependencias.
- e) El jefe de Sección de Estudios e Investigación de la DirecciónGeneral de Drogodependencias.
- f) Un funcionario del Servicio de Gestión de la Dirección General de Drogodependencias, designado por el titular de la Dirección General de Drogodependencias, que realizará las funciones de secretario.

Además de los miembros de la Comisión, podrá solicitarse la asistencia de otras personas en su condición de expertos para valorar adecuadamente las solicitudes. Estas personas actuarán con voz pero sin voto.

Decimosegunda. Criterios de valoración

1. Criterios generales. Se puntuarán hasta un máximo de 60 puntos.

Para la concesión de las subvenciones, además del límite absoluto del importe global máximo destinado a la financiación de estas subvenciones que se fije en los correspondientes conceptos presupuestarios de los capítulos IV y VII del programa 313.20, Drogodependencias y Otras Adicciones, de los Presupuestos de la Generalitat para el 2011, los criterios que se tendrán en cuenta, con carácter general, y por orden de importancia, serán los siguientes:

- a) La dotación de recursos específicos existentes en el territorio donde se plantee la intervención o en la proximidad a éste, la cobertura territorial y poblacional y el nivel de coordinación con otras redes públicas de actuación complementarias en la materia, fundamentalmente, sanitaria, de servicios sociales y educativa. 30 puntos.
- b) La evaluación de las actividades realizadas en el ejercicio 2010, tomando como referencia la memoria de actividades del último ejercicio, así como todos los antecedentes que obren en poder de la administración, en especial el grado de ejecución de la subvención concedida en el referido ejercicio. 20 puntos.
- c) La continuidad de las acciones iniciadas en el ejercicio anterior, que hubieran sido financiadas por la Conselleria de Sanidad. 10 puntos.
- 2. Criterios específicos para las unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA) y los Programas de Prevención. Se puntuarán hasta un máximo de 40 puntos. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior y en el Decreto 78/1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de valoración:
 - a) Cobertura poblacional a la que se dirige el programa, en relación con el número de habitantes, de aplicación exclusiva a unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas. 20 puntos.
 - b) Programas específicos de prevención de las drogodependencias y otras adicciones dirigidos a la población juvenil para la gestión del ocio y tiempo libre. 10 puntos.
 - c) Programas específicos para grupos de riesgo en población joven, prevención selectiva. 6 puntos.

- d) Uso de las nuevas tecnologías en la aplicación de los programas. 2 puntos.
- e) Programas dirigidos a la prevención de las drogodependencias y otras adicciones en el ámbito laboral. 2 puntos.
- 3. Criterios específicos para la autoayuda: Se puntuarán hasta un máximo de 40 puntos. Sin perjuicio de lo establecido en el apartado 1 se tendrán en cuenta los siguientes criterios de valoración:

La continuidad de los programas, siempre que persistan las necesidades y haya sido satisfactoria la evaluación de resultados y del impacto.

4. Criterios específicos para los programas de atención al juego patológico. Se puntuarán hasta un máximo de 40 puntos.

Sin perjuicio de lo establecido en el apartado 1 se tendrán en cuenta los siguientes criterios de valoración:

- a. Estructura del equipo profesional. 20 puntos.
- b. Coordinación con otros recursos asistenciales 10 puntos.
- c. Cobertura poblacional. 10 puntos.
- 5. Criterios específicos para subvenciones que tienen por objeto gastos de inversión. Se puntuarán hasta un máximo de 40 puntos.
 - a) La adecuación de la inversión propuesta en la planificación de necesidades de la Conselleria de Sanidad. 15 puntos.
 - b) Los equipamientos y reformas en aquellos recursos en funcionamiento, consideradas necesarias para el cumplimiento de la normativa vigente. 15 puntos.
 - c) El equipamiento para su apertura de aquellos recursos cuya obra ya esté finalizada. 10 puntos.

Decimotercera. Resolución y plazo para resolver

1. Corresponde al director gerente de la Agencia Valenciana de Salud u órgano en quien delegue dictar la resolución de la concesión de las distintas subvenciones.

- 2. La resolución se publicará en el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, de acuerdo con lo establecido en el artículo 59.6.b) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- 3. El plazo máximo para resolver y notificar los expedientes será de tres meses a contar desde la fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes. Transcurrido el plazo sin haberse notificado la resolución, se entenderá desestimada la solicitud de concesión de subvención en los términos del artículo 44 de la Ley 30/1992, de 26 denoviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Decimocuarta. Recursos

Contra las resoluciones dictadas en el procedimiento de concesión de subvención, que no agotan la vía administrativa, se podrá interponer recurso de alzada ante el conseller de Sanitat en el plazo de un mes, si el acto fuera expreso, y si no lo fuera, el plazo será de tres meses y se contará, para el solicitante y otros posibles interesados, a partir del día siguiente a aquel en que se produzcan los efectos del silencio administrativo, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en el artículo 27.2 del Decreto 25/2005, por el que se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud.

Decimoquinta. Pago y justificación de las subvenciones concedidas

1. La forma de pago de las subvenciones destinadas a gastos corrientes, previa certificación de la directora general de Drogodependencias de comprobación y aprobación de los justificantes, así como acreditativa del cumplimiento de los fines que justifican la concesión de la subvención, se ajustará al régimen de libramiento especial que para determinadas transferencias corrientes establezca la Ley de Presupuestos de la Generalitat para el 2011. En los casos en que no se ajuste a los requisitos, se librará de acuerdo con lo estipulado en el artículo 47 bis del Texto Refundido de la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana, conforme al cual:

- Un 40% del importe de la misma podrá librarse de inmediato una vez concedida,
- Un 20% se abonará tras la aportación y comprobación de la documentación justificativa de la efectiva y correcta aplicación de la suma librada a la actuación objeto de la subvención, y
- El 40% restante se abonará por la Generalitat una vez se justifique por el beneficiario el cumplimiento de lo convenido.

Cuando se produzcan anticipos de pago, el beneficiario de la subvención vendrá obligado a garantizar el importe de los mismos. A estos efectos, se entenderá por anticipos de pago las cantidades que sean libradas a favor del beneficiario con anterioridad a que éste justifique el gasto correspondiente. No obstante, quedan exceptuadas de esta obligación las entidades sin fin de lucro y las corporaciones locales en las que concurran las circunstancias previstas en el artículo 47 bis, apartado 3, letras A) y C), respectivamente, del Texto Refundido de la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana.

La citada garantía habrá de ser constituida:

- En metálico o en valores públicos o privados, con sujeción, en cada caso, a las condiciones reglamentariamente establecidas.
- Mediante aval prestado, en la forma y condiciones reglamentarias, por alguno de los bancos, cajas de ahorros, cooperativas de crédito, establecimientos financieros de crédito y sociedades de garantía recíproca autorizados para operar en España y presentado ante el órgano correspondiente.
- 2. La forma de pago de las subvenciones para gastos de inversión se realizará, previa certificación de la directora general de Drogodependencias de comprobación y aprobación de los justificantes, así como acreditativa del cumplimiento de los fines que justifican la concesión de la subvención, de acuerdo con los criterios contenidos en el artículo 47 bis del texto refundido de la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana, contra certificación de la obra expedida por técnico competente o la presentación de la factura correspondiente cuando se trate de adquisición de material inventariable y/o equipamiento.
- 3. No podrá realizarse el pago de la subvención en tanto el beneficiario no se halle al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social o sea deudor por resolución de procedencia de reintegro.
- 4. Los beneficiarios de las subvenciones tendrán de plazo hasta el 15 de noviembre de 2011 para presentar la documentación justificativa de la totalidad de la subvención concedida o de, al menos, del porcentaje que posibilite el libramiento del 100% de la misma, siempre que ello sea posible de acuerdo con lo establecido en la Ley de Presupuestos para el ejercicio 2011. En este último supuesto, habrá de plazo hasta el 15 de enero de 2012 para presentar el resto de la documentación justificativa.
- 5. La justificación se presentará, cuando se trate de entidades locales, utilizando el modelo que figura como anexo VII, y cuando se trate de Entidades sin fin de lucro, utilizando los modelos que figuran como anexos VIII y IX.

6. La rendición de la cuenta justificativa o relación de gastos efectuados constituye un acto obligatorio del beneficiario en la que se deben incluir, bajo responsabilidad del declarante, los justificantes de gasto o cualquier otro documento con validez jurídica que permitan acreditar el cumplimiento del objeto de la subvención pública, así como la acreditación del pago.

- 7. Las subvenciones para gastos corrientes se justificarán de la siguiente manera:
 - a) En el caso de que el beneficiario sea una entidad local, la justificación del gasto correspondiente a los centros, servicios y programas de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos se realizará a través de un certificado de justificación de obligación reconocida del interventor de la entidad local y de una memoria financiera de ejecución del gasto total destinado a drogodependencias por la entidad. Cuando el recurso financiado fuera una Unidad de Prevención Comunitaria, la certificación solicitada deberá acreditar lo dispuesto en la base tercera.
 - b) En el caso de que el beneficiario sea una entidad sin fin de lucro, se observarán las siguientes reglas:
 - Deberán presentarse documentos acreditativos del gasto correspondiente a las nóminas de trabajadores, debidamente firmadas por éstos, y los documentos acreditativos del pago a la Seguridad Social de las cuotas relativas a las cotizaciones de los trabajadores.
 - Si hubieran gastos derivados del pago de asistencias o servicios de profesionales, deberán aportarse las correspondientes facturas emitidas por dichos profesionales donde consten los datos del perceptor, su NIF, el concepto por el que se le retribuye y la retención correspondiente al IRPF, así como los datos de la entidad, más los impuestos que correspondan.
 - Cuando se trate de justificar gastos efectuados por aquellos conceptos no derivados de gastos de personal, se realizarán mediante justificantes o facturas emitidas de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, y en concreto en el Real Decreto 1496/2003, de 28 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento regulador de las obligaciones de facturación.
 - Las facturas o justificantes presentados deberán ser originales, que podrán ser devueltos a las entidades, previa solicitud de desglose por parte de estas, cuando finalice el ejercicio, o cuando sean necesarias para el cumplimiento de una obligación, a excepción de los boletines de declaración de cotización a la Seguridad Social y las declaraciones de IRPF que procedan (impresos 110 y 190), en

cuyo caso se presentarán fotocopias debidamente compulsadas. En el momento de la comprobación de la justificación se solicitará a la entidad que presente los correspondientes originales para invalidarlos en la cantidad imputada a la subvención, todos ellos correspondientes al ejercicio de 2011.

- 8. Las subvenciones correspondientes a gastos de inversión se justificarán de la siguiente manera:
 - a) En el caso de subvenciones destinadas a la adquisición de material inventariable y/o equipamiento, se remitirán las facturas originales correspondientes, expedidas por la empresa proveedora.
 - Las entidades locales podrán sustituir la citada documentación por certificado expedido por el interventor local en el que consten las cantidades asignadas al objeto de la subvención, con detalle expreso de los diferentes conceptos subvencionados, unidades e importes parciales.
 - Dichas cantidades deberán encontrarse, al menos, en situación de obligaciones reconocidas, y así deberá hacerse constar en el certificado.
 - b) En el caso de subvenciones destinadas a la realización de obras de conservación, reparación, reconstrucción, acondicionamiento y/o reforma, los pagos se efectuarán contra certificación de obra expedida por técnico competente y de conformidad con el proyecto presentado.
 - En las obras de menor cuantía y que por sus características no exijan la previa redacción de proyecto técnico, bastará con aportar factura original.
 - Las entidades locales podrán sustituir la citada documentación por el certificado al que se refiere el apartado a) anterior.
- 9. En todo caso, los beneficiarios de subvenciones deberán presentar una memoria final de las actividades realizadas en soporte informático y, cuando así se requiera por la Dirección General de Drogodependencias, en papel, hasta el 31 de enero de 2012. La no presentación de la citada memoria será motivo de reintegro de la subvención concedida.

Decimosexta. Concurrencia de subvenciones

El importe de las subvenciones reguladas en la presente orden en ningún caso podrá ser de tal cuantía que, aisladamente, o en concurrencia con subvenciones o ayudas de otras Administraciones Públicas, o de otros entes públicos o privados, superen el coste de la actividad a desarrollar por el beneficiario.

Decimoséptima. Pérdida o minoración de la ayuda

- 1. Toda alteración de las condiciones y requisitos tenidos en cuenta para la concesión de la ayuda y, en todo caso, la obtención concurrente de subvenciones o ayudas otorgadas por otras Administraciones Públicas o entes públicos o privados, podrá dar lugar a la modificación de la resolución de concesión y, en su caso, a la pérdida del derecho al cobro total o parcial de la subvención.
- 2. La falta de justificación o la justificación insuficiente de la ayuda concedida dentro del plazo establecido al efecto, así como la concurrencia de otras causas recogidas por el artículo 37 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones y en los artículos 33 y 34 del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba elReglamento de la Ley General de Subvenciones, dará lugar a la pérdida del derecho al cobro total o parcial de la subvención, sin perjuicio de la celebración, en su caso del trámite de audiencia legalmente establecido.
- 3. Se podrá prescindir del trámite de audiencia cuando no figuren en el procedimiento ni sean tenidos en cuenta en la resolución otros hechos ni otras alegaciones o pruebas que las presentadas por el interesado.

Decimoctava. Reintegro de las subvenciones

- 1. En los supuestos previstos en el artículo 37 de la Ley 38/2003 General de Subvenciones, la entidad beneficiaria de la subvención deberá reintegrar la cantidad recibida y abonar el interés de demora desde el momento del pago de la subvención.
- 2. De acuerdo con el artículo 14.2 de la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana, el interés de demora resultará de la aplicación, para cada año o periodo de los que integren el periodo de cálculo, del interés legal fijado en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para dichos ejercicios.

Decimonovena. Régimen de infracciones y sanciones

El régimen sancionador en la materia regulada en la presente orden será el establecido en el título IV de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, sin perjuicio de lo previsto con carácter básico en el Título IX de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

ORDEN SCO/2054/2006, DE 15 DE JUNIO, POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS BASES REGULADORAS DE LAS CONVOCATORIAS PARA LA CONCESIÓN DE AYUDAS ECONÓMICAS A CORPORACIONES LOCALES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODE-PENDENCIAS, CON CARGO AL FONDO DE BIENES DECOMISADOS POR TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS Y OTROS DELITOS RELACIONADOS.²⁵

La Ley 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de Bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, se nutre de los bienes, efectos e instrumentos que son objeto de comiso en aplicación de los artículos 374 del Código Penal y 5 de la Ley Orgánica 12/1995, de 12 de diciembre, de Represión del contrabando, así como de los decomisados como consecuencia accesoria del delito tipificado en el artículo301.1 ,párrafosegundo,delCódigoPenalyqueporsentencia firme se adjudican definitivamente al Estado, y del producto obtenido por aplicación de las sanciones y del comiso previstos en la Ley 3/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas, o en cualesquiera otras disposiciones normativas relacionadas con la represión del narcotráfico.

La Mesa de Coordinación de Adjudicaciones, que gestiona este Fondo, está adscrita a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y, por tanto, al Ministerio de Sanidad y Consumo, según el Real Decreto 1555/2004, de 25 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica de este Departamento.

Dadoque, por un lado, la Ley 17/2003, de 29 de mayo, prevécomo destinatarios y beneficiarios de estos fondos, entre otros, a Corporaciones Locales, deacuerdo con las previsiones de los respectivos Planes Regionales o Autonómicos sobre Drogo dependencias, y que anualmente se aprueban por la Mesa de Coordinación de Adjudicaciones fondos destinados a estos fines, se ha considerado oportuno establecer las bases por las que se han de regir las convocatorias de ayudas para la financiación de programas de prevención de las drogo dependencias.

La cuantía de los créditos que suelen estar disponibles ha aconsejado concentrar los esfuerzos en el desarrollo exclusivo de programas de prevención, y no de asistencia y reinserción de drogodependientes, así como limitar los beneficiarios a los municipios de las capitales de provincia o de comunidad autónoma, y a los cabildos y consejos insulares u otros municipios determinados en cada convocatoria en función de las disponibilidades presupuestarias, siempre que cuenten con planes de drogas, dado que las actuaciones allí desarrolladas tendrán un mayor impacto y servirán para incitar la adopción de actuaciones similares en otros municipios; todo ello sin desconocer el esfuerzo que vienen realizando otros muchos ayuntamientos en la lucha contra las drogodependencias.

En la tramitación de esta disposición han emitido informe preceptivo la Abogacía del Estado y la Intervención Delegada del Departamento. Esta orden se dicta de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

En su virtud, con la aprobación previa del Ministro de Administraciones Públicas, dispongo:

Artículo 1. Objeto.

1. Mediante esta orden se establecen las bases reguladoras para las convocatorias de ayudas económicas a Corporaciones Locales españolas que cumplan los requisitos señalados en el artículo 2, con el objetivo de fomentar la realización de actividades saludables alternativas al consumo de sustancias tóxicas en el tiempo de ocio juvenil.

2.Las ayudas se concederán en régimen de concurrencia competitiva y de acuerdo con los principios de publicidad, transparencia, objetividad, igualdad y no discriminación, eficacia y eficiencia en la asignación de recursos públicos, para la realización de programas que estén en consonancia con los Planes de Acción plurianuales sobre drogodependencias de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

3.El importe de las ayudas se determinará en función del coste del programa objeto de la solicitud, el número de solicitudes, la valoración obtenida en base a los criterios a los que se refiere el artículo 6 de la orden y del crédito disponible para estas ayudas. En todo caso, la financiación del programa no podrá superar el 70 por ciento del coste real del mismo.

4.Los programas subvencionados habrán de desarrollarse en el plazo máximo de 15 meses posteriores a la resolución de cada convocatoria. El plazo concreto se determinará en cada una de ellas.

5.Estas ayudas se regirán por la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, por la Ley 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de bienes de comisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, por esta orden y por las restantes normas de Derecho Administrativo y, en su defecto, por las del Derecho privado.

Artículo 2. Solicitantes.

Lasayudaseconómicascuyootorgamientoseregulaenestaorden podrán ser solicitadas por aquellas corporaciones locales que reúnan los siguientes requisitos:

- a) Ser capitales de provincia o de comunidad autónoma o tratarse de cabildos o consejos insulares o aquellos otros tipos de municipios que se determinen en cada convocatoria en función de las disponibilidades presupuestarias.
- b) Tener elaborado un plan de drogas en su ámbito territorial.

Artículo 3. Presentación de las solicitudes.

- 1. El plazo de presentación de solicitudes será de un mes contado a partir del día siguiente a la fecha de publicación de cada convocatoria en el «Boletín Oficial del Estado».
- 2. La documentación, por duplicado, se dirigirá a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y podrá presentarse, en la forma que determine cada convocatoria, en los registros u oficinas previstos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por laLey 4/1999, de 13 de enero. A estos efectos no será válido el registro de la propia entidad solicitante.
- 3. Si alguna de las solicitudes no acompaña algún documento de los exigidos en el artículo 4 de esta orden, u omite alguno de los datos previstos en el artículo 70.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, se requerirá a la Corporación que la hubiera formulado para que, en el plazo máximo de diez días, subsane las deficiencias u omisiones advertidas, con apercibimiento de que, si así no lo hiciese, se entenderá por desistida de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 42 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Artículo 4. Documentación exigida.

Para formular la solicitud de las ayudas económicas reguladas en esta orden deberá aportarse, por duplicado, la documentación que cada convocatoria determine.

Artículo 5. Programas a financiar.

- 1. Las ayudas, cuyo otorgamiento se regula en esta orden, están especialmente dirigidas a desarrollar actividades con menores y jóvenes y podrán ser solicitadas para financiar programas de promoción de alternativas de ocupación del ocio, fundamentalmente en fines de semana o periodos vacacionales, que ofrezcan oportunidades para participar en actividadeslúdicas, deportivas, culturales y sociales, y que se dirijan a evitar, reducir o sustituir la implicación de los jóvenes en actividades relacionadas con el consumo de drogas. Estos programas deben incluir actividades saludables y, por lo tanto, libres de drogas, que han de ser adecuadas al desarrollo evolutivo, intereses y expectativas de los destinatarios y concebidas dentro de las políticas globales de prevención del municipio.
- 2. Dadas las características de los programas a financiar, cada Corporación Local podrá presentar un solo programa.

3.Los programas deberán responder a los siguientes requisitos mínimos:

- a) Estarán dirigidos prioritariamente a menores de edad y jóvenes hasta 30 años de edad, favoreciendo actitudes de igualdad de género.
- b) Se desarrollarán a lo largo de tres meses consecutivos o,en el caso de periodos vacacionales, durante 20 días seguidos, con una duración mínima de 108 horas de actividad en el primer caso o 60 horas en el segundo.
- c) Los horarios de las actividades serán adecuados a las características de los destinatarios.
- d) Estarán incluidos en planes o programas más amplios de prevención de las drogodependencias, llevándose a cabo en colaboración con los responsables de la política de drogas del municipio solicitante.
- e) Deberán contemplar la planificación de un procedimiento de evaluación de resultados como uno de sus objetivos centrales.
- f) Se garantizará la utilización de espacios comunitarios de tipo deportivo, cultural o lúdico, como polideportivos, centros culturales y juveniles, etc.
- g) Contemplarán procedimientos para garantizar la seguridad de los usuarios durante el desarrollo de las actividades.
- h) Garantizarán la no disponibilidad ni la promoción de alcohol u otras drogas.
- i) La Corporación Local deberá cofinanciar el programa con, al menos, el 30 por ciento del coste final del mismo. No serán considerados costes del programa los gastos de personal fijo municipal, funcionario o laboral, ni los de mantenimiento habitual de los locales utilizados.

Artículo 6. Criterios de valoración.

Para valorar los programas presentados se precisará en cada convocatoria la puntuación máxima aplicable a los siguientes criterios, teniendo en cuenta los límites que se indican para cada uno de ellos:

- a) La calidad técnica del programa, valorándose el grado de adecuación y coherencia de los objetivos, destinatarios, actividades ,recursos humanos y materiales, gestión y evaluación. Asimismo se valorará la calidad formal del programa en cuanto a la claridad en la presentación, ajuste al formato establecido en los anexos correspondientes de cada convocatoria y cumplimentación de todos los puntos recogidos en los mismos: límite máximo de 40 puntos.
- b) La colaboración con las unidades responsables de drogodependencias, juventud y otras implicadas en el ocio de los jóvenes, así como el grado de utilización de espacios públicos: límite máximo de 10 puntos.
- c) El impacto social que pueda tener el programa, así como la planificación de una evaluación de procedimientos y resultados: límite máximo de 10 puntos.
- d) La inclusión de actividades concretas de información sobre los riesgos de consumir drogas y de formación en aspectos de la personalidad y de valores que refuercen una actitud en los participantes de rechazo al consumo de drogas: límite máximo de 20 puntos.
- e) El que las actividades estén dirigidas preferentemente a las prioridades que se definan, en su caso, en cada convocatoria: límite máximo de 20 puntos.

En todo caso la suma de las puntuaciones máximas establecidas en cada criterio será de 100 puntos en cada convocatoria.

Artículo 7. Tramitación y resolución.

- 1. La Subdirección General de Gestión de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas asumirá la tramitación administrativa de los expedientes.
- 2. La valoración de las solicitudes presentadas la realizará una Comisión de Valoración nombrada por la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, compuesta, por:
 - a) Presidente: el Subdirector General de Información, Estudios y Coordinación de Programas de Prevención, Asistencia y Reinserción.
 - b)Secretario: un funcionario de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - c) Vocales: tres técnicos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, uno de ellos perteneciente a la Subdirección General de Gestión.

La Comisión de Valoración se ajustará, en cuanto a su funcionamiento, a lo previsto en el capítulo II del título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

3. El Subdirector General de Información, Estudios y Coordinación de Programas de Prevención, Asistencia y Reinserción, como órgano instructor del procedimiento, a la vista de la valoración de los proyectos, presentará la propuesta de resolución de la convocatoria en el plazo de dos meses desde la terminación del plazo de presentación de solicitudes a la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que elevará la propuesta de resolución a la Ministra de Sanidad y Consumo, quien adoptará la resolución motivada que corresponda en el plazo de 30 días desde la presentación de la propuesta de resolución.

Se entenderán desestimadas aquellas solicitudes que no hubiesen sido expresamente resueltas y notificadas en plazo, sin perjuicio de la obligación de la Administración de dictar resolución expresa en la forma prevista en el artículo 43.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre

4. El órgano instructor ejercerá cuantas actividades decontrol y verificación de los datos aportados por las entidades solicitantes crea oportuno realizar. A fin de facilitar la mejor evaluación, podrá requerir a las entidades solicitantes la aclaración o la ampliación de la información contenida en los proyectos.

La comprobación de la existencia de datos no ajustados a la realidad, tanto en la solicitud como en el resto de la documentación que se hubiese presentado, podrá comportar, en función de su importancia, la denegación de la ayuda solicitada, sin perjuicio de las restantes responsabilidades que pudieran derivarse.

- 5. El importe de las subvenciones concedidas en ningún caso podrá ser de tal cuantía que, aisladamente o en concurrencia con subvenciones o ayudas de otros entes públicos o privados, nacionales o internacionales, superen el coste de la actividad a desarrollar por la Corporación beneficiaria de la subvención. Ésta quedará obligada a comunicar a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas la percepción de cualquier otra subvención recibida para el programa subvencionado en el momento en que se produzca.
- 6. Las subvenciones concedidas se publicarán en el tablón de anuncios de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, publicándose asimismo extracto de la correspondiente resolución en la página web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y en el «Boletín Oficial del Estado».
- 7. La resolución de la convocatoria será notificada a cada una de las entidades solicitantes en el domicilio o en la dirección de correo electrónico que cada una de ellas señale en su solicitud, en el plazo de 30 días desde su firma.

8. Contra esta resolución, que pone fin a la vía administrativa, se podrá interponer recurso potestativo de reposición en el plazo de un mes desde la recepción de la notificación, o recurso contencioso-administrativo, en el plazo de dos meses, en la forma determinada en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Artículo 8. Abono de las ayudas económicas otorgadas.

- 1. El abono de la subvención concedida se realizará en un solo pago, previa presentación por la Corporación Local de:
 - a) Certificación de previsión de gastos a que dará lugar el programa, de acuerdo con las cantidades subvencionadas a cada programa. Esta previsión de gastos, que estará desglosada por conceptos, deberá ser aprobada por el Subdirector General de Información, Estudios y Coordinación de Programas de Prevención, Asistencia y Reinserción.
 - b) Acreditación, en la forma establecida en el artículo 13.7 de la Ley General de Subvenciones, de que la entidad se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias y de Seguridad Social.
- 2. La financiación de la ssubvenciones mencionadas se efectuará con el crédito afectado a estos fines en los Presupuestos Generales del Estado en el programa «Plan Nacional sobre Drogas», concepto 462, incrementado con fondos provenientes de los bienes de comisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, según la Ley 17/2003.

El pago tendrá carácter anticipado y, dada la naturaleza de las entidades beneficiarias, el certificado a que se refiere el apartado 1. a) se constituye como mecanismo de garantía a que se refiere el artículo 34 de la Ley 38/2003 General de Subvenciones.

Artículo 9. Realización de actividades subvencionadas.

- 1. La Corporación Local beneficiaria queda obligada a realizar el programa objeto de la subvención, según regula el artículo 14 de la Ley General de Subvenciones.
- 2. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realizará el seguimiento de la realización de los programas subvencionados. A este efecto, las Corporaciones subvencionadas deberán comunicar periódicamente el grado de cumplimiento del proyecto, de acuerdo con el calendario e instrucciones de seguimiento dictadas a estos efectos por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- 3. Las Corporaciones beneficiarias harán constar expresamente y de forma visible en cualquiera de los medios y materiales (folletos, trípticos, páginas web, etc.) que utilicen para la difusión de las actividades subvencionadas, que las mismas se realizan con la financiación

de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con la utilización del siguiente modelo:

Financiado por:



Este modelo de logotipo seutilizará siempre, en las ampliaciones y reducciones, guardando las proporciones del modelo y debiéndose colocar en el lugar preferencial del soporte a difundir, con la misma categoría que el logotipo de la entidad subvencionada.

4. La entidad beneficiaria estará sometida a las actuaciones de comprobación a efectuar por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y a las de control financiero que corresponden a la Intervención General de la Administración del Estado, debiendo igualmente la entidad beneficiaria facilitar cuanta información le sea requerida por el Tribunal de Cuentas, en relación con las ayudas concedidas, como dispone el artículo 8 del Reglamento de Procedimiento para la Concesión de Subvenciones Públicas.

Artículo 10. Justificación de la subvención.

1. La Corporación beneficiaria deberá presentar, en la fecha y forma señalada en cada convocatoria, un informe final por duplicado sobre el desarrollo y cumplimiento del programa objeto de subvención, en el que se detallen los resultados obtenidos como consecuenciade la ejecución del programa, en relación con todos y cada uno de los puntos descritos en el mismo.

Se acompañarán dos ejemplares de todos los materiales producidos por o para el programa subvencionado.

2. Justificación económica. En la misma fecha, la Corporación beneficiaria presentará ante la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas las facturas de los gastos habidos en el desarrollo del programa en la parte correspondiente a la subvención concedida y certificación del Interventor Delegado en la Corporación haciendo constar la financiación final con que ha contado el programa subvencionado, el detalle de los gastos efectuados en su desarrollo y sobre si se han recibido o no otras subvenciones, públicas o privadas, para el mismo programa.

MANUAL PARA EL DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PLANES MUNICIPALES SOBRE

DROGODEPENDENCIAS

En la medida que lo permita, en su momento, la normativa de desarrollo reglamentario de la Ley General de Subvenciones, podrá suprimirse en las convocatorias de las ayudas la exigencia de presentación de facturas de los gastos realizados.

3. Dado que la subvención no puede superar el 70 por ciento del coste del programa, si el gasto efectivamente realizado fuese inferior al previsto, la subvención se reducirá en la cantidad correspondiente hasta alcanzar dicho porcentaje, por lo que, en su caso, se reintegrará la diferencia al Tesoro Público.

Artículo 11. Modificación o revocación de la subvención.

- 1. Toda alteración de las condiciones tenidas en cuenta para la concesión de la subvención y, en todo caso, la obtención para los mismos programas de subvenciones o ayudas otorgadas por otras administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales, que dé lugar a un exceso de financiación, deberá ser comunicada a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y podrá dar lugar a la modificación de la concesión, por la cuantía excedida, o a la revocación total de la subvención, en su caso.
- 2. Será causa también de revocación de la subvención el hecho de que el plan de drogodependencias aprobado por la corporación local hubiese sido anulado judicialmente por contravenir lo dispuesto en su correspondiente Plan Regional o Autonómico de drogodependencias.
- 3. La entidad beneficiaria quedará sujeta al régimen de infracciones y sanciones previsto en el título IV de la Ley General de Subvenciones. El incumplimiento del deber de justificación dará lugar a la iniciación del procedimiento de reintegro por el total de la subvención concedida con la exigencia de intereses de demora desde el momento del pago, según prevé la normativa.

Disposición final única. Entrada en vigor.

La presente orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 15 de junio de 2006.

La Ministra de Sanidad y Consumo Elena Salgado Méndez





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvira F. Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: *Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid*; 1999.

Araujo M, Guigou G, PérezGálvez B et al. Criteriosbásicos de intervención en los programas de prevención. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Ministerio del Interior*; 1996.

Bradshaw J. A taxonomy of social need. En:Mclachlan G. Problems and progress in medical care: essays on current research. Volume 7th series. Oxford: *Nuffield Provincial Hospital Trust;* 1972.

Bryson JN. Strategic planning for public and nonprofit organizations: a guide to strengthening and sustaining organizational achievement. *San Francisco: Josey-Bass; 1988.*

Carroll JS, Perkowitz WT, Lurigio AJ et al. Sentencing goals, causal attributions, ideology, and personality. J PersSocPsychol. 1987; 52: 107-18.

Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry. Responsibility and choice in addiction. Psychiatr Serv. 2002; 53: 707–13.

Conselleria de Sanidad (Generalitat Valenciana). Evolución del consumo de sustancias en la Comunidad Valenciana (1996-2008). Disponible en: http://www.san.gva.es/docs/drogodependencia/EncuestaDomiciliariaDrogas_CV-1996-2008.pdf *Acceso el 4 de noviembre de 2011*.

Corrigan PW, Watson AC. Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. Psychiatr Serv. 2003 Apr; 54(4):501-7.

Chías J. Marketing público: Por un Gobierno y una Administración al servicio del público. *Madrid: McGraw-Hill, Serie Manage*ment; 1995.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Actuar es posible: la prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. *Madrid: Ministerio del Interior, 1996.*

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES)-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. Disponible en: http://www.pnsd.mspsi.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf *Acceso el 4 de noviembre de 2011*.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: http://www.mspsi.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/presentacionEdades200910.ppt *Acceso el 4 de noviembre de 2011*.

Etzioni A. A comparative analysis of complex organizations: on power, involvement, and their correlates. *New York: Free Press; 1975.*

Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas. *Bilbao: Edex; 2001*.

Gershuny J. Policy making rationality: A reformulation. PolicySciences, 1978; 9(3): 295-316.

Institute of Medicine. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. *Washington, DC: National Academy Press; 1994.*

Kumpfer KL, Pinyuchon M, Teixeira de Melo A, Whiteside HO. Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. Eval Health Prof. 2008; 31(2): 226-39.

López González E. Técnicas de control de ejecución en la dirección estratégica de la Administración Pública. *Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas; 1988.*

MacCrimmon KR, Taylor RN. Decision-making and problem-solving. En: Dunnette MD (Ed.): Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: *Rand McNally College Publishing*; 1976.

Marsden J, Ogborne A, Farrell M, Rush B. International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. *Geneve: World-HealthOrganization; 2000.*

Moore MH. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. *Barcelona: Ed. Paidós lbérica, 1998.*

National Instituteon Drug Abuse. Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en las investigaciones. Disponible en: http://www.nida.nih.gov/PODAT_sp/PODATIndex.html Último acceso el día 29 de octubre de 2011.

National Institute on Drug Abuse. Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes. Disponible en: http://www.nida.nih.gov/Prevention/Spanish/index.html *Último acceso el día 29 de octubre de 2011*.

National Institute on Drug Abuse. Las Drogas, El Cerebro y El Comportamiento: La Ciencia De La Adicción. Disponible en: http://www.nida.nih.gov/scienceofaddictionSP/ Último acceso el día 29 de octubre de 2011.

National Institute on Drug Addiction. Lessons from Prevention Research. Bethesda: *National Institute on Drug Addiction, 2011.*

Nioche JP. De l'évaluation à l'analyse des politiques publiques, RevueFrançaise de Science-Politique, 1982; 32(1): 32.61.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Addiction neurobiology: Ethical and social implications. *Luxembourg: Office for Official Publications of theEuropean Communities; 2009.*

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2010. *Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea, 2010*.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2011. Luxemburgo: *Oficina de publicaciones de la Unión Europea, 2011*.

Orte C, March M, Ballester L, Touza C. Results of a family competence program adapted for Spanish drug abusing parents (2005-2006). *Pósterpresentado al 15th Annual Conference of the Society for Prevention Research, Washington, DC.; 2007.*

Pérez Gálvez B. Factores de inicio y mantenimiento del consumo de cánnabis entre adolescentes: su relación con la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y las expectativas de resultados. *Alicante: Diputación Provincial de Alicante; 2010.*

Pérez Gálvez B. Consumo de alcohol y factores asociados entre los adolescentes de la provincia de Alicante. *Alicante: Diputación Provincial de Alicante; 2011 (En prensa)*.

Secretaría de Coordinación en Prevención y Asistencia de las Adicciones (SEPADIC). Hacia una Plan Municipal sobre Adicciones. Córdoba (Argentina): *Gobierno de la Provincia de Córdoba; 2010.*

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption.II. *Addiction*, 1993; 88: 791-804.

Skitka LJ, Tetlock PE. Allocating scarce resources: a contingency model of distributive justice. *J ExpSoc Psychol.* 1992; 28: 491-522.

Skitka LJ, Tetlock PE.Providing public assistance: cognitive and motivational processes underlying liberal and conservative policy preferences. *J PersSoc Psychol.* 1993; 65: 1205-23.

Tetlock PE. A value pluralism model of ideological reasoning. J *PersSoc Psychol. 1986; 50: 819-27.*

Tetlock PE, Skitka L, Boettger R. Social and cognitive strategies for coping with accountability: conformity, complexity, and bolstering. *J PersSoc Psychol.* 1989; 57: 632-40.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2011. *Vienna: UnitedNationsPublication, 2011.*

VedungE. Evaluación de políticas públicas y programas. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales – *Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1997*.

Wildavsky A. The art and craft of policy analysis. Londres: MacMillanPress Ltd.; 1980.

Wolton D. Le communication politique: construction d'un modele. Hermes, 1989; 4: 28-42.