

EVALUACIÓN DEL III PLAN CANARIO SOBRE DROGAS

Servicio de Atención a las Drogodependencias



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

Equipo Técnico:
Dirección y coordinación del proyecto: Dr. Josué Gutiérrez-Barroso
Apoyo técnico: Javier Ruiz Medina.



ÍNDICE

1	Presentación del Director General	4
2	Introducción	5
3	Marco legal- competencial y planificación en el ámbito de prevención en Canarias	8
3.1	Marco normativo.....	8
3.2	Marco competencial	16
3.3	Mapa sobre situación de los planes municipales e insulares sobre drogas en Canarias	21
3.3.1	Cabildos con planes insulares sobre drogodependencias.....	21
3.3.2	Municipios con planes sobre drogodependencias municipales.....	21
3.3.2.1	Municipios con planes municipales por isla (detalle)	22
4	Metodología	28
5	Evaluación según ámbitos del plan	35
5.1	Áreas estructurales.....	35
5.1.1	Prevención y Sensibilización.....	35
5.1.1.1.1	Actuaciones del Gobierno de Canarias.....	35
5.1.1.1.2	Actuaciones de las entidades locales	49
5.1.1.1.2.1	Evaluación cuantitativa de las acciones en el ámbito de la prevención de las entidades locales.....	49
5.1.1.1.2.2	Evaluación cuantitativa de la situación de las entidades en el ámbito de la prevención 68	
5.1.1.1.2.3	Evaluación cualitativa de la situación de las entidades locales en el ámbito de la prevención 81	
5.1.2	Tratamiento-Integración	94
5.1.2.1	Evaluación cuantitativa de la evolución de los/as usuarios/as 2014-2016.....	94
5.1.2.2	Evaluación cuantitativa de la situación de las entidades en el ámbito del tratamiento-integración.....	116
5.1.2.3	Evaluación cualitativa de la situación de las entidades en el ámbito del tratamiento-integración.2014-2016	126
5.2	Áreas de apoyo.....	140



5.2.1	Formación.....	140
5.2.2	Investigación-Evaluación.....	145
5.2.3	Coordinación - Participación	147
5.2.4	Reducción de la oferta.....	149
6	Conclusiones generales	151
7	Recomendaciones de actuaciones futuras	154
8.1	Listado de memorias entregado por la D.G.A.D	156
8.2	Tabla de referencias de gráficos	157



1 Presentación del Director General

El presente documento, siguiendo las directrices de la ley, realizó la evaluación del III Plan Canario sobre Drogas, aprobado en el B.O.C nº 116 de 14 de junio de 2011, cuya vigencia estaba planificada de 2010 a 2017.

En la ejecución del III Plan Canario sobre Drogas ha tenido mucha influencia, la situación de crisis económica y reestructuración del gasto, la extinción de la Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (FUNCAPID) por razones de austeridad en la gestión pública (publicado en el Boletín Oficial del Parlamento de Canarias núm. 225, de 5/7/12), la desaparición de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias y la incorporación de sus competencias a la Dirección General de Salud Pública (Decreto 2/2013, de 10 de enero, y en sus disposiciones adicional primera, letra j y final cuarta).

Los retos que se plantearon el III Plan Canario sobre Drogas y que por las razones citadas y por otros condicionantes que la evaluación ha dejado al descubierto, no se llegaron a cumplir se tomaran como punto de partida en la elaboración del IV Plan Canario sobre Adicciones.

Por ello, optimizar los recursos y mejorar la gestión y organización de los mismos, generar niveles de coordinación más eficaces, entre entidades y administraciones públicas y privadas, garantizar la continuidad de los programas en especial en ámbito local, disminuir las diferencias en la organización de la atención condicionada por las diferencias insulares, la fragmentación del territorio y las características de los usuarios y usuarias con una organización funcional y territorial diferente entre las islas, seguirá siendo un reto y un objetivo a alcanzar en el IV Plan Canario sobre Adicciones.

Canarias. Diciembre de 2018

José Juan Alemán Sánchez

Director General de Salud Pública.

2 Introducción

La Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias indica, en su artículo 24, que el Plan Canario sobre Drogodependencias se configura como el instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Además, dicho articulado también destaca que el III Plan Canario sobre Drogodependencias será vinculante para todas las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas, y de que deberá responder a la realidad actual del uso de drogas, entendiendo como tal una visión amplia que abarque todos los impactos que las drogas tienen en la sociedad canaria.

En este documento se procederá a realizar la evaluación del III Plan Canario sobre Drogas, cuya vigencia estaba planificada de 2010 a 2017. Dicho Plan fue aprobado en el B.O.C nº 116 de 14 de junio de 2011.

El III Plan Canario sobre Drogodependencias consolida unos criterios generales de actuación en el ámbito de las drogodependencias siendo los principales la universalidad; la igualdad, la equidad; la integralidad; la participación social; la coordinación, la cooperación, planificación y descentralización.

Busca en el desarrollo la aplicación de la racionalidad en la ejecución de los proyectos que sean innovadores en la lucha contra las adicciones con eficacia y eficiencia aplicando un enfoque de género de manera transversal. Estos criterios son la base de todas las actuaciones en el ámbito de atención a las drogodependencias.

La estructura del III Plan Canario sobre Drogodependencias se basa en el establecimiento de dos grandes grupos:

- ▶ **Áreas estructurales:** encontramos el área de prevención y sensibilización, por un lado, y la de tratamiento e integración social por otro lado.



- ▶ Áreas de apoyo, éstas son la formación, investigación-evaluación, coordinación-participación y reducción de la oferta. Cabe destacar que esta división en áreas estructurales y de apoyo fueron una gran novedad respecto a planes anteriores, pues indirectamente otorgaba un mayor peso a unas áreas (prevención, sensibilización y tratamiento e integración) por encima de otras.

Dado que la vigencia del III Plan Canario sobre Drogodependencias fue planificada para ser muy extensa, la evaluación que se presenta pretende analizar sólo el periodo 2013-2017, ya que anteriormente se hizo un corte evaluativo 2010-2012.

Sin duda, además de ser un periodo de vigencia largo (7 años), este Plan ha estado en un momento histórico marcado por una gran crisis económica y social, lo cual sin duda ha influido en los grandes retos que ha tenido que afrontar la implantación y ejecución del mismo.

Esta situación de crisis, unido a cambios importantes en cuanto a la prevención de drogas como la extinción de la Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (FUNCAPID) por razones de austeridad en la gestión pública (publicado en el Boletín Oficial del Parlamento de Canarias núm. 225, de 5/7/12) y la desaparición de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias y la incorporación de sus competencias a la Dirección General de Salud Pública (Decreto 2/2013, de 10 de enero, y en sus disposiciones adicional primera, letra j) y final cuarta).; hace que la ejecución de este III Plan Canario sobre Drogodependencias ha tenido que hacer frente a retos que no fueron previstos durante el periodo de su diseño.

Los factores citados en el párrafo anterior como los cambios socioeconómicos y la evolución del mundo de las adicciones han afectado a la realización de esta evaluación, en el sentido de que los indicadores para el seguimiento y evaluación han tenido dificultades para adaptarse a la realización de acciones.

Sin embargo, durante el proceso de evaluación hemos podido realizar diversas técnicas de evaluación que permiten realizar una valoración de la atención a las



drogodependencias en todos sus ámbitos, así como a establecer las dificultades y potencialidades a tener en cuenta para la planificación futura del ámbito de las drogodependencias y otras adicciones.

Este documento sobre el III Plan Canario sobre Drogodependencias se estructura en cuatro partes bien diferenciadas.

- > Un marco legal y competencial en el ámbito de drogodependencias en Canarias, mostrando también la situación en lo referido a la planificación de los Ayuntamientos y Cabildos de Canarias
- > Posteriormente, se expone la metodología que se ha empleado respecto a la realización de la evaluación
- > Evaluación tanto las áreas estructurales como las áreas de apoyo.
- > Por último, se establecen una serie de conclusiones y recomendaciones que sin duda pueden ayudar a una mejor planificación de este ámbito en el futuro.



3 Marco legal- competencial y planificación en el ámbito de prevención en Canarias

En este apartado se mostrarán la normativa existente en materia de drogodependencias a nivel internacional, nacional y regional, así como las competencias recogidas en la **Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias** y el mapa de cumplimiento con la obligación de tener Plan de Cabildos y Ayuntamientos de Canarias.

3.1 Marco normativo

Ámbito internacional

- ▶ **La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948**, proclama en su artículo 25.1 que “ Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros caso de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.
- ▶ **La Carta Social Europea**, aprobada por el Consejo de Europa en 1961 y ratificada por España en 1980, dice en su artículo 11 que para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: eliminar, en lo posible las causas de una salud deficiente; establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; y prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras. En su artículo 14, se refiere al derecho de los beneficios sociales.



- ▶ El derecho positivo sobre drogas vigente en nuestro país además contiene abundantes normas internacionales, tratándose no sólo de aquellos textos de los tratados internacionales multilaterales y bilaterales suscritos por España que se encuentran en vigor, sino también, dada su especial importancia, la normativa emanada de las instituciones de la Unión Europea.

Ámbito Estatal

- ▶ **La Constitución de 1978**, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- ▶ En el artículo 9.2 establece que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integren sean reales y efectivas, superar los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y posibilitar la participación de todos los ciudadanos y ciudadanas en la vida política, económica, cultural y social. En definitiva, recae sobre los poderes públicos la responsabilidad de desarrollar una intervención social orientada a mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos y de las ciudadanas.
- ▶ El marco de referencia ha de ser necesariamente la **Resolución de 2 de febrero de 2009**, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el **Acuerdo de Consejo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (B.O.E nº38, de 13/02/2009)**.

Ámbito Autonómico

- ▶ **Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto**, del Estatuto de Autonomía de Canarias (B.O.J.C. nº17, de 28/09/1982), modificada por la Ley Orgánica 4/1996, de 30 de diciembre (B.O.C. nº6, de 13/01/1997). Según dispone el artículo 5.1. Los ciudadanos de Canarias son titulares de los derechos y deberes fundamentales establecidos en la Constitución. 2. Los poderes



públicos canarios, en el marco de sus competencias, asumen como principios rectores de su política: a) La promoción de las condiciones necesarias para el libre ejercicio de los derechos y libertades de los ciudadanos y la igualdad de los individuos y los grupos en que se integran. La Comunidad Autónoma de Canarias, de acuerdo con las normas del presente Estatuto, tiene competencias exclusivas en las siguientes materias (artículo 30): 13. Asistencia social y servicios sociales. 14. Instituciones públicas de protección y tutela de menores de conformidad con la legislación civil, penal y penitenciaria del Estado. 20. Deporte, ocio y esparcimiento. Espectáculos. 23. Estadística de interés de la Comunidad Autónoma. 25. Publicidad, sin perjuicio de las normas dictadas por el Estado para sectores y medios específicos. 31. Ordenación de establecimientos farmacéuticos. Corresponde a la Comunidad Autónoma de Canarias el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias (artículo 32): 1. Enseñanza, en toda la extensión, niveles, grados, modalidades y especialidades... 2. Prensa, radio, televisión y otros medios de comunicación social, ... 10. Sanidad e higiene. Coordinación hospitalaria en general. 18. Seguridad Social, excepto su régimen económico. A la Comunidad Autónoma le corresponde la competencia de ejecución en las siguientes materias (artículo 33): 3. Gestión de las prestaciones sanitarias y sociales del sistema de la Seguridad Social y de los servicios del Instituto Nacional de la Salud, Instituto Nacional de Servicios Sociales e Instituto Social de la Marina.

- ▶ **Ley orgánica 11/1982, de 10 de agosto**, de transferencias complementarias a Canarias (B.O.C.J. nº17, de 28/09/1982).
- ▶ **Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias** (B.O.C. nº96, de 05/08/1994). Entre otros esta Ley tiene por objeto el establecimiento y la ordenación del Sistema Canario de la Salud, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud (artículo 1.a).



- ▶ **Ley 9/1987, de 28 de abril**, de Servicios Sociales (B.O.C. nº56, de 04/05/1987). Para el logro de objetivo de esta Ley definido en su artículo 1, se crea un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública que tendrá, entre otras, las siguientes líneas de actuación: a) Promover y potenciar todas aquellas actividades, servicios y recursos que permitan una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, en condiciones de igualdad, así como el incremento y mantenimiento del bienestar social. b) Prevenir y eliminar las causas que conducen a la marginación. c) Atención y apoyo a las personas y grupos sociales, especialmente en casos de carencia y dependencia.
- ▶ **Ley 1/1997, de 7 de febrero**, de Atención Integral a los Menores (B.O.C nº23, de 17/02/97). El artículo 18. 1 de esta Ley, al regular las obligaciones de los centros y servicios sanitarios en relación con la detección de situaciones de riesgo y desamparo de los menores, menciona específicamente la posible existencia de drogodependencias.
- ▶ **Ley 1/1998, de 8 de enero**, de Régimen Jurídico de los Espectáculos Públicos y Actividades Clasificadas (B.O.C. de 14/01/1998). Establece normas y tipifica infracciones en relación con el acceso a los locales, venta, suministro o dispensación, de forma gratuita o no, a los menores de bebidas alcohólicas o tabaco, así como el desarrollo, permisión o tolerancia de espectáculos cuando se facilite o consienta el consumo de drogas tóxicas o estupefacientes, sin perjuicio de las responsabilidades penales que de ello pudieran derivarse.
- ▶ **Ley 4/1998, de 15 de mayo**, de Voluntariado de Canarias (B.O.C. nº63, de 25/05/1998). Entre las áreas de interés social que su artículo 6 relaciona, están las siguientes: b) Servicios sociales y sanitario. d) Inserción socio laboral de colectivos en situación de desventaja social.
- ▶ **Ley 9/1998, de 22 de julio**, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (B.O.C. nº94, de 28/07/1998). Es la norma de referencia en la materia en el ámbito de la Comunidad Autónoma y cuyo objetivo es la ordenación de todas las actuaciones y actividades de las



entidades públicas y privadas destinadas a la prevención de las drogodependencias y a la asistencia e integración social de las personas drogodependientes; la regulación de las competencias y funciones en esta materia de las Administraciones Públicas de Canarias, entidades privadas e instituciones; la configuración del Plan Canario sobre Drogas y la protección a terceras personas de los perjuicios que puedan ocasionarles el consumo de drogas.

- ▶ **Ley 7/2007, de 13 de abril**, Canaria de Juventud (B.O.C. nº78, de 19/04/2007). El Gobierno de Canarias promoverá entre los jóvenes hábitos de vida saludable y la prevención de los riesgos a los que están expuestos, a través de programas, proyectos o campañas. 2. Se atenderá, mediante un Programa de Salud Juvenil, las principales demandas, necesidades y problemáticas de los jóvenes en materia de salud pública. 5. Se promoverán campañas de sensibilización y programas orientados a la educación afectivo sexual y de prevención y atención psicosocial ante problemas relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, el consumo de drogas y los trastornos alimenticios (artículo 28).
- ▶ **Ley 1/2010, de 26 de febrero**, Canaria de Igualdad entre mujeres y hombres (B.O.C nº 45, de 5/03/2010). En su capítulo IV, dedicado a las Políticas de promoción y protección de la salud y de bienestar social, dispone que: 1) El sistema sanitario público de Canarias impulsará, en los ámbitos de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las medidas necesarias para atender a las diferentes necesidades de hombres y mujeres, adaptando las actividades a las características de cada sexo. 4) Asimismo, se establecerán medidas que garanticen la accesibilidad a los servicios sanitarios y prestaciones complementarias en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres, y de forma compatible con la conciliación de la vida familiar y laboral. 8) La Administración sanitaria incorporará en los planes y programas de formación especializada y continua de su personal una preparación específica en materia de perspectiva de género y la incidencia de los condicionantes de género sobre la salud de mujeres y hombres, con



especial atención al desarrollo de las capacidades para detectar y atender situaciones de violencia de género.

- ▶ **Decreto 118/1992, de 9 de julio**, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de Centros y Servicios Socio sanitarios de atención a drogodependientes (B.O.C. nº112, de 12/08/1992). Tipifica los centros y/o servicios en cinco categorías, regula los procedimientos para el otorgamiento de las autorizaciones previas y definitivas, así como la caducidad y revocación de las autorizaciones y el Registro de los Centros y Servicios Socio sanitarios de Atención a Drogodependientes.
- ▶ **Decreto 81/1998, de 28 de mayo**, por el que se crea y regula la Comisión Asesora sobre tabaquismo en Canarias (B.O.C. nº74, de 17/06/1998). La Dirección General de Atención a las Drogodependencias forma parte de esta Comisión.
- ▶ **Decreto 128/1998, de 6 de agosto**, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de las escuelas de educación infantil y de los colegios de educación primaria (B.O.C. nº106, de 21/08/1998). Establece que teniendo en cuenta los recursos y características propias de cada centro, el reglamento de régimen interior y normas de convivencia deberá concretar, entre otros, los siguientes aspectos: La prohibición expresa de la expedición de bebidas alcohólicas y tabaco en el centro y la determinación de las zonas de fumadores. También recoge que los proyectos curriculares de etapa concretarán y completarán, en su caso, el currículo oficial de la Comunidad Autónoma de Canarias e incluirán las directrices generales y las decisiones siguientes: m) Orientación para incorporar, a través de la distintas áreas, la educación moral y cívica, la educación para la paz, la igualdad de oportunidades entre los sexos, la educación ambiental, sexual, para la salud, la educación del consumidor y la vial, así como las enseñanzas de organización político institucional de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- ▶ **Decreto 129/1998, de 6 de agosto**, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de los Institutos de Educación Secundaria (B.O.C. nº107, de



24/08/1998). Dispone que teniendo en cuenta los recursos y características propias de cada centro, el reglamento de régimen interior deberá concretar, entre otros, los siguientes aspectos: 1) La prohibición expresa de la expedición de bebidas alcohólicas y tabaco en el centro y la determinación de las zonas de fumadores. Así como que los proyectos curriculares de etapa incluirán: 4. Orientaciones para incorporar, a través de las distintas áreas de la educación secundaria obligatoria, la educación moral y cívica, la educación para la paz, la educación para la igualdad de oportunidades entre los sexos, la educación ambiental, la educación sexual, la educación para la salud, la educación del consumidor y la educación vial.

- ▶ **Decreto 193/1998, de 22 de octubre**, por el que se aprueban los horarios de apertura y cierre de determinadas actividades y espectáculos públicos sometidos a la Ley 1/1998, de 8 de enero, de régimen Jurídico de los Espectáculos Públicos y Actividades Clasificadas (B.O.C. nº141, de 9/11/1998). Contempla los horarios del grupo de locales destinados sólo a menores o habilitados especialmente para ello, así como todos aquellos en los que está prohibida la expedición o venta de bebidas alcohólicas.
- ▶ **Decreto 93/1999, de 25 de mayo**, por el que se regula la creación de los centros de educación obligatoria de la Comunidad Autónoma de Canarias y se aprueba su Reglamento orgánico (B.O.C nº78, de 16/06/1999).
- ▶ **Decreto 40/2000, de 15 de marzo**, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los centros de atención a menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias (B.O.C nº44, de 10/04/2000). Los distintos tipos de centros regulados en el presente Reglamento (artículo 49), excepción hecha de los centros de día, proporcionarán, con carácter general, a los menores acogidos los servicios siguientes: - Atención psicológica, social, educativa y sanitaria. - Protección de la salud.
- ▶ **Decreto 32/2003, de 10 de marzo**, por el que se regula la inserción socio laboral en empresas de inserción (B.O.C. nº57, de 24/03/2003). Su artículo 11, al referirse a las personas en riesgo de exclusión social, contempla el supuesto de desempleo de larga duración que concorra con la circunstancia



de haber superado, a juicio del equipo terapéutico correspondiente, las fases de desintoxicación y deshabituación de toxicomanías (b).

- ▶ **Decreto 5/2005, de 25 de enero**, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad (B.O.C. nº24, de 04/02/2005). Regula la estructura orgánica de la Consejería y las funciones en materia de atención a las drogodependencias de sus órganos superiores, además de órganos colegiados como la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias o la Comisión de acreditación, evaluación y control de centros o servicios sanitarios en los que se realicen tratamientos con opiáceos.
- ▶ **Orden de 13 de agosto de 1992**, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se desarrolla el Decreto 118/1992, de 9 de julio, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de Centros y Servicios Socio sanitarios de Atención a Drogodependientes (B.O.C. nº114, de 14/08/1992). Fija los requisitos y la documentación exigible para el otorgamiento de las referidas autorizaciones.
- ▶ **Resolución de 21 de diciembre de 2001**, del Director General del Ente Público Radio Televisión Canaria, por la que se hace público el acuerdo del Consejo de Administración que aprueba las normas reguladoras de la emisión de publicidad por la Televisión Canaria (B.O.C. nº7, de 16/01/2002). En el artículo 6, relativo a la Publicidad y televenta que incurran en alguno de los siguientes supuestos: a) la tipificada como publicidad prohibida en la legislación vigente en cada momento; b) cualquier forma directa o indirecta, de publicidad y de televenta de cigarrillos y demás productos del tabaco: c) cualquier forma directa o indirecta de publicidad de medicamentos y de tratamientos médicos que sólo puedan obtenerse por prescripción facultativa en el territorio del Estado español; d) la televenta de medicamentos, tratamientos médicos y productos sanitarios... El artículo 7 regula la Publicidad y televenta de bebidas alcohólicas: 1. Queda prohibida cualquier forma directa o indirecta de publicidad y de televenta de bebidas con



graduación alcohólica superior a veinte grados centesimales. 2. La publicidad y la televenta de las restantes bebidas alcohólicas deberá respetar los siguientes principios: a) No estará dirigida específicamente a los menores ni, en particular, presentar a menores como protagonistas o consumiendo dichas bebidas. b) No asociará su consumo a una mejora del rendimiento físico o a la conducción de vehículos, ni incluirá argumentos o ambientaciones que se refieran a los deportes o a los deportistas. c) No producirá la impresión de que el consumo del alcohol contribuye al éxito social o sexual. d) No sugerirá que las bebidas alcohólicas tienen propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante o que constituyen un medio para resolver conflictos. e) No estimulará el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas ni ofrecerá una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad. f) No subrayará como cualidad positiva de las bebidas, aun dentro de la graduación autorizada, su mayor contenido alcohólico. g) Sólo podrá emitirse en la franja horaria comprendida entre las 21,00 y las 6,00 horas. En todo caso, los anuncios deberán reflejar en grados centesimales la graduación alcohólica de las bebidas anunciadas.

3.2 Marco competencial

Las competencias establecidas para cada una de las administraciones y para las organizaciones privadas han sido desarrolladas en la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (B.O.C. nº94, de 28/07/1998).

Básicamente se ha seguido La Ley Territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias.

A continuación, se detalla las funciones de cada administración, así como de las Organizaciones No Gubernamentales, las entidades privadas y el voluntariado social.



Competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias

<p>Competencias del Gobierno de Canarias.</p>	<p>Aprobación del Plan Canario sobre Drogas.</p> <p>Establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma</p> <p>Aprobación de la estructura de la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, así como el establecimiento de otros órganos de coordinación.</p> <p>Aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención de drogodependientes.</p>
<p>Atribuciones del consejero competente en materia de drogodependencias</p>	<p>El control y, en su caso, la autorización o acreditación de los centros y servicios socio-sanitarios de atención a drogodependientes, así como de los establecimientos estrictamente sanitarios, relacionados con la prevención, asistencia e inserción social de personas drogodependientes.</p> <p>Elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de Canarias del Plan Canario sobre Drogas.</p> <p>El otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades privadas e instituciones en el campo de las drogodependencias.</p> <p>Coordinación general con las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones de las actuaciones en materia de drogas.</p>



Competencias de la Administración Local: Cabildos

Aprobación de Planes Insulares sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas,

Asegurar, mediante la coordinación de los servicios de los municipios de menos de 20.000 habitantes, la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio insular de las competencias y responsabilidades mínimas señaladas en las competencias específicas señaladas en el artículo 34 apartado 2* de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias.

Apoyo técnico y económico en materia de drogodependencias a los municipios de menos de 20.000 habitantes, especialmente los de menor capacidad económica y de gestión.

- > * El artículo 34, apartado 2 se refiere a las competencias y responsabilidades para los municipios de más de 20.000 recogidas en el siguiente cuadro

Competencias de la Administración Local: Municipios

Municipios de Canarias

El establecimiento de los criterios que regulan la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

Otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que se establecen en el Título III de esta ley.

La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

Competencias y responsabilidades mínimas para los municipios de más de 20.000

La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas

Coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.



	<p>El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Canario sobre Drogas.</p> <p>Formación en materia de drogas del personal propio.</p> <p>Promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.</p>
--	--

Competencias de las ONGs

Constituirse en elemento de cooperación con la Administración Pública en los diferentes ámbitos de la intervención: preventivo, asistencial y de incorporación, evitando en todo caso constituirse en sustitutos de aquella ni propiciar el mantenimiento artificial de redes o sistemas paralelos.

Las ONGs implicadas en el ámbito de las drogodependencias habrán de lograr previamente la necesaria autorización o acreditación de la Administración.

Las ONGs formarán parte de los órganos de participación ciudadana en la Estrategia Nacional sobre Drogas, especialmente en su desarrollo y evaluación. Asimismo, tendrán una presencia en los órganos consultivos de la Administración en el ámbito de las drogodependencias.

Las ONGs podrán tomar la iniciativa de proponer, promover y desarrollar actuaciones específicas cercanas a la comunidad.

Competencias de las asociaciones e entidades privadas

Sensibilización social y la información.

Prevención de las drogodependencias.

Asistencia y reinserción social de drogodependientes.

Formación.

Investigación y evaluación.



Competencias del voluntariado que colabore con las Administraciones Públicas o las entidades privadas

Concienciación social en torno a la problemática de las drogodependencias.

Difusión de criterios.

Apoyo a la inserción social

Prevención en el ámbito comunitario

3.3 Mapa sobre situación de los planes municipales e insulares sobre drogas en Canarias

3.3.1 Cabildos con planes insulares sobre drogodependencias

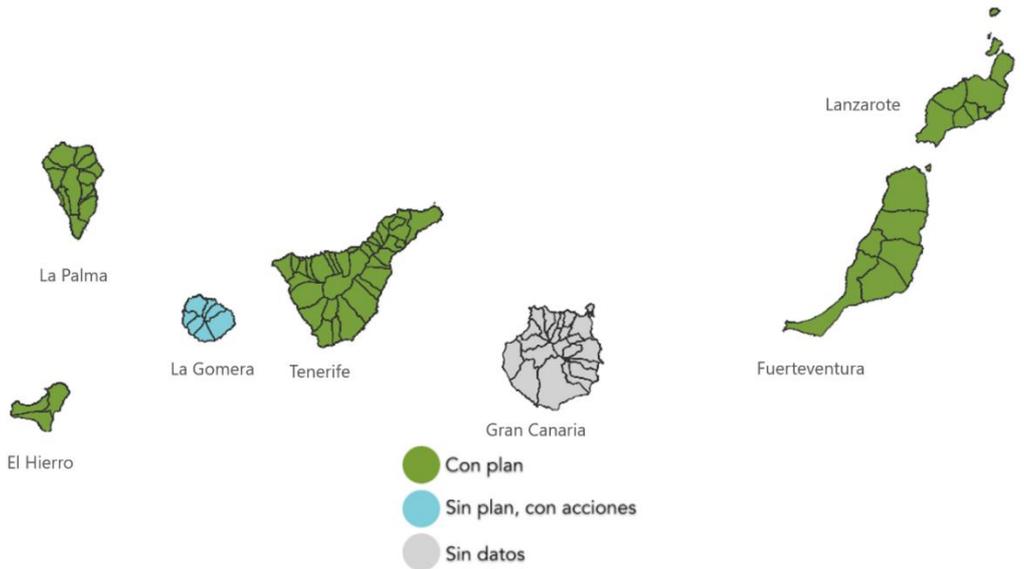


Gráfico 1. Comunidad autónoma de Canarias. Cabildos con planes insulares sobre drogodependencias.

3.3.2 Municipios con planes sobre drogodependencias municipales

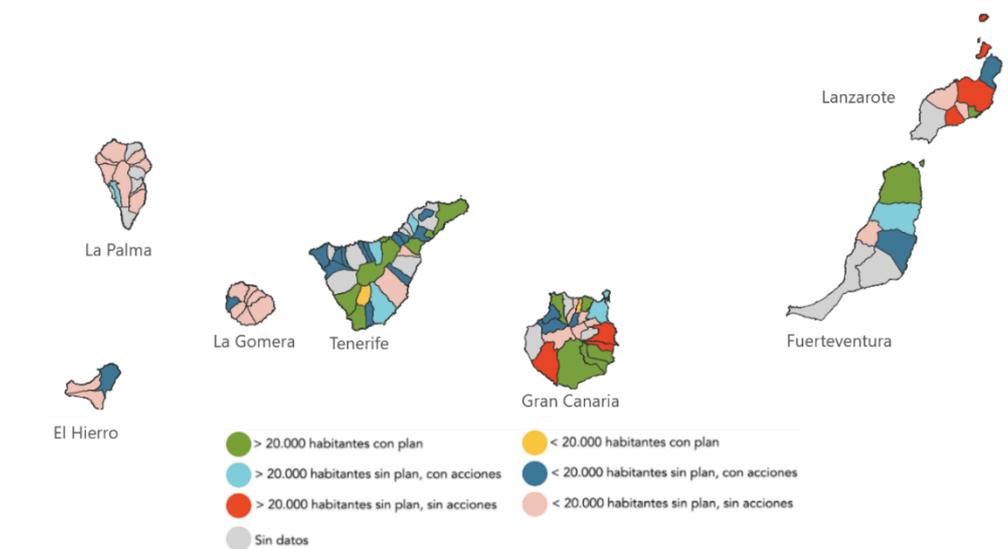


Gráfico 2. Distribución de municipios con planes sobre drogodependencias municipales



3.3.2.1 Municipios con planes municipales por isla (detalle)

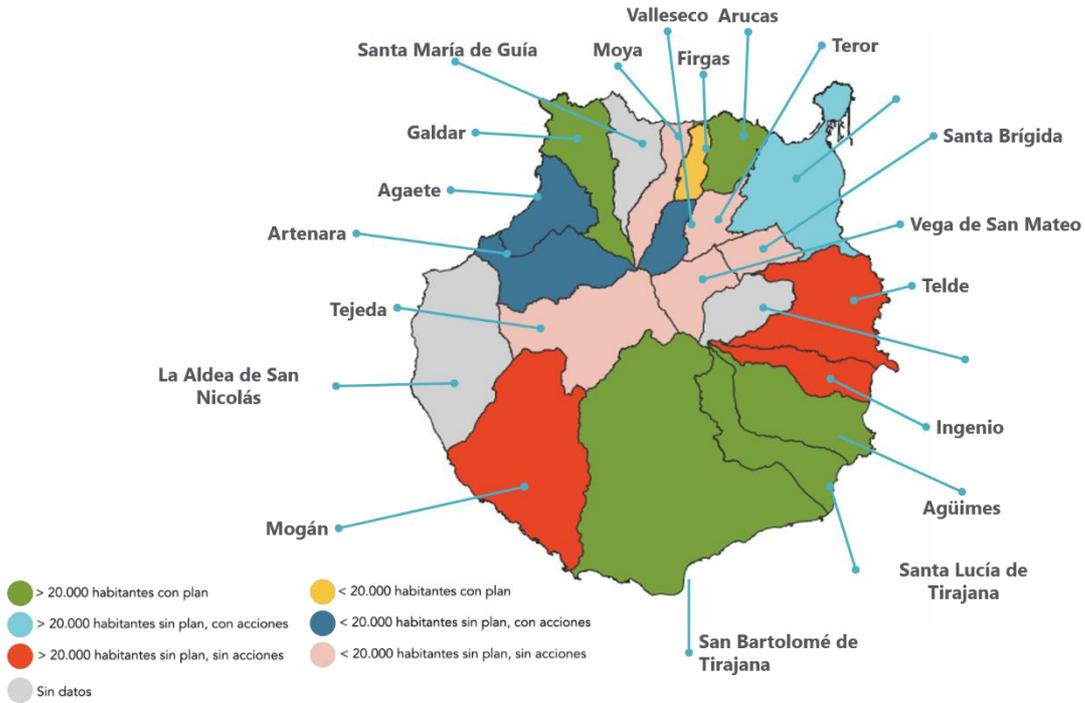


Gráfico 3. Gran Canaria. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias

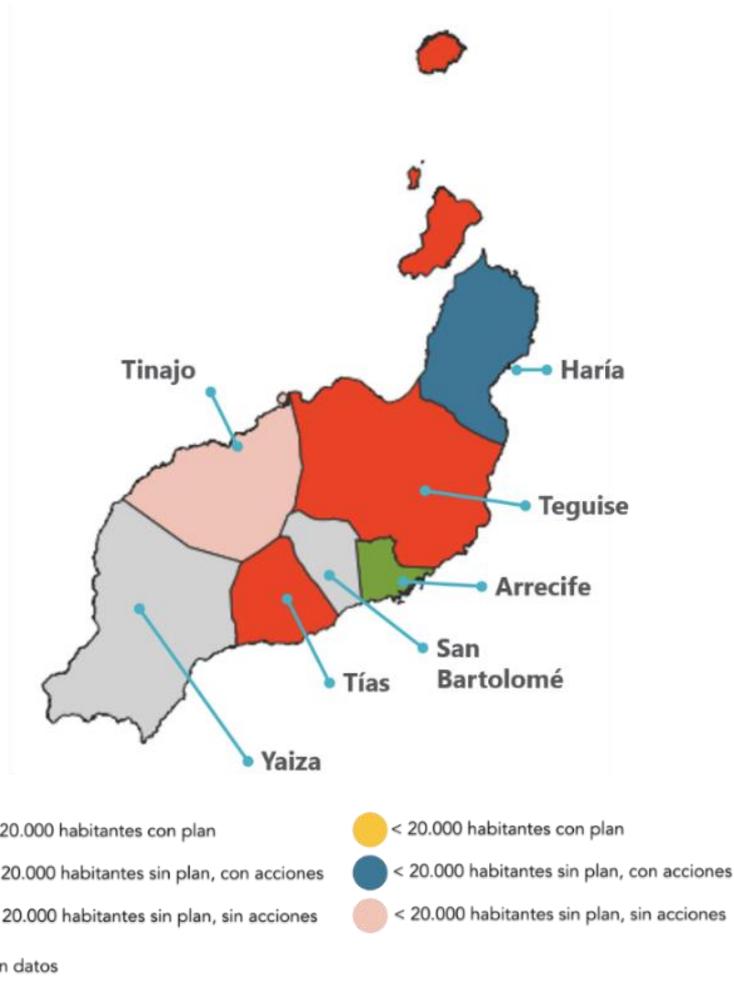


Gráfico 4 Lanzarote. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias

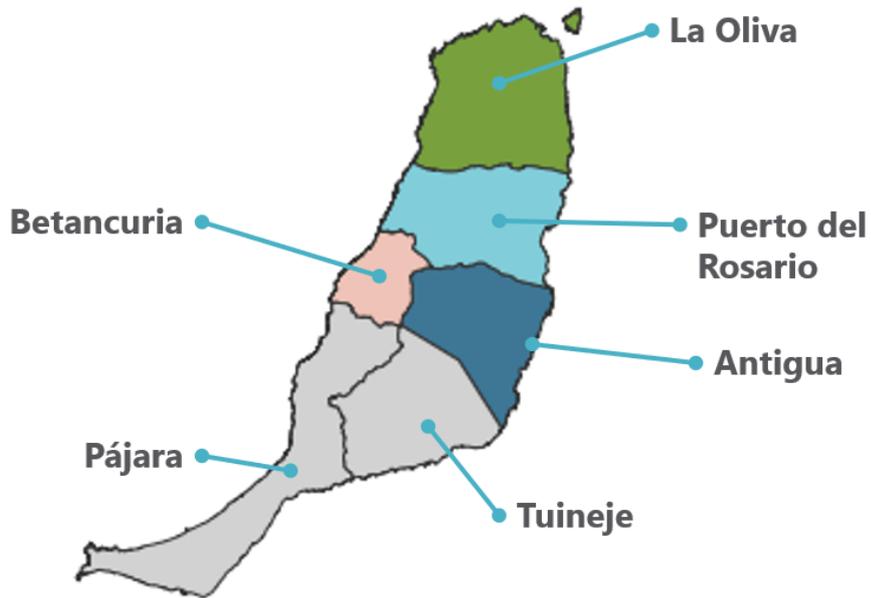


Gráfico 5. Fuerteventura. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias

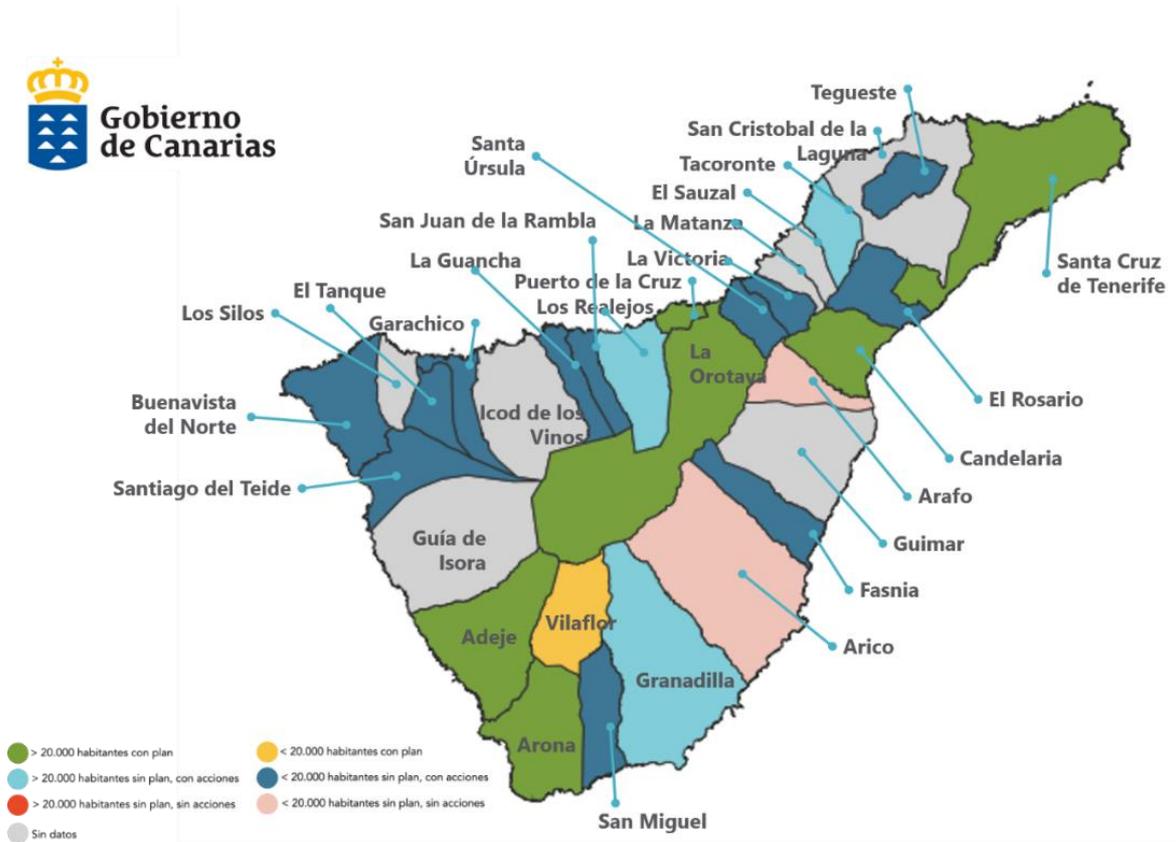


Gráfico 6 Tenerife. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias

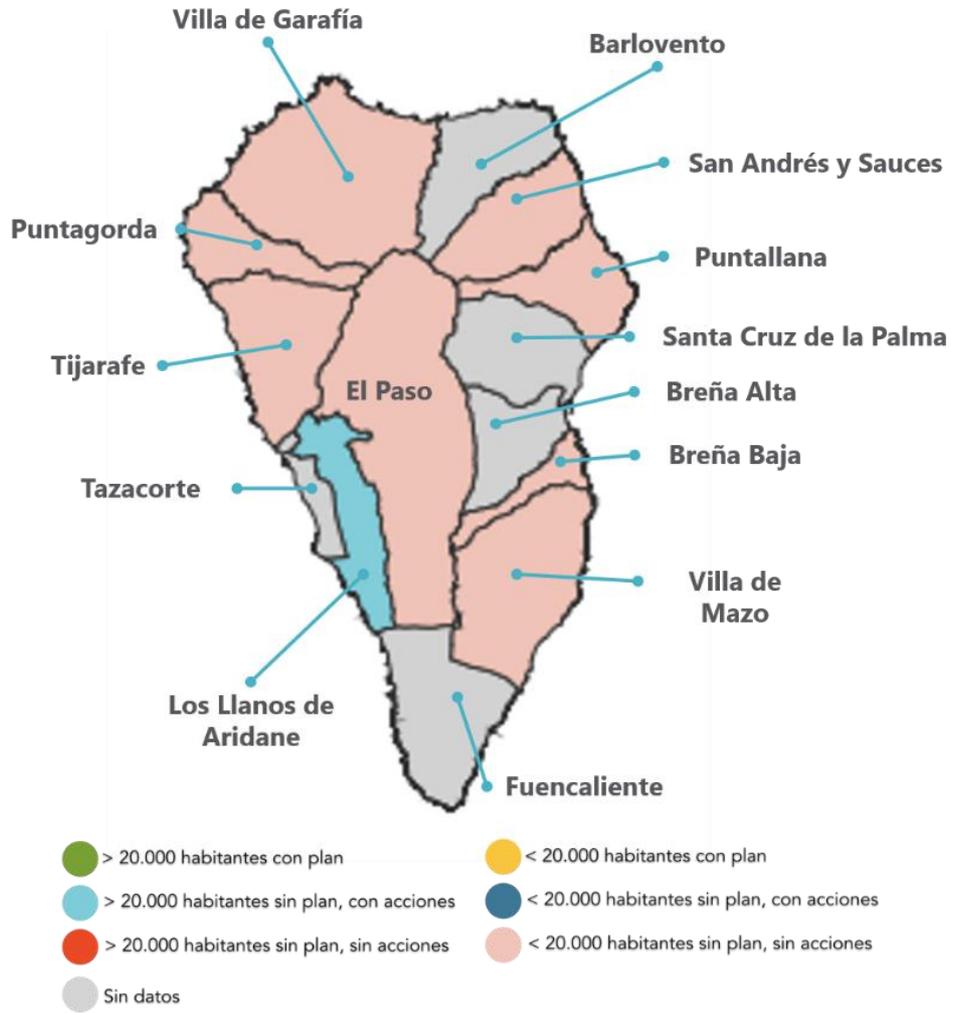


Gráfico 7 La Palma. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias

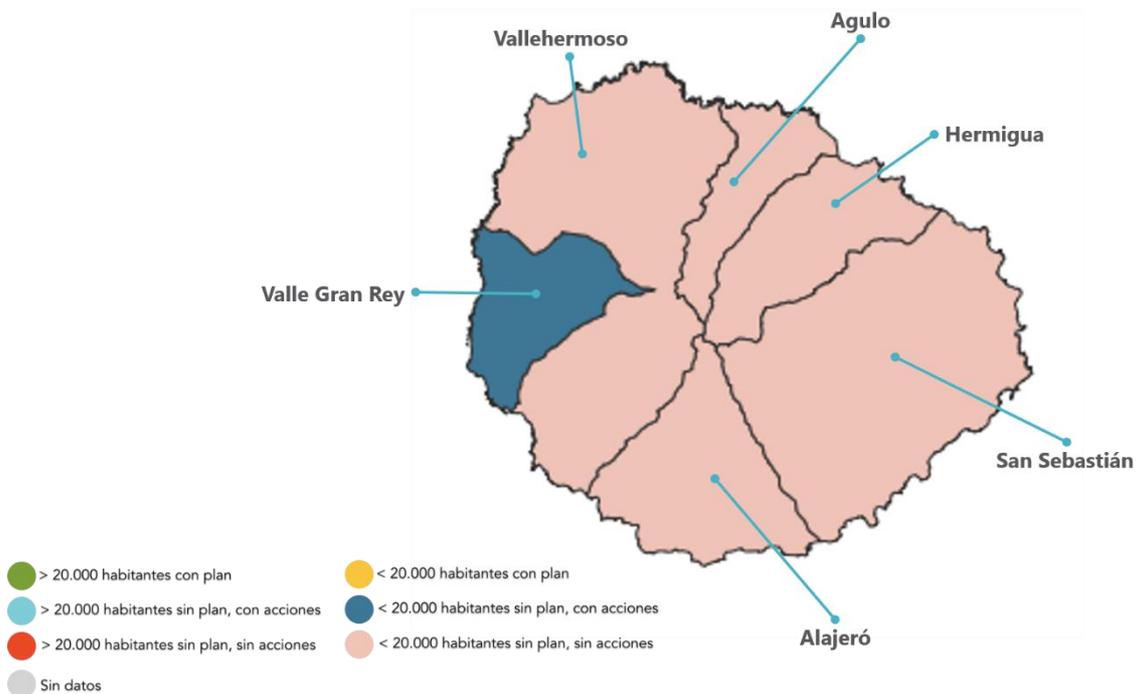


Gráfico 8 La Gomera. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias

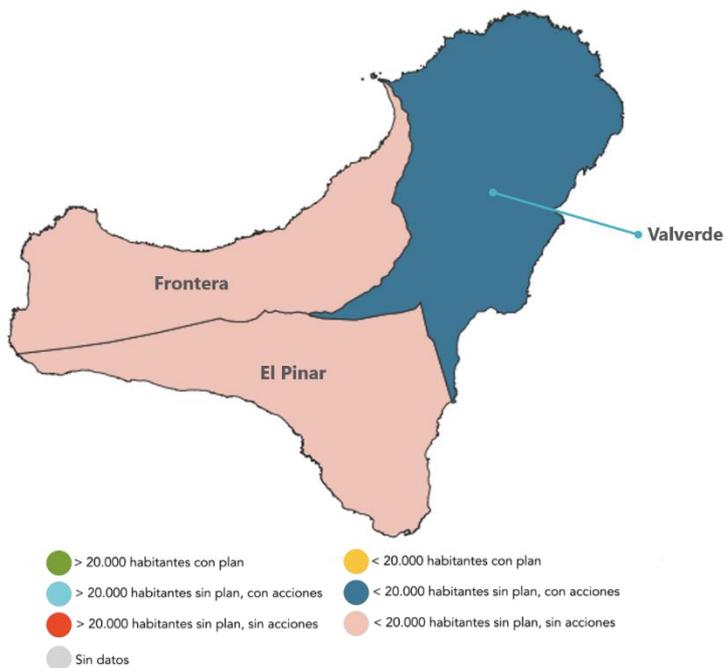


Gráfico 9. El Hierro. . Distribución municipal de planes sobre drogodependencias

4 Metodología

En los anexos del III Plan Canario sobre Drogas vienen recogidos los diferentes indicadores de evaluación para medir todos y cada una de las acciones recogidas en el propio plan, identificando las entidades responsables, el indicador y el nivel óptimo de ejecución.

En este caso, para la evaluación de este III Plan Canario sobre Drogas, se han establecido más de 160 indicadores de evaluación con mediciones anuales y un corte evaluativo en 2013 de los que no hemos tenido referencia y por tanto no se ha podido seguir de forma estricta dicho sistema de evaluación, principalmente por varios motivos que citaremos aquí pero que se encuentran a lo largo de todo este documento de evaluación.

En primer lugar, en general ninguno de los proyectos analizados, y englobados dentro de sus objetivos correspondientes, emplean para su evaluación los indicadores dispuestos en el propio Plan. Esto ocurre tanto para los proyectos ejecutados desde la Consejería de Sanidad en el ámbito de la prevención como para los proyectos realizados desde las entidades locales.

En segundo lugar, como se verá posteriormente, más de un 40% de las entidades locales ejecutan acciones en el ámbito de prevención sin tener como guía el Plan Canario sobre Drogas, lo cual provoca que en cierta forma se ejecuten proyectos que no están al amparo de ámbitos concretos establecidos en el Plan Canario. Ejemplo de ello es que normalmente se ejecutan proyectos de dos, tres, cuatro y hasta cinco ámbitos de prevención conjuntamente, cuestión que no está prevista en el Plan Canario sobre Drogas.

Por último, es necesario destacar que una de cada tres entidades locales no se ha leído el Plan, lo cual confirma que el III Plan Canario sobre Drogas no ha sido un documento instrumental para la ejecución de acciones en el ámbito de las drogodependencias.



Todo ello no hace más que reafirmar el hecho de que no ha sido posible la evaluación directa a través de los indicadores de evaluación preestablecidos en el III Plan Canario sobre Drogas.

El hecho que los indicadores establecidos en el III Plan no permitan una evaluación no quiere decir no se haya trabajado mucho en fenómeno de las drogodependencias desde el ámbito de prevención y terapéutico, por tanto, nos ha obligado a un reenfoque de la metodología de evaluación y se ha optado por medir la efectividad de las actuaciones del III Plan Canario a través de análisis de memorias de proyectos, cuestionarios a entidad locales (para el ámbito de la prevención), cuestionario a entidades dedicadas al tratamiento de drogodependientes, grupos de discusión para el ámbito de prevención y tratamiento y análisis de los datos de tratamiento a drogodependientes.

Mediante estas cinco fuentes de evaluación sí que es posible realizar una panorámica de la evolución del ámbito de las drogodependencias en Canarias.

Cabe destacar que la evaluación del Plan se realizó desde 2013 en adelante, dado que en 2012 se realizó un Corte evaluativo en la mitad del periodo de ejecución del Plan.

Instrumentos o fuentes de evaluación

1. Memorias del servicio técnico de coordinación en drogodependencias.

La serie de memorias de 2013 a 2016, fueron utilizadas para evaluar las acciones realizadas en materia de prevención y otras áreas de apoyo realizadas desde la Dirección General de Atención a las Drogodependencias.

Se atendió a costes, tipos de acciones y beneficiarios de dichas acciones.

2. Cuestionario a entidad locales (Cabildos y Ayuntamientos).

Este cuestionario fue remitido de forma online a todas las entidades locales de Canarias. En él se preguntaba sobre las acciones ejecutadas (beneficiarios, año de ejecución, tipo de proyecto, disponibilidad de indicadores de evaluación), así



como cuestiones relativas al conocimiento y difusión del Plan Canario, Disponibilidad de Plan Insular/Municipal, necesidades detectadas en los Ayuntamientos y Cabildos en materia de formación, cuestiones relacionadas con la coordinación y situación en cuanto a recursos humanos. Todos estos datos fueron recogidos de 2013 en adelante.

Este cuestionario fue la base para realizar la evaluación del número de acciones llevadas a cabo en Canarias en materia de prevención.

Así, cabe destacar su enorme representatividad, pues se consiguió que cumplimentaran la encuesta 71 Ayuntamientos (un 80% del total de Ayuntamientos de Canarias) y 6 Cabildos (un 85% del total de Cabildos Insulares de Canarias). La relación de entidad locales participantes se recoge a continuación:

Ayuntamientos	
Ayto. Arafo	Ayto. de San Sebastián de La Gomera
Ayto. Breña Baja	Ayto. de Santa Brígida
Ayto. de Adeje	Ayto. de Santa Cruz de Tenerife (IMAS)
Ayto. de Agaete	Ayto. de Santa Lucía de Tirajana
Ayto. de Agüimes	Ayto. de Santa Úrsula
Ayto. de Agulo	Ayto. de Santiago del Teide
Ayto. de Alajeró	Ayto. de Tacoronte
Ayto. de Antigua	Ayto. de Tegueste
Ayto. de Arico	Ayto. de Teguiise
Ayto. de Arona	Ayto. de Tejeda
Ayto. de Arrecife	Ayto. de Telde
Ayto. de Artenara	Ayto. de Teror
Ayto. de Arucas	Ayto. de Tías
Ayto. de Betancuria	Ayto. de Tijarafe
Ayto. de Buenavista	Ayto. de Tinajo



Ayto. de Candelaria	Ayto. de Valle Gran Rey
Ayto. de El Pinar de El Hierro	Ayto. de Valleseco
Ayto. de El Rosario	Ayto. de Valverde
Ayto. de El Tanque	Ayto. de Vilaflor
Ayto. de Fasnía	Ayto. del Frontera
Ayto. de Firgas	Ayto. del Puerto de la Cruz
Ayto. de Gáldar	Ayto. El Paso
Ayto. de Garafía	Ayto. Garachico
Ayto. de Granadilla de Abona	Ayto. Ingenio
Ayto. de Haría	Ayto. Los Realejos
Ayto. de Hermigua	Ayto. Pájara
Ayto. de La Guancha	Ayto. Puntallana
Ayto. de La Oliva	Ayto. San Andrés y Sauces
Ayto. de La Orotava	Ayto. San Bartolomé
Ayto. de la Victoria de Acentejo	Ayto. San Miguel de Abona
Ayto. de Las Palmas de Gran Canaria	Ayto. Vallehermoso
Ayto. de Los Llanos de Aridane	Ayto. Vega de San Mateo
Ayto. de Mogán	Ayto. Villa de Mazo
Ayto. de Moya	
Ayto. de Puerto del Rosario	
Ayto. de Puntagorda	
Ayto. de San Bartolomé de Tirajana	
Ayto. de San Juan de la Rambla	
Cabildos Insulares	
Cabildo Insular de El Hierro	
Cabildo Insular de Fuerteventura	



Cabildo Insular de La Gomera
Cabildo Insular de La Palma
Cabildo Insular de Lanzarote
Cabildo Insular de Tenerife

3. Cuestionario a Entidades de Tratamiento

Las ONG y entidades sin ánimo de lucro constituyen la mayor parte de la *Red Asistencial en la Comunidad Autónoma de Canarias*, participando también algunos Ayuntamientos, Cabildos y el propio Servicio Canario de la Salud (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria) en la asistencia a los pacientes.

Por ello, se optó por remitir a las *Entidades de la Red Asistencia de la Comunidad Autónoma de Canarias* un cuestionario donde se analizan diversos ámbitos como la situación económica de la entidad, la estructura en cuanto a recursos humanos, el modelo asistencia que aplica en la actualidad y el nivel de conocimiento del III Plan Canario sobre Drogodependencias, así como las posibles mejoras que observan sobre el mismo.

Las entidades que respondieron a dicho cuestionario fueron las siguientes:

Entidades que respondieron a cuestionario sobre Tratamiento
Asociación Palmera de Atención a las Drogodependencias
Fundación Sociosanitaria
CAD Arucas
ANTAD
ONG Calidad de Vida
Proyecto Esperanza



UAD Lanzarote
Proyecto Drago
Asociación San Miguel
UAD Vecindario

4. Datos relativos a Asistencia

Se consideró que un indicador relevante para la evaluación del Plan, esta vez para el ámbito de tratamiento e integración social, podía ser el análisis de las bases de datos de población usuario de los servicios de atención a población drogodependiente.

Así, se analizaron los datos de la población drogodependiente, estableciendo un perfil sociodemográfico y un perfil de consumidor, realizando para ello cruces estadísticos pertinentes.

Cabe destacar que los datos analizados corresponden de 2014 a 2016 (dado que a partir de 2013 se cambió de sistema de tratamiento de datos) y fueron suministrados por el Servicio Técnico de Coordinación de drogodependencias del Gobierno de Canarias.

5. Grupos de discusión del ámbito de prevención y tratamiento.

Se realizaron cuatro grupos de discusión, dos del ámbito de la prevención (uno en Tenerife y otro en Gran Canaria) y dos del ámbito de tratamiento (uno en Tenerife y otro en Gran Canaria).

La configuración de los mismos fue realizada por parte del Servicio Técnico de Coordinación de Drogodependencias y la ejecución correspondió al equipo de evaluadores de este Plan.

El objetivo de estos grupos de discusión fue doble. En primer lugar, se utilizaron para tratar con informantes clave los objetivos específicos y general del Plan para cada ámbito, tratando así de evaluar cada uno de los objetivos individualmente en la medida de lo posible. En segundo lugar, estos grupos de



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

discusión sirvieron para matizar en algunas ocasiones datos de tipo cuantitativo recopilados a través de estadísticas o cuestionarios, realizando así una investigación completa caracterizada por una triangulación de técnicas cualitativas y cuantitativas.

5 Evaluación según ámbitos del plan

5.1 Áreas estructurales

5.1.1 Prevención y Sensibilización

5.1.1.1.1 Actuaciones del Gobierno de Canarias

La evaluación de las actuaciones correspondientes al Servicio de Atención a las Drogodependencias se basa en el listado de memorias entregado (ver Anexo Listado de memorias entregado por la).

La evaluación se ha realizado de un periodo muy amplio, sin los indicadores cumplimentados anualmente tal y cómo se especifica el III Plan y partiendo de fuentes secundarias. Las memorias tienen dos grandes periodos, 2013-2014 que están agrupadas por proyectos ejecutados y 2015-2016 en que el tratamiento de la memoria de los proyectos se realiza por ámbito. Este cambio de criterio en la agrupación de datos implica una interpretación de los mismos que dificulta la comparación (más allá del número de asistentes a las actuaciones, los costes económicos y el listado de actuaciones).

Por otra parte, se parte de la memoria justificativa de los trabajos no de las memorias de la Dirección General de Atención a la Drogodependencia con el fin de realizar una evaluación lo más detallada posible.

El listado de las principales actuaciones financiado por la Dirección General de Atención a la Drogodependencia lo hemos resumido en el siguiente cuadro.

Ante la dificultad de evaluación de los indicadores expuesto en la parte metodológica hemos realizado una exposición de las principales actividades, así como analizado los números obtenidos durante la ejecución del III Plan.



2013	2014	2015	2016
¡Atrévete!, escribe tu propia historia	¡Atrévete!	¡Atrévete!	--
Piensa por ti, escribe tu propia historia	Escribe tu propia historia	Escribe tu propia historia	Escribe tu propia historia
--	Niño y niña: programa de habilidades	Niño y niña: programa de habilidades	Niño y niña: programa de habilidades
Campaña de promoción de la Salud y prevención de las actuaciones a través de las TIC	Campaña de promoción de la Salud y prevención de las actuaciones a través de las TIC	--	--
Diseño de talleres y ejecución de la promoción de la salud y prevención de las adicciones en el ámbito sociocomunitario	Diseño de talleres y ejecución de la promoción de la salud y prevención de las adicciones en el ámbito sociocomunitario	Engánchate al deporte. Programa de actividades y de ocio y tiempo libre y comunitario	Engánchate al deporte. Programa de actividades y de ocio y tiempo libre y comunitario
Prevención de drogodependencias a través de modelos positivos saludables	--	--	--
Formación a profesionales sanitarios y de la prevención en riesgos laborales y salud laboral	Formación a profesionales socio-sanitarios en los asuntos asistenciales y preventivos	Formación a profesionales socio-sanitarios en los asuntos asistenciales y preventivos	Formación y sensibilización en el ámbito preventivo



--	Seguridad vial y prevención de consumo de drogas en jóvenes canarios	Educación vial y prevención de los accidentes de tráfico	Educación vial y prevención de los accidentes de tráfico
--	--	Cursos de formación a familias "¡estate pendiente!"	Cursos de formación a familias "¡estate pendiente!"
--	--	Campaña "¡estate pendiente!"	--
--	--	ITES PLUS	ITES PLUS
--	--	--	Promotor de hábitos saludables en las universidades canarias
--	--	--	Desenrédate: uso responsable y maduro de las nuevas tecnologías

Tabla 1. Cuadro resumen evolutivo de actuaciones de la Dirección General de Atención a la Drogodependencia

Evaluación de las memorias de la Dirección General de Atención a la Drogodependencia. Evolución años 2013- 2016

La revisión del conjunto de actuaciones que se han desarrollado durante estos años tiene dos grandes periodos. Por una parte, el año 2013-2014 en la que las memorias se realizan por Programa realizado. Por otra, el periodo 2015-2016 en el que las memorias se agrupan por ámbito de actuación.

Esta modificación del criterio en la elaboración de las memorias supone un tratamiento de la relación entre los objetivos e indicadores del III Plan Canario



sobre Drogodependencias que hace complejo la comparación de ambos periodos.

En el primer periodo la actuación se vincula al objetivo. En el segundo periodo múltiples actuaciones se vinculan a múltiples objetivos.

Otro elemento a tener en cuenta es que hay determinados programas que están vinculados a objetivos que no se recogen literalmente en el III Plan Canario sobre Drogodependencias y que no está claramente identificado el objetivo con los códigos correspondientes en la memoria. Esto supone que se ha realizado una aproximación por parte del evaluador que puede ser discutible.

Como cuestiones a tener en cuenta, los programas planteados no siempre utilizan a lo largo de los años los mismos indicadores de resultados o no se recoge en su totalidad la misma información entre los distintos años.

Por último, la evaluación de las propias actuaciones (la evaluación que se procede a realizar durante el desarrollo del proyecto) es descrito en varias memorias, pero no se cuenta para la evaluación con dicha información, sino con las referencias a la misma en la memoria que en repetidas ocasiones es información cualitativa del responsable de la Dirección General de Atención a la Drogodependencia en relación a dicha evaluación.

En la medida de lo posible se ha intentado normalizar y realizar comparativas de evolución de la información cuantitativa sobre los resultados de las distintas acciones.

La evaluación corresponde a un periodo de 4 años en el que se desarrollan 32 programas por parte de la Dirección General de Atención a la Drogodependencia por un valor de 993.261,63 €

Resultados por Ámbito y Programa anual

Se ha tomado la información correspondiente de los programas anuales de manera que se intenta realizar un evolutivo de los datos. Esta información



siempre que se puede se cruza con la información de los indicadores objetivos del III Plan Canario de Evaluación.

Ámbito educativo

Programa “¡Atrévete!

- > Edición 2013. En resultados se alcanzó 53 centros y 20.180 alumnos
- > Edición 2014. En resultados se alcanzó 53 centros y no viene identificado en la memoria el número de alumnos
- > Edición 2015. En resultados se alcanzó 21 centros y no viene identificado en la memoria el número de alumnos.
- > En 2016 no hay edición del programa.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencia en todos los proyectos de promoción de la salud.
- > 2.P.5 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.

Programa Escribe tu propia historia

- > Edición 2013. 7 cabildos, 80 municipios, 76 institutos. Un impacto estimado de 17.800 alumnos
- > Edición 2014. 7 cabildos, 80 municipios, 76 institutos. Un impacto estimado de 17.800 alumnos



- > Edición 2015. 1 Cabildo, 4 centros de juventud, 25 centros. Un impacto estimado de 22.467 alumnos.
- > Edición 2016. 1 Cabildo, 4 centros de juventud, 29 centros. No hay estimación del alcance en alumnado.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencia en todos los proyectos de promoción de la salud.
- > 2.P.5 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.

Programa niño y niña – programa de habilidades

- > Edición 2014. Impacto directo en 550 niños de infantil, 35 profesores. Impacto indirecto en 55 técnicos y 550 familias.
- > Edición 2015. Impacto directo en 842 niños y 16 centros
- > Edición 2016. Impacto directo en 752 niños y 33 profesores de 14 centros

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.



- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencia en todos los proyectos de promoción de la salud.
- > 2.P.5 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.

ITES PLUS

- > Edición 2015. Resultados recogidos en la memoria 66 centros de educación secundaria y 1.977 alumnos de alcance en las charlas.
- > Edición 2016 Resultados recogidos en la memoria 83 centros de educación secundaria y 19.450 alumnos de alcance en las charlas.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencia en todos los proyectos de promoción de la salud.
- > 2.P.5 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.



Programa promotor de hábitos de vida saludable en las universidades

- > Edición 2016. Resultados recogidos en la memoria. Impacto en 122 jóvenes universitarios que realizaron la formación.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencia en todos los proyectos de promoción de la salud.
- > 2.P.5 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.

Programa Desenrédete: uso responsable y maduro de las nuevas tecnologías.

- > Edición 2016. Resultados recogidos en la memoria. 27 centros educativos y un alcance de 4.369 alumnos.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencia en todos los proyectos de promoción de la salud.



- > 2.P.5 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.

Seguridad vial y prevención del consumo de drogas en los jóvenes canarios

- > Edición 2014. Resultados recogidos en la memoria. Alcance de 50 centros y 4.291 alumnos
- > Edición 2015. Resultados recogidos en la memoria. 40 centros y 2014 alumnos de alcance
- > Edición 2016. Resultados recogidos en la memoria. 40 centros y 1968 alumnos de alcance

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencia en todos los proyectos de promoción de la salud.
- > 2.P.5 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.



Ámbito Familiar

Programa “estate pendiente”

- > Edición 2015. En función de los resultados recogidos en la memoria se llegó a 255 familias de las que finalizaron 160 la formación completa.
- > Edición 2016. En función de los resultados recogidos en la memoria el alcance fueron 17 centros de secundaria donde se formaron a 209 familias que terminaron la formación presencial, 204 familias terminaron la formación on-line y 202 terminaron la formación del curso completo.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.5 Impulsar la realización de actividades preventivas dirigidas a la población en general.

Ámbito de Ocio y Tiempo libre

Programa “engánchate al deporte”

- > Edición 2014 bajo el nombre de “prevención de drogodependencias a través de modelos positivos saludables. Se realiza una campaña con una población objetivo de 12 a 30 años. En función de la información ofrecida en la memoria, los resultados fueron los siguientes:
 - Facebook 22.935 seguidores/ me gusta
 - Twitter 1.365 seguidores
 - YouTube 1.042 visualizaciones
 - Instagram 25 seguidores.



- > En relación a la formación de monitores se realizaron a 219 monitores y se obtuvieron 194 certificaciones
- > Edición 2015. En la memoria se recoge que la población objetivo eran jóvenes de 12 a 30 años. Se hicieron las sesiones de difusión a 12 educadores, 17 deportistas, 47 centros educativos y 3.329 alumnos. La formación a entrenadores se realizó a 135 personas.
- > Edición 2016. En la memoria se recoge que la población objetivo de las acciones de sensibilización eran jóvenes de 12 a 30 años y se realizaron dichas acciones a 14 educadores físicos, 21 deportistas, en 49 centros educativos a 2.650 alumnos. A su vez se realizó la formación en sensibilización a 179 profesionales del deporte.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencias en todos los proyectos de promoción de la salud.
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.

Ámbito Comunitario

- > Programa “Diseño de talleres y ejecución de la promoción de la salud y prevención de las adicciones en el ámbito socio-comunitario”
 - > Edición 2013. En función de la información sobre los resultados de la memoria las estimaciones del impacto fueron en las acciones y talleres de 2013 unas 15.000 personas con priorización de jóvenes de 12 a 28 años.



- Edición 2014. En función de la información de los resultados ofrecidos en la memoria los participantes en los distintos talleres de esta edición ascendieron. 1.620 personas y la audiencia por la presencia en el festival Animayo 2014 fue de 8.766 personas.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.
- > 2.P.4 Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencias en todos los proyectos de promoción de la salud.
- > 2.P.5 Impulsar la realización de actividades preventivas dirigidas a la población en general
- > 3.P.6 Incrementar la percepción de riesgo sobre el uso de cualquier tipo de droga en aquellas personas que ya han tenido un contacto ocasional o experimental con ella.

Ámbito de medios de comunicación

Campaña de promoción de la salud y prevención de las adicciones a través de las TIC

- > Edición 2013. En relación a los contenidos de la memoria durante este año la campaña se centró en mujeres de 30 a 65 años y según los datos de impacto la campaña de publicidad llegó a 456.364 mujeres (un 84,2% del target)
- > Edición 2014. En relación a los contenidos de la memoria durante este año la campaña se centró en jóvenes de 14 a 25 años con una campaña multicanal. Según la información del impacto tuvieron los siguientes resultados:



- Televisión 127.000 alcances (52,9% del target)
- Radio 126.041 alcance (44,7% del target)
- Facebook. 1.845.000 impresiones
- Twitter 146.000 impresiones
- Youtube.:247.818 impresiones
- Google display 533.190 impresiones
- Webs 9.130 impresiones.
- El video que se realizó tuvo 2.500.000 visualizaciones.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 1.P.1 sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.

Campaña Estate pendiente

- > Edición 2015 en función de lo recogido en la memoria se hizo una campaña orientada a padres de 30 a 50 años y se estima que llegó al 55,6% de la población, unas 193.737 personas. Otro target de la campaña eran los jóvenes de 14 a 18 años y se estima que la campaña llegó al 49% de la población, unos 50.754 jóvenes.

La información relativa a los resultados fue la siguiente:

- > Facebook: 1.105.783 impresiones
- > Twitter: 362.780 impresiones
- > Youtube: 15.615 visualizaciones
- > Google display: 1.864.741 visualizaciones

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:



- > 1.P.1 sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia
- > 2.P.3 Promover y potenciar modelos positivos saludables como referentes de conducta para favorecer los procesos de socialización.

Ámbito de formación

Campaña de formación a profesionales socio-sanitarios en los ámbitos asistenciales y preventivos

- > Edición 2013. Formación a profesionales sanitarios y de la prevención de riesgos laborales y salud laboral. En función de la información ofrecida en la memoria la formación se realizó a 540 profesionales del ámbito sanitario y de la prevención de riesgos laborales.
- > Edición 2014. Formación a profesionales socio-sanitarios en los ámbitos asistenciales y preventivos. En función de la información ofrecida en la memoria la formación se hizo a 930 profesionales socio-sanitarios.
- > Edición 2015. Formación a profesionales socio-sanitarios en los ámbitos asistenciales y preventivos. 598 profesionales del ámbito¹
- > Edición 2016. Formación y sensibilización en el ámbito preventivo. 1083 profesionales en diversas áreas.

En relación con los objetivos generales del III Plan Canario sobre Drogas estas actuaciones persiguen cumplir los siguientes objetivos:

- > 8.F.1 Mejorar y asegurar la competencia y formación científica de todos los profesionales implicados en el abordaje de este fenómeno.
- > 8.F.2 Mejorar y asegurar la competencia de los agentes sociales y voluntarios implicados en el abordaje de este fenómeno en el contexto donde se realicen actuaciones

¹ En la formación a profesionales de 2015 hay un indicador de resultados que dice que el número de alumnos corresponde a "todo el personal de la red canaria de drogodependencias" pero no se cuenta porque no se cuenta con el número total.



- > 8.F.3 Definir y estructurar la oferta formativa para dar respuesta a los objetivos de este III Plan en los diferentes niveles de su aplicación

5.1.1.2 Actuaciones de las entidades locales

5.1.1.2.1 Evaluación cuantitativa de las acciones en el ámbito de la prevención de las entidades locales.

En este apartado se analizarán los datos proporcionados por las entidades locales (Cabildos y Ayuntamientos) acerca de las actuaciones en prevención que han ejecutado del periodo 2013-2016.

Aunque algunas Entidades remitieron datos de 2017, éstos se han excluido dado que no todas las entidades los incluyeron, cuestión que puede producir un sesgo importante en el análisis de los datos.

En total, en Canarias, dado los datos suministrados, las entidades locales han ejecutado un total de 420 proyectos de 2013 a 2017. Tal y como se recoge en el Gráfico 10. Proyectos ejecutados por año. %. 2013-2016. Total Entidades, se aprecia una tendencia al alza en dicho periodo.

Así, el total de proyectos, en 2013 se ejecuta un 20% de ellos, en 2014 un 25,5%, en 2015 un 25,8% y en 2016 un 27,9% produciéndose un incremento cuantitativo en el número de proyectos ejecutados durante el periodo posiblemente por la mejora de la situación económica en el sector público.

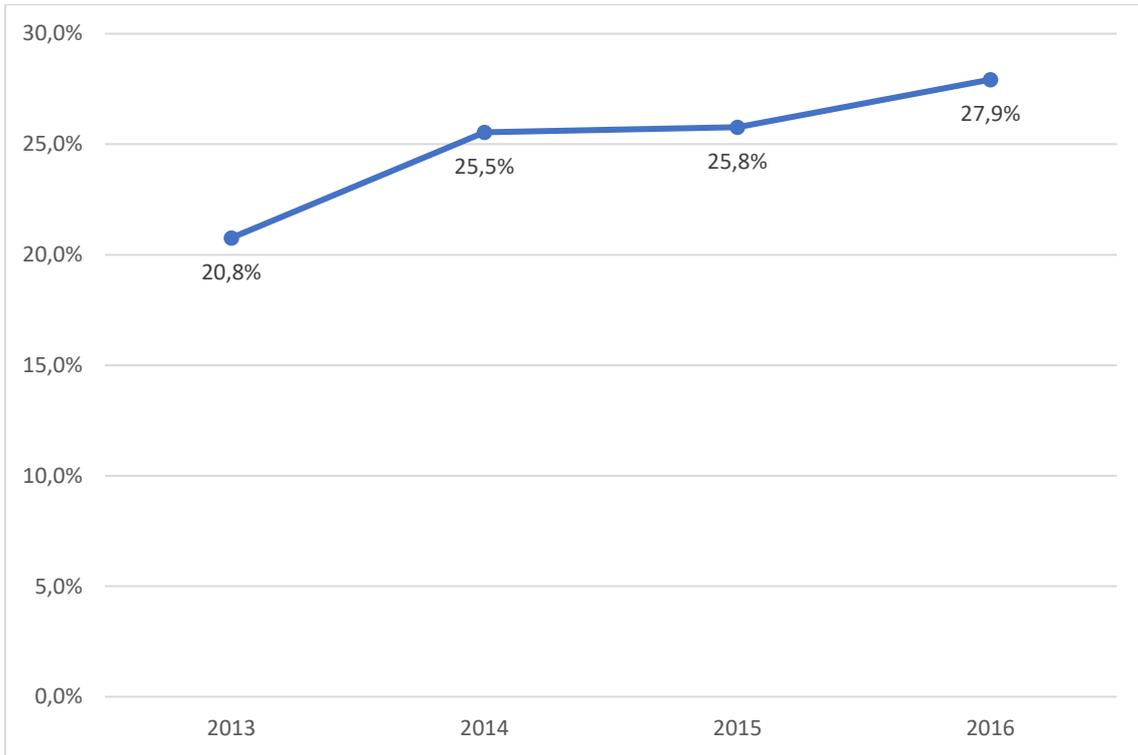


Gráfico 10. Proyectos ejecutados por año. %. 2013-2016. Total Entidades



De ese total de proyectos en el ámbito de prevención, el número de beneficiarios alcanzados fue de 136.336 personas. Tal y como se observa en el Gráfico 11, la mayor parte de los beneficiarios se concentran en el año 2014 y en el año 2016. Hay una clara correlación entre el número de actividades realizadas y las personas beneficiarias de las mismas.

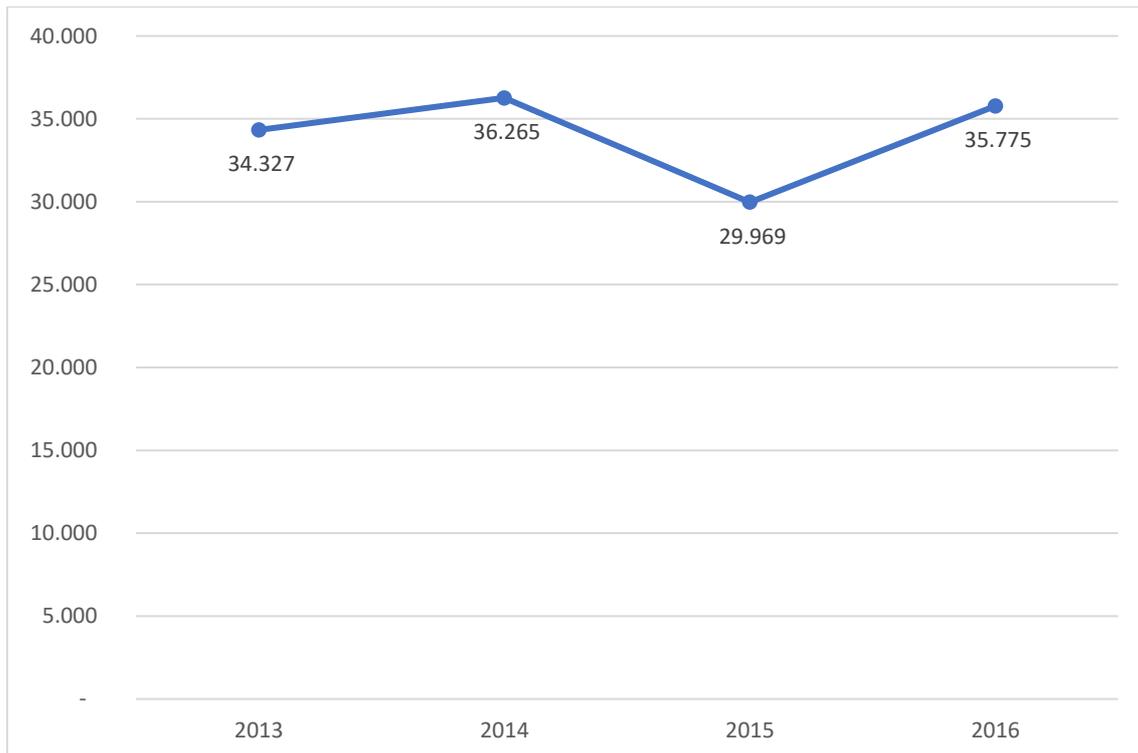


Gráfico 11. Proyectos ejecutados según número de beneficiarios y anualidades. 2013-2016. Total Entidades

Si se tiene en cuenta el tipo de entidad local que ejecuta el proyecto, en 2013 y 2015 el número de proyectos ejecutados por los Cabildos y Ayuntamientos son casi el mismo número (20% en 2013 y 25% en 2015).

Sin embargo, se aprecia una clara tendencia al alza en el caso de los Ayuntamientos, pues crece el número de proyectos de 2013 a 2016 en mayor medida que los proyectos de los Cabildos.

A lo largo de la vida del III Plan esto parece mostrar un incremento del protagonismo de los municipios en las actuaciones realizadas contra las drogodependencias en el ámbito preventivo. Esta tendencia se constata en el Gráfico 13 que analizamos más adelante.

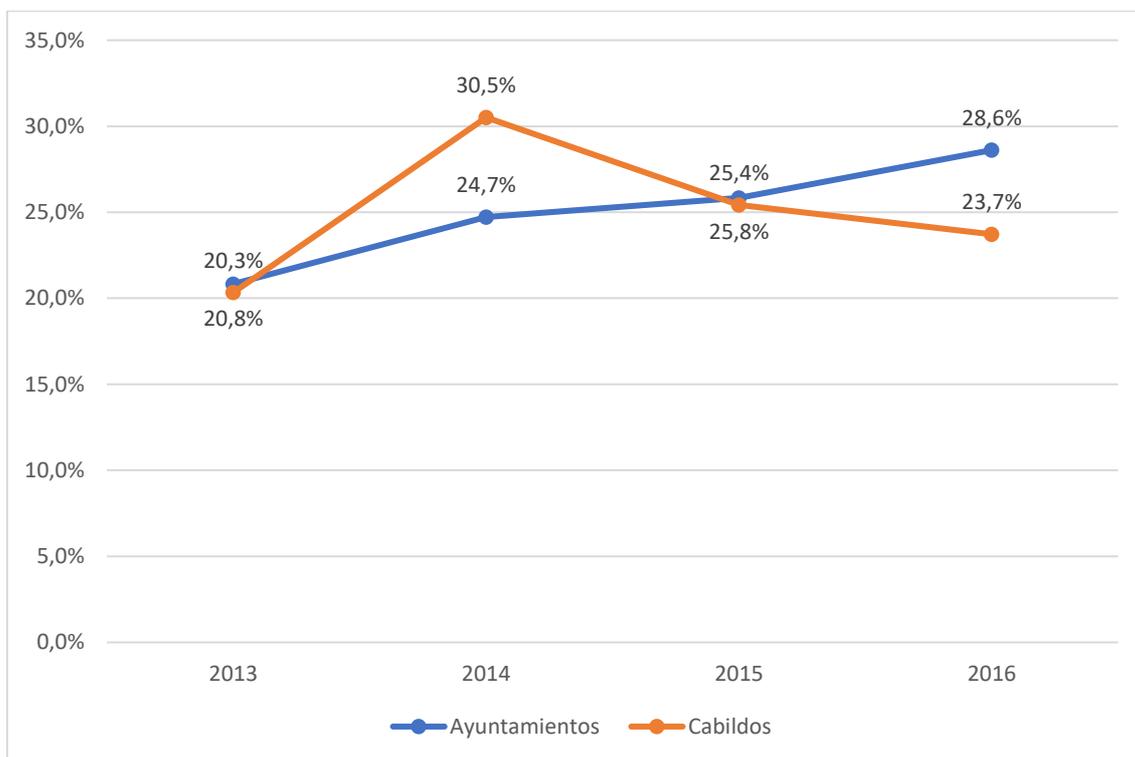


Gráfico 12. *Proyectos ejecutados según tipo de Administración que lo ejecuta y anualidad. %. 2013-2016. Total Entidades*



Respecto a los proyectos según el tipo de Administración que lo ejecuta (Gráfico 13), la mayor parte de los proyectos han sido ejecutados por los Ayuntamientos (86% del total).

Esto se debe a que en la distribución de competencias las actuaciones de los Cabildos son subsidiarias frente a los ayuntamientos. En cualquier caso, en mayor medida, son los Cabildos los que financian proyectos municipales que finalmente ejecutan los Ayuntamientos.

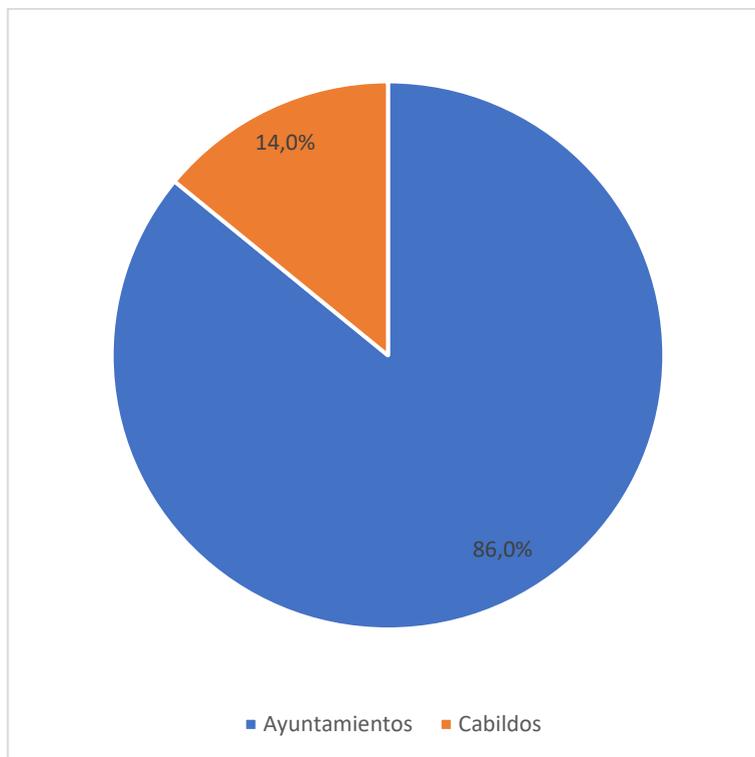


Gráfico 13. *Proyectos ejecutados según tipo de Administración que lo ejecuta. %. 2013-2016. Total Entidades*



Tal y como se observa en el Gráfico 14, la mayor parte de los proyectos, casi un 65 por ciento de los proyectos son ejecutados por Ayuntamientos que tienen la obligación de tener aprobado un Plan de Drogas.

Es importante destacar que un 35% de acciones relacionadas con la prevención de la lucha contra la droga son ejecutadas por municipios que no tienen la obligación de trabajar con un plan sobre drogas municipal.

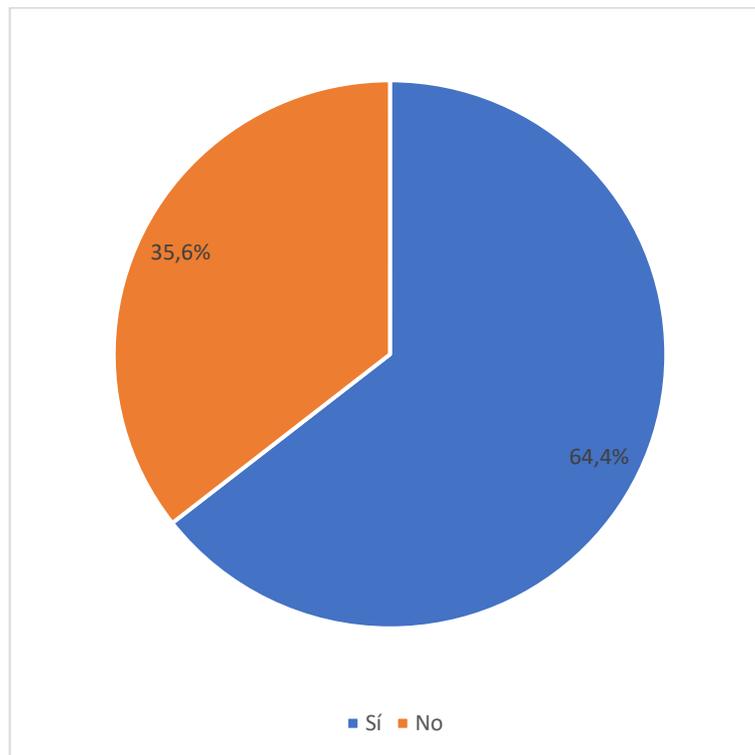


Gráfico 14. Proyectos ejecutados según si el municipio tiene la obligación de tener Plan. %. 2013-2016. Total Ayuntamientos

Por otro lado, la mayor parte de las entidades locales declaran que sus proyectos de prevención tienen indicadores de evaluación empíricamente verificables (Gráfico 15. Proyectos ejecutados según sí disponen de indicadores de evaluación. %. 2013-2016. Total Entidades).

Así, un 84% de las entidades afirman que sus proyectos tienen indicadores de evaluación, mientras un 14% declaran que sus proyectos no tienen indicadores de evaluación.

Un 2% de las entidades no respondieron a esta pregunta sobre la existencia de indicadores en sus proyectos.

Para interpretar correctamente estos datos, es necesario dejar claro que a las entidades locales se les preguntó si cada uno de sus proyectos tenía o no indicadores de evaluación, no evaluando el sistema de evaluación ni la calidad del mismo.

▶ EL 14% DE LAS ENTIDADES DECLARAN QUE SUS PROYECTOS NO TIENEN INDICADORES DE EVALUACIÓN

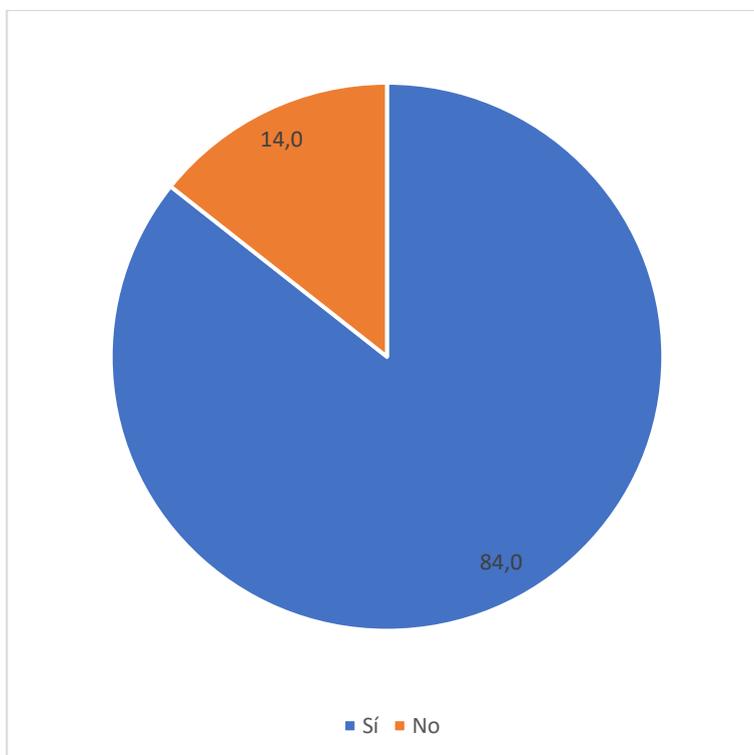


Gráfico 15. Proyectos ejecutados según sí disponen de indicadores de evaluación. %. 2013-2016. Total Entidades



Siguiendo con los indicadores de evaluación (Gráfico 16), hemos analizado aquellos que no tienen indicadores de evaluación y la mayor parte corresponden a los Ayuntamientos. Así, un 92% de los Cabildos cuentan con indicadores de evaluación de sus propios planes en sus proyectos por un 84% de los Ayuntamientos.

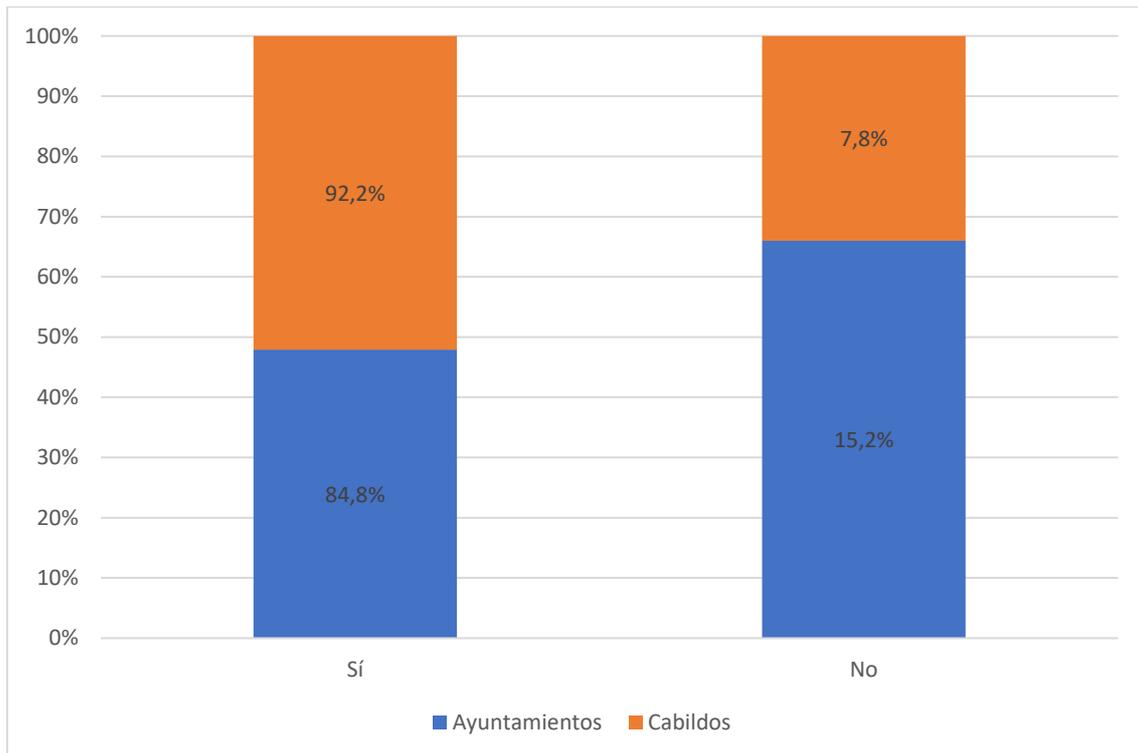


Gráfico 16. Proyectos ejecutados según sí disponen de indicadores de evaluación y tipo de Administración Pública. %. 2013-2016. Total Entidades



Nos ha parecido interesante evaluar algunos ámbitos transversales como la perspectiva de género en la definición de proyectos de prevención de las drogodependencias.

A la hora de conocer si las entidades tienen en cuenta la perspectiva de género a la hora de elaborar las acciones en materia de prevención (Gráfico 17), más de la mitad de las Entidades (51%) declara que no tienen en cuenta esta cuestión para sus proyectos.

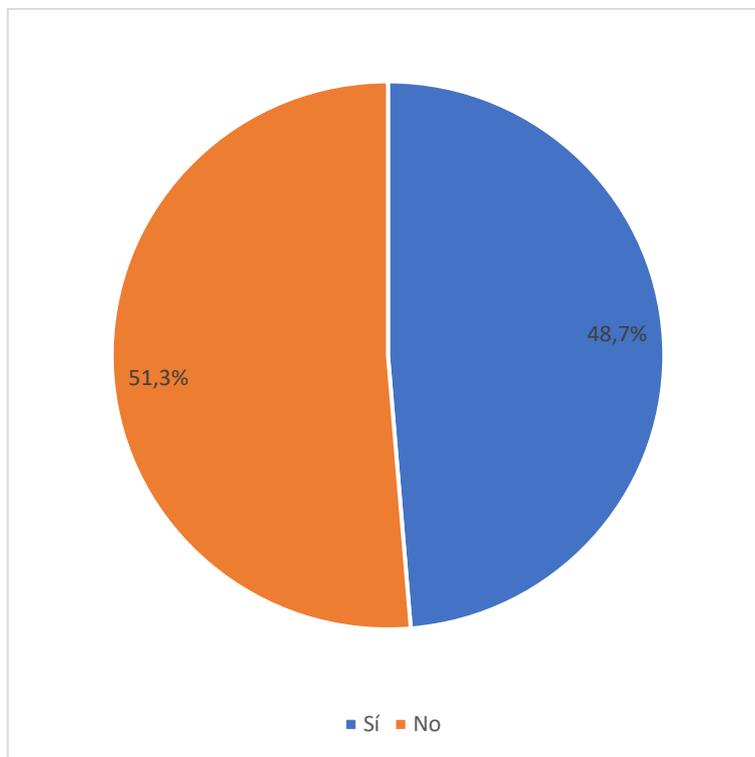


Gráfico 17. Entidades según si tienen en cuenta la perspectiva de género a la hora de ejecutar las acciones en materia de prevención. %. 2017. Total Entidades

Por otro lado, las entidades manifiestan las diferentes dificultades que tienen a la hora de ejecutar proyectos de prevención (Gráfico 18).

La mayor de éstas es la de no disponer suficiente personal para ejecutar los proyectos (64%) y la de no disponer de personal suficiente para elaborar los proyectos (59%), seguida de la de ausencia de fondos propios para la ejecución de actividades (46%) y la ausencia de líneas de subvenciones para ejecutar programas (36%). Por último, un 36% de las entidades declara que los problemas tienen que ver con llegar a colectivos y un 18% los relacionados con la coordinación con otras entidades.

Por tanto, las mayores dificultades que tienen las entidades locales para ejecutar proyectos son la de ausencia de personal para elaborar los proyectos y la de ausencia de personal para ejecutarlos debidamente.



Gráfico 18. Dificultades a la hora de ejecutar proyectos en el ámbito de la prevención (Respuesta Múltiple). %. 2017. Total Entidades



Análisis de los proyectos ejecutados según ámbito de la prevención

En este apartado se analizarán los proyectos ejecutados en el área de prevención según el ámbito de actuación de los mismos y otras variables correspondientes a éstos (número de beneficiarios, anualidades, etc.).

En el Gráfico 19 se exponen el número de proyectos de prevención según el ámbito. Tal y como se observa, un 39% son proyectos de prevención escolar, seguidos por un 15% que corresponden al ámbito del ocio y tiempo libre, un 13% al ámbito comunitario y un 8% al ámbito familiar. Se observa que muy pocos proyectos (1,9%) se dedican al ámbito laboral y ninguno de los proyectos se centra en el ámbito de los medios de comunicación.

Caben destacar una cuestión importante para la evaluación; existen bastantes proyectos que se centran en varias áreas dentro de la prevención. Así, por ejemplo, un 4,8% se centra en el ámbito comunitario, del ocio y tiempo libre; un 3,1% se centra en el ámbito escolar, familiar, comunitario y del ocio y tiempo libre o un 2,4% en el ámbito familiar y escolar. Incluso hay entidades que declaran que sus proyectos se dedican a todos los ámbitos (1,9% de los proyectos)

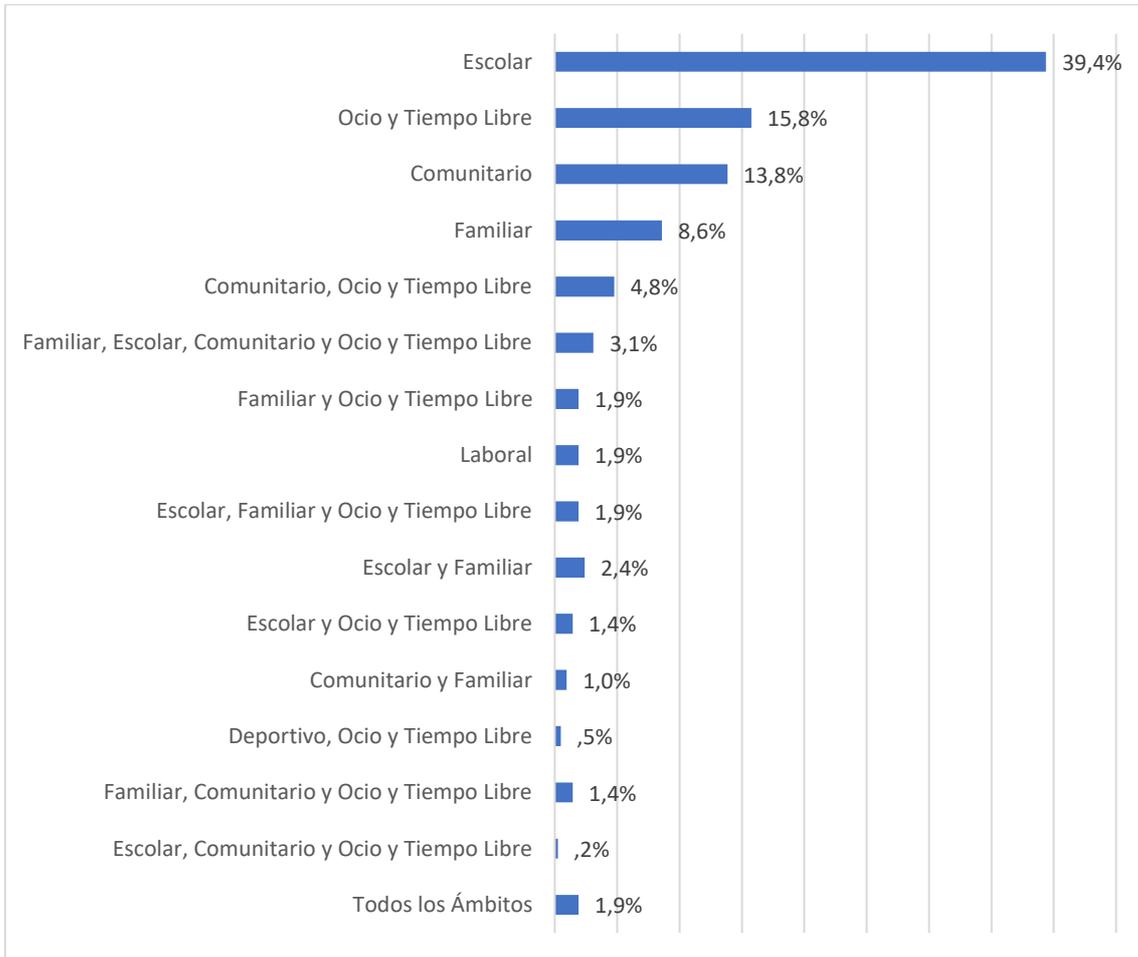


Gráfico 19. Proyectos ejecutados según ámbito de actuación. %. 2013-2016. Total Entidades



Si tenemos en cuenta el factor de aquellas entidades locales que tienen la obligación de tener Plan sobre drogas, los resultados son bastante llamativos (Gráfico 20).

Así, las entidades que tienen la obligación de tener Plan son las que ejecutan en mayor medida proyectos en el ámbito escolar, de ocio y tiempo libre, comunitario y familiar. Sin embargo, cuando se incluye en un mismo proyecto varios ámbitos de prevención de forma simultánea, la mayor parte de éstos se corresponden con municipios que no tienen la obligación de tener Plan.

Esto reafirma la idea de que quizás las entidades que tienen la obligación de tener Plan elaboran proyectos más alineados con el III Plan Canario sobre Drogas

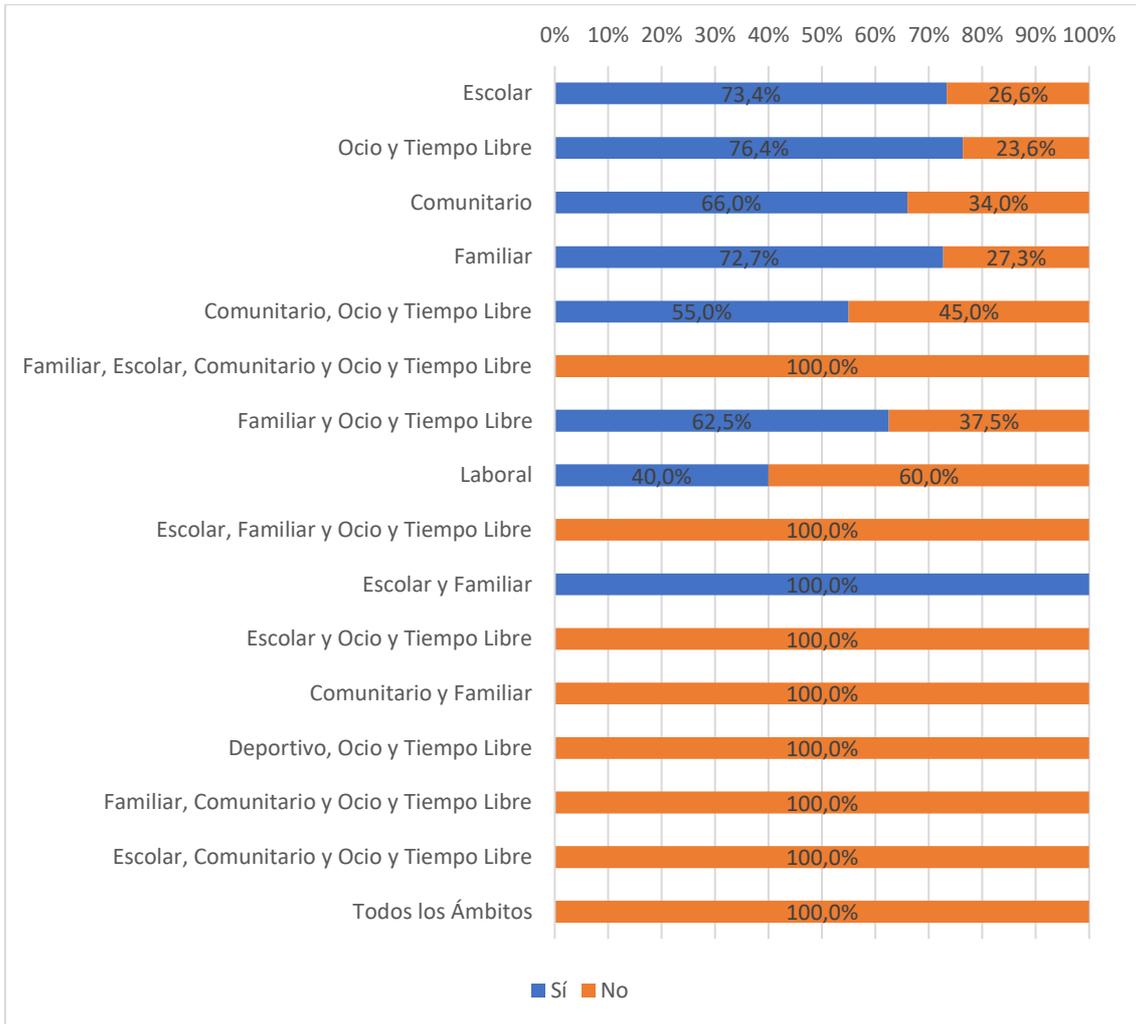


Gráfico 20. Proyectos ejecutados según ámbito de actuación y según si la Administración tiene o no la obligación de tener Plan. %. 2013-2016. Total Ayuntamientos



Si tenemos en cuenta sólo los proyectos delimitados a sólo unos de los ámbitos, se observa que en el periodo analizado (2013-2016) algunos ámbitos crecen en el número de proyectos y otros no (ver Gráfico 21).

Así, los proyectos en el ámbito familiar y comunitario crecen en número, mientras que los proyectos en el ámbito escolar y de ocio y tiempo libre disminuyen. Por otro lado, los proyectos de prevención del ámbito laboral caen en este periodo.

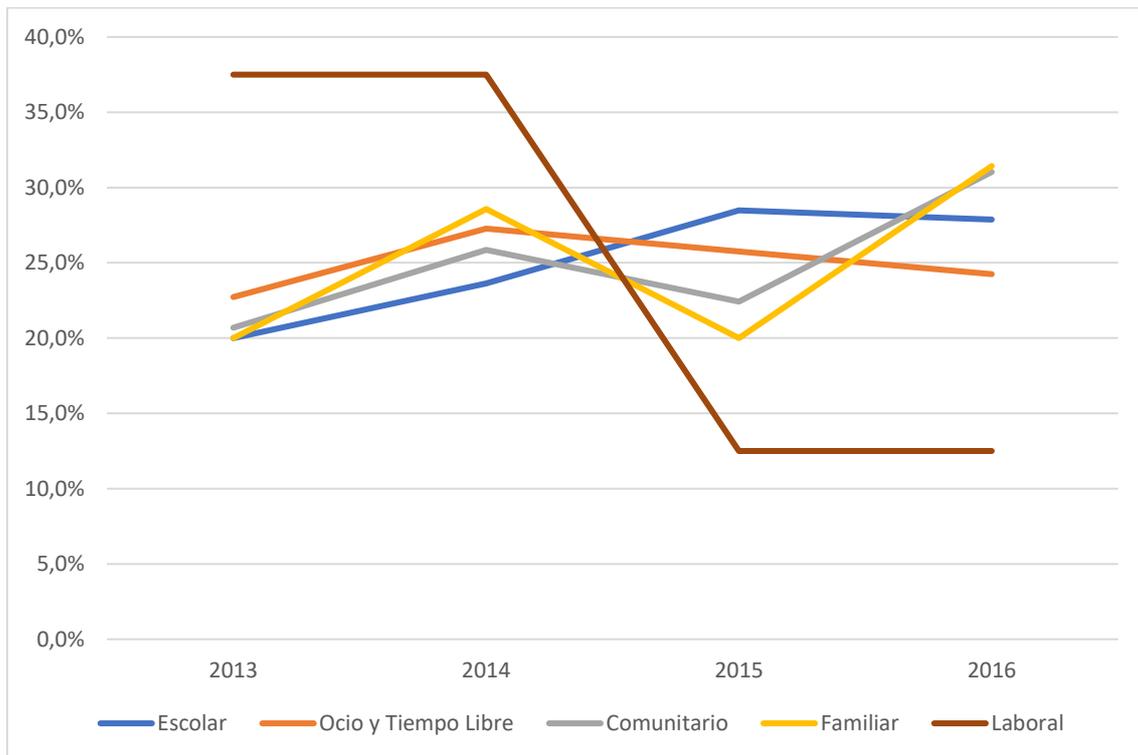


Gráfico 21. Proyectos ejecutados según ámbito de actuación y anualidad. %. 2013-2016. Total Entidades. Sólo incluidos los ámbitos estrictos del Plan

Respecto al número de beneficiarios según el área de prevención en el que están circunscritos los proyectos (Gráfico 22), en el ámbito escolar se ha llegado a 64.900 beneficiarios, seguidos por el ámbito comunitario con un total de 24.201. A continuación encontramos el ámbito del ocio y tiempo libre con 15.830 por 1.572 del ámbito de prevención familiar. Por último, 506 beneficiarios tuvieron los proyectos del ámbito laboral.

▶ EL III PLAN APUESTA POR LA ESPECIFICIDAD DE LOS PROYECTOS PERO LAS ENTIDADES HAN DESARROLLADOS PROYECTOS PARA MÚLTIPLES ÁMBITOS

El resto de los proyectos están englobados en varios ámbitos simultáneamente. Así, en el ámbito comunitario y de ocio y tiempo libre los proyectos tienen 9.732 beneficiarios; en el ámbito escolar, familiar y ocio y tiempo libre 2.770 y en el ámbito familiar, comunitario y ocio y tiempo libre 4.628. Además, los proyectos en los cuales se trabajan todos los ámbitos tienen un total de 3.554 beneficiarios.

Esta escasa delimitación de los ámbitos de los proyectos puede perjudicar el correcto desarrollo de los mismos en virtud de lo expuesto en el Plan de Drogas, pues tiene una gran cantidad de beneficiarios cuando desde el propio Plan no se concibe trabajar diversas áreas simultáneamente.

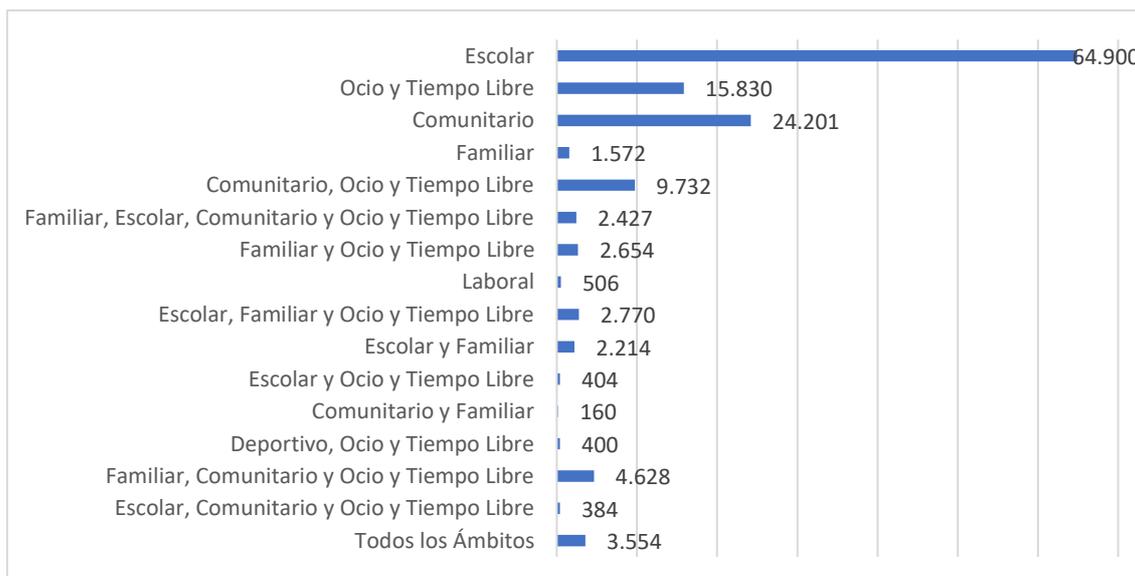


Gráfico 22. Proyectos ejecutados según número de beneficiarios y ámbitos. 2013-2016. Total Entidades

En el Gráfico 23 se exponen los proyectos ejecutados según el ámbito de prevención y la entidad local que lo ejecuta. Así, los Ayuntamientos se centran en todos los ámbitos en mayor medida que los Cabildos, a excepción de los proyectos recogidos en el ámbito familiar, escolar, comunitario y de ocio y tiempo libre, donde un 61% de éstos los ejecutan los Cabildos.

Por tanto, la ejecución de proyectos sin segmentar la población por el ámbito y tocante a diversas áreas simultáneamente no es algo exclusivo de los Ayuntamientos, sino que también los Cabildos han realizado este tipo de proyectos.

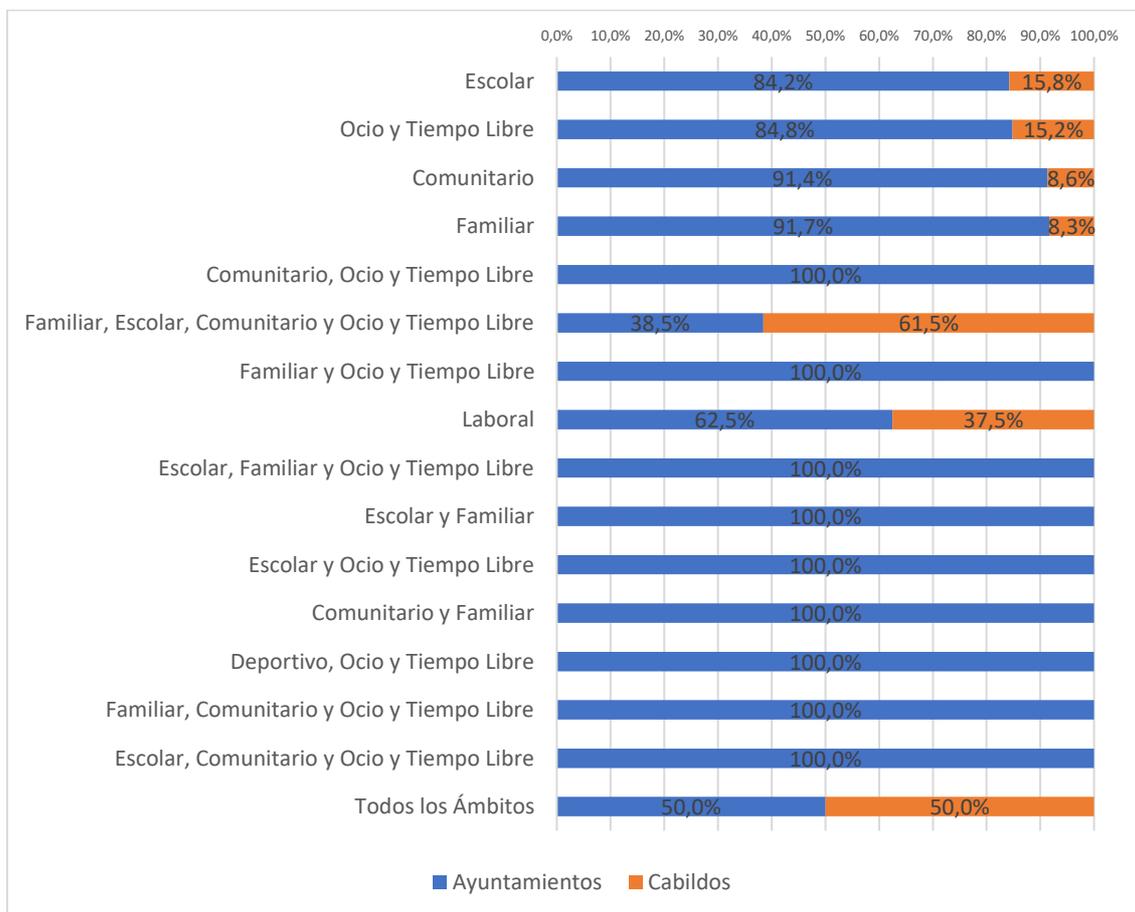


Gráfico 23. Proyectos ejecutados según tipo de Administración que lo ejecuta y ámbito. %. 2013-2016. Total Entidades

Para acabar con el análisis de las acciones de las entidades locales en el ámbito de prevención, se han analizado los proyectos ejecutados por éstas según ámbito y según disponibilidad de indicadores de evaluación (Gráfico 24).

Cabe destacar que los proyectos donde menos indicadores de evaluación se aplican son de ámbito comunitario y ocio y tiempo libre (un 60% no tienen indicadores de evaluación) y los proyectos del ámbito escolar, ocio y tiempo libre (un 83% no tiene indicadores de evaluación).

▶ UN 15% DE PROYECTOS DEL ÁMBITO ESCOLAR Y UN 18% DEL ÁMBITO COMUNITARIO NO TIENEN INDICADORES DE EVALUACIÓN

Esta cuestión viene a reafirmar que los proyectos que recogen varias áreas simultáneamente no disponen de indicadores que permitan evaluar la ejecución correcta de los mismos.

Es necesario destacar que un 15% de los proyectos del ámbito escolar y un 18% del ámbito comunitario ni siquiera cuentan con algún tipo de indicadores de evaluación, lo cual bien a ser un punto importante a tener en cuenta para futuras acciones.

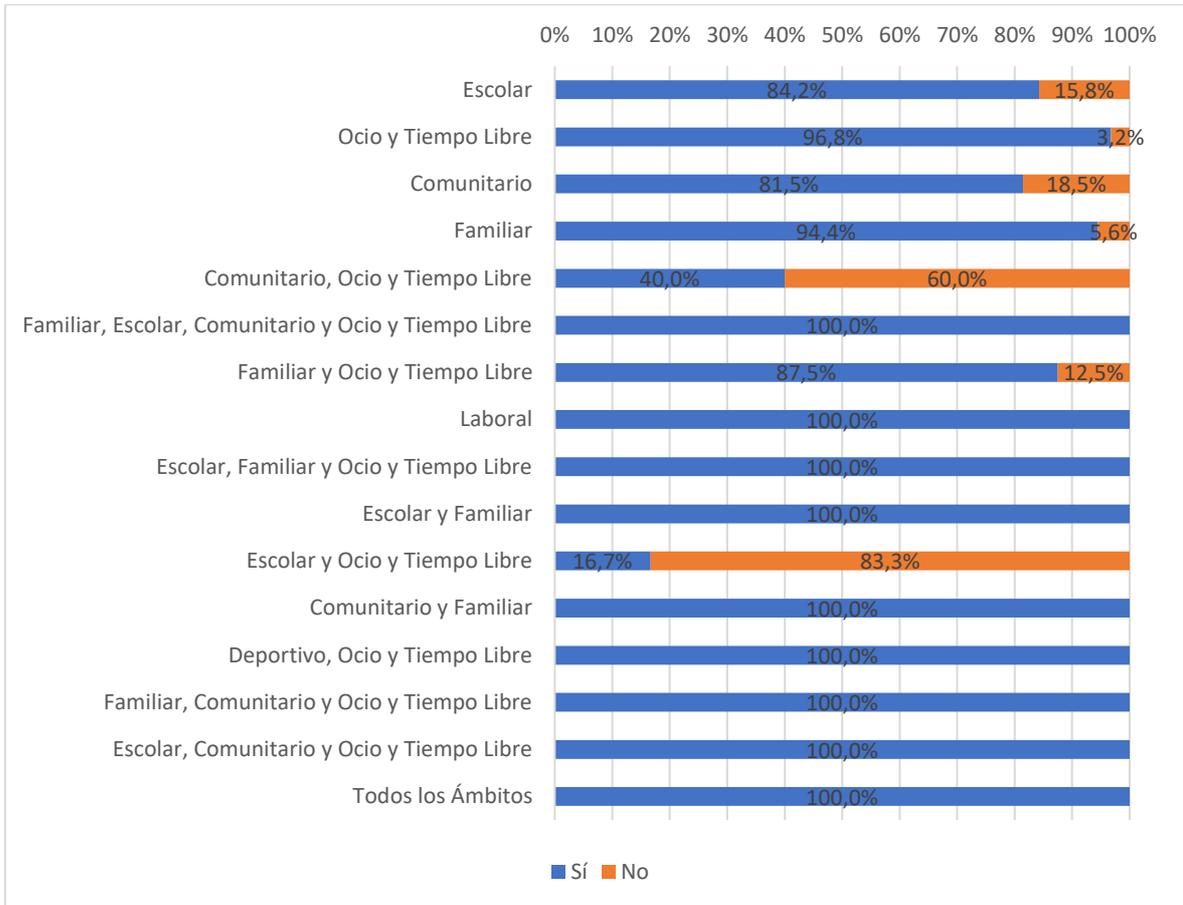


Gráfico 24. Proyectos ejecutados según sí disponen de indicadores de evaluación y ámbito. %. 2013-2016. Total Entidades

5.1.1.2.2 Evaluación cuantitativa de la situación de las entidades en el ámbito de la prevención

En este apartado se analizará tanto la situación en cuanto a personal dedicados al ámbito de la prevención de las entidades locales como a la disponibilidad, conocimiento y grado de difusión del Plan sobre Drogas, y cuestiones relativas a las lógicas empleadas para la ejecución de los proyectos que realizan en este ámbito.

Diagnóstico de la situación de los trabajadores de las entidades locales

Las entidades locales que han respondido al cuestionario tienen, de media para el periodo 2013-2017 un total de 1,3 trabajadores dedicados al ámbito de la prevención (no en exclusiva).

El perfil profesional en general suele corresponderse a trabajadores/as sociales, pedagogos/as, educadores/as, psicólogos/as y monitores/as.

Si atendemos al tipo de Administración (Gráfico 25), los Cabildos de media tienen ligeramente más personal que los Ayuntamientos.

Se aprecia que los trabajadores principalmente de los Cabildos son relativamente estable en todo el periodo estudiado.

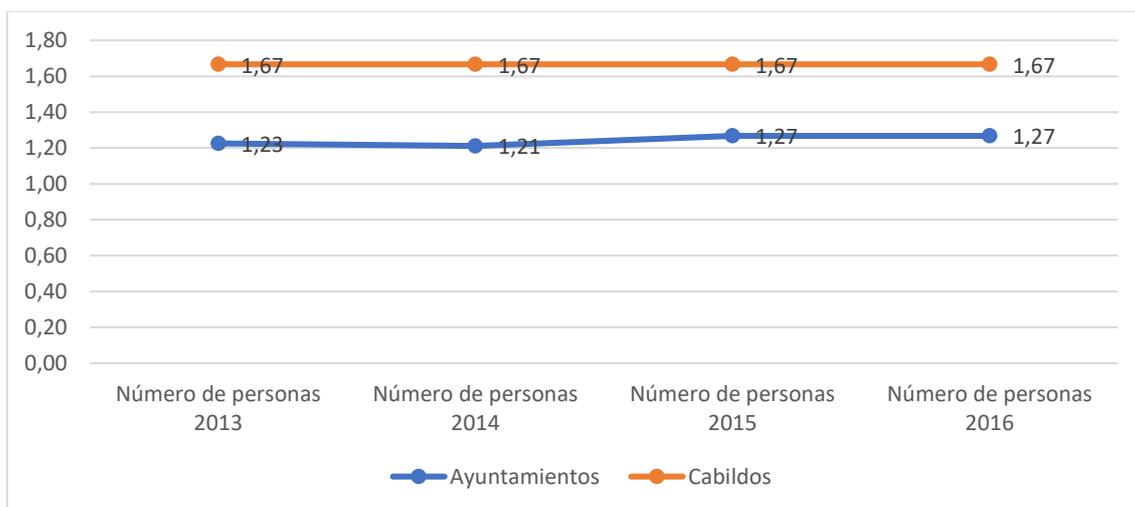


Gráfico 25. Número de personas dedicadas al ámbito de drogodependencias según tipo de Administración. Media. 2013- 2017. Total entidades

Por otro lado, si tenemos en cuenta si se tiene o no plan municipal, en general los Ayuntamientos que tienen plan municipal disponen del doble de personal en todo el periodo analizado que los que no disponen de plan (Gráfico 26).

Por tanto, podemos advertir que el disponer de plan municipal, tiene una correlación con la existencia de más personal dedicado a prevención.

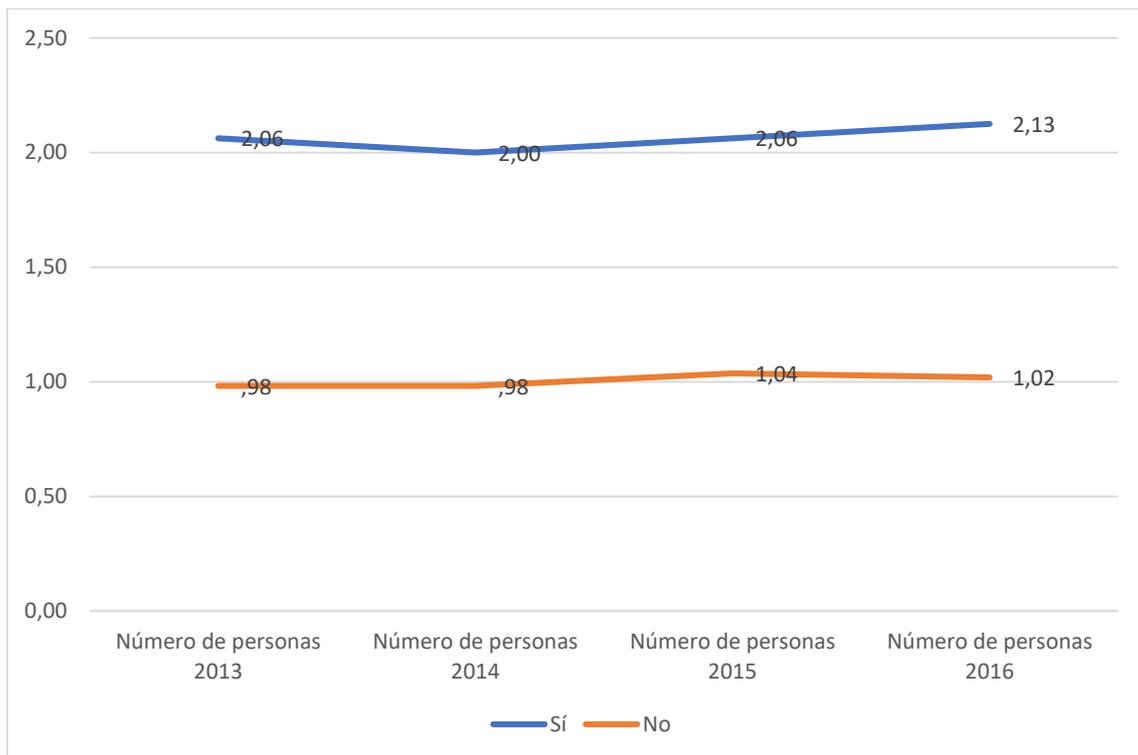


Gráfico 26. Número de personas dedicadas al ámbito de drogodependencias según si la Entidad tiene Plan o no. Media. 2013- 2017. Total Ayuntamientos



En otro orden de cosas, en general el porcentaje de personas a tiempo completo a lo largo de los años ha variado en cierta medida (Gráfico 27).

Se puede ver un ligero incremento en el periodo de 2013 a 2014, pero desde esa fecha la tendencia de personal con dedicación exclusiva ha ido descendiendo a niveles anteriores a 2013.

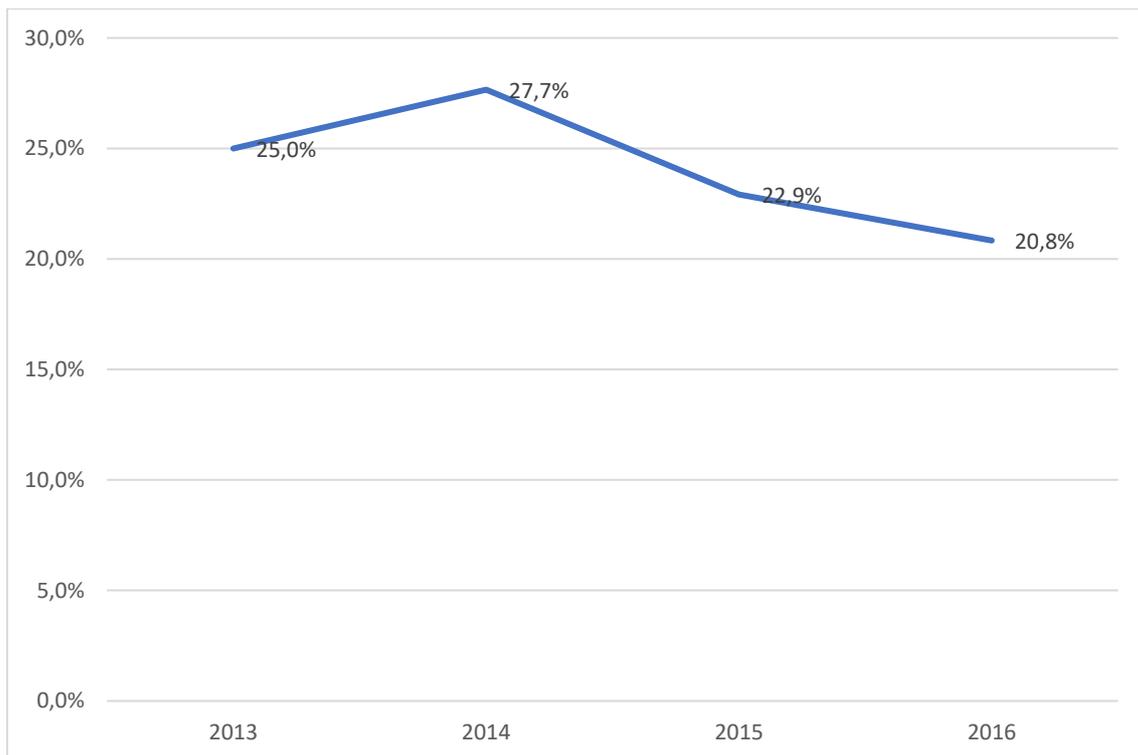


Gráfico 27. Entidades que tienen personal exclusivamente para el ámbito de las drogodependencias. %. 2013-2016. Total entidades

Diagnóstico sobre el conocimiento del III Plan por parte de las entidades locales

Resulta interesante para la evaluación estudiar el conocimiento que tienen las entidades locales sobre el III Plan Canario sobre Drogodependencia.

Además del mapa que hemos expuesto en el apartado de contexto, en ese punto vamos a profundizar en las variables relacionadas con la disponibilidad del Plan sobre Drogas y sus características más importantes.

En el Gráfico 28, observamos que, de las entidades obligadas a tener aprobado un plan de prevención y tratamiento en el ámbito local, sólo un 60% dispone de dicho plan.

Como aspecto positivo es necesario también destacar que un 6% de las entidades locales que no tienen la obligación de tener un plan municipal cuentan con uno aprobado.

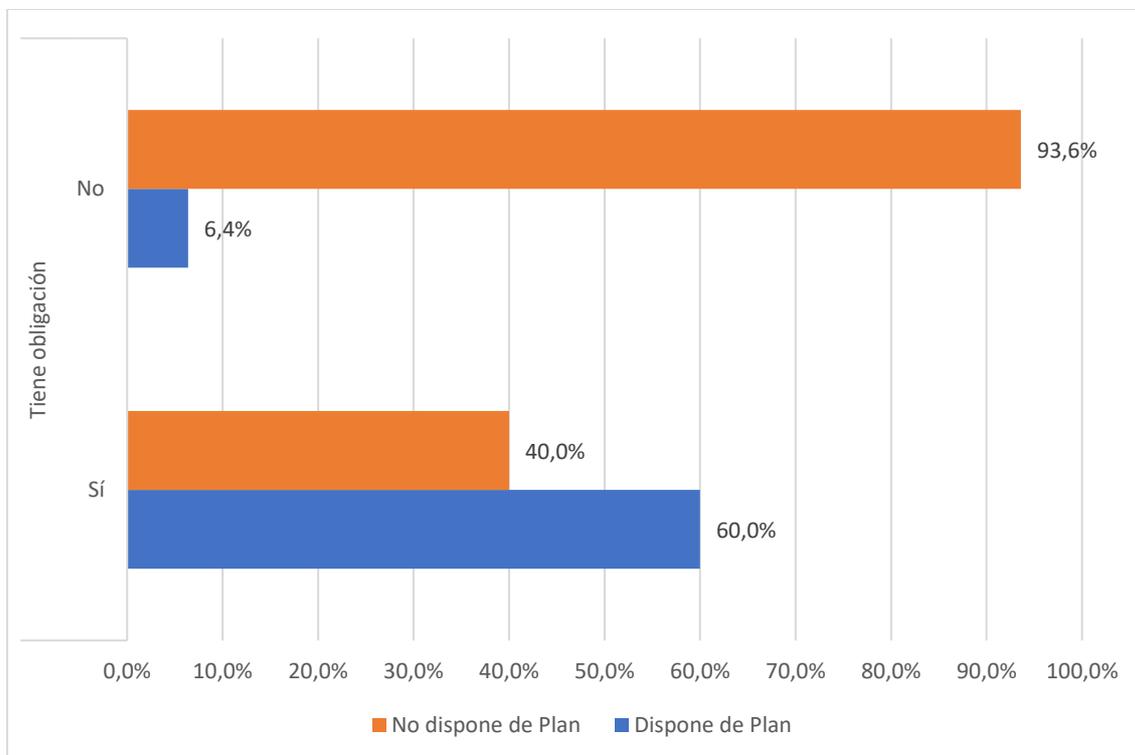


Gráfico 28. Entidades según disponibilidad de Plan sobre Drogas según obligación de tenerlo o no. %. 2017. Total entidades



Según el tipo de Administración (Gráfico 29), se observa que un 83% de los Cabildos que han cumplimentado el cuestionario tiene Planes sobre Drogas, mientras que solo un 22,5% de los Ayuntamientos dispone del mismo.

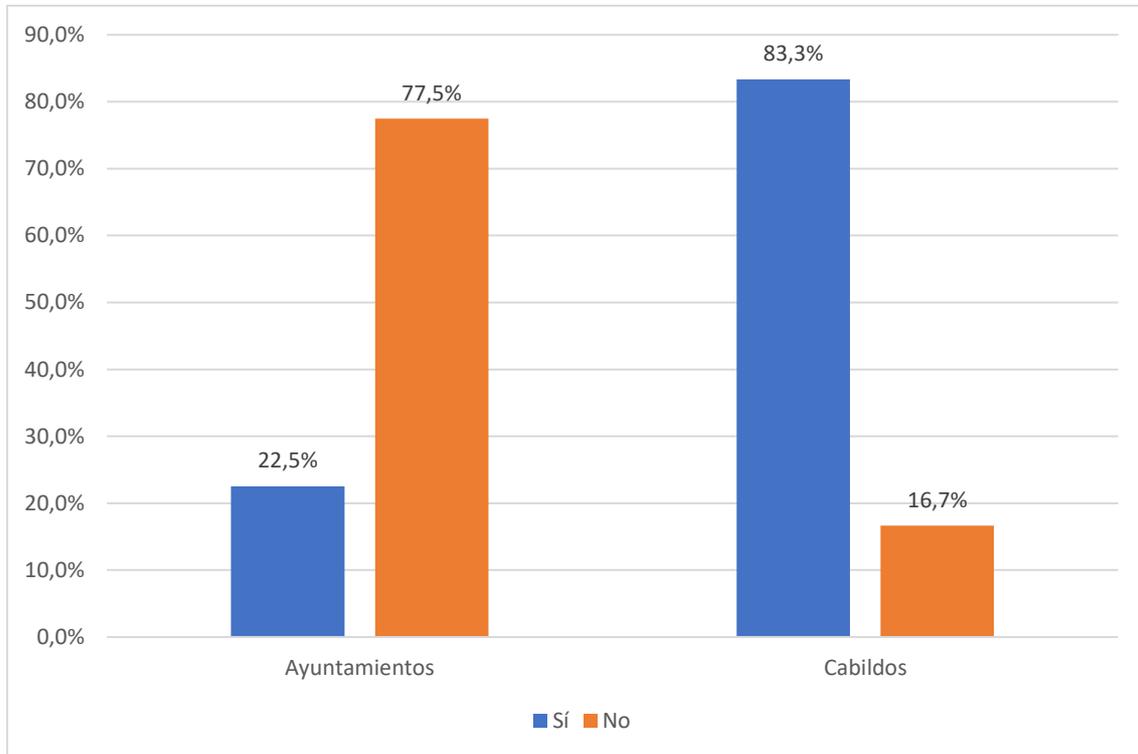


Gráfico 29. Entidades según disponibilidad de Plan sobre Drogas y según tipo de Administración Pública. %. 2017. Total entidades



Por otro lado, si tenemos en cuenta sólo las entidades con Planes sobre Drogas (Gráfico 30), encontramos que un 50% lo tiene aprobado de 2013 en adelante, mientras que el otro 50% lo tiene aprobado con anterioridad a 2013.

Llama la atención que hay planes aprobados desde 2001 y 2006 que posiblemente estén prorrogados.

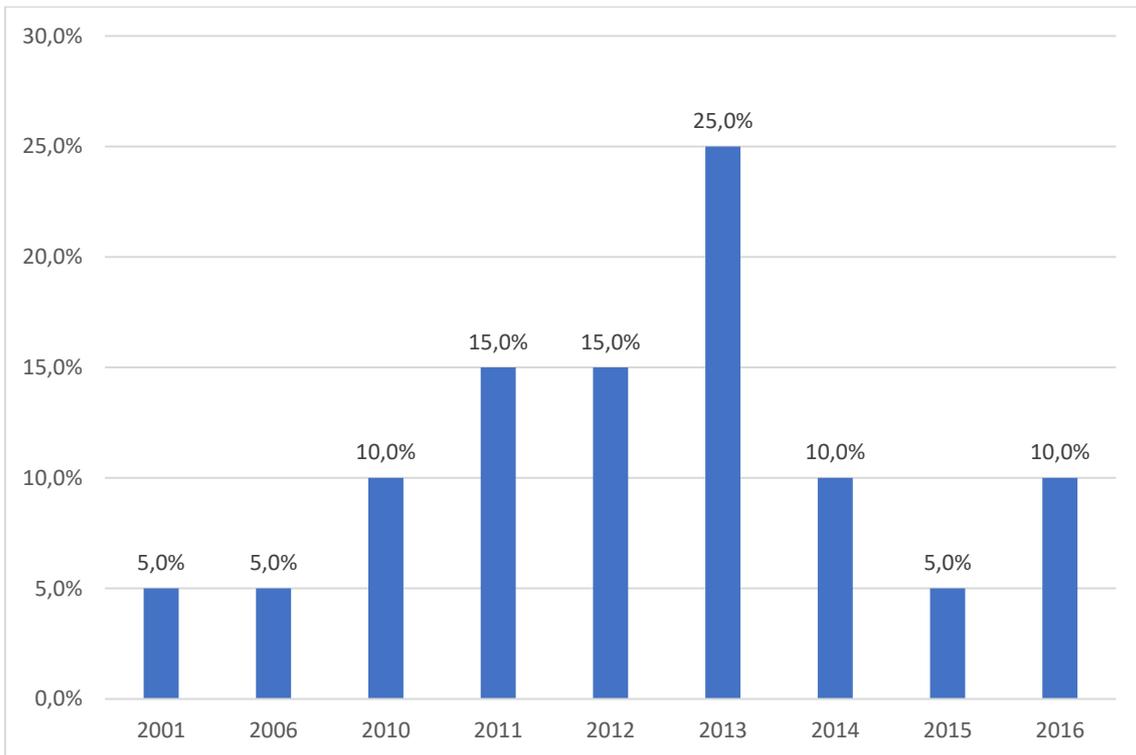


Gráfico 30. Entidades según Año de aprobación de los Planes sobre Drogas. %. 2017. Entidades con Plan sobre Drogas (n=21)



Si tenemos en cuenta el año de finalización de la vigencia de los distintos planes locales (Gráfico 31), destaca que un 45% finalizó la vigencia de su plan en el año 2017, siendo un 10% para 2018 y un 5% para 2019 y 2023. Por tanto, un 35% de las entidades con plan lo tuvieron vigente antes de 2017.

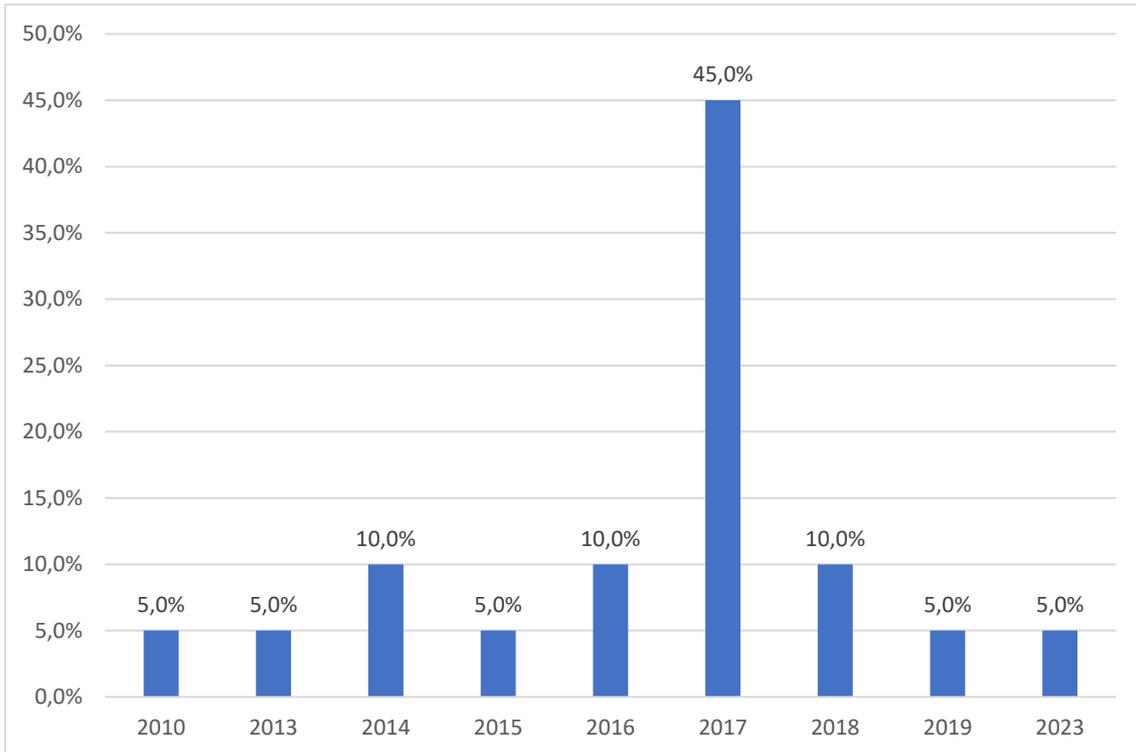


Gráfico 31. Entidades según Año de finalización de la vigencia de los Planes sobre Drogas. %. 2017. Entidades con Plan sobre Drogas



Siguiendo con el grupo de entidades locales con plan contra las drogodependencias (Gráfico 32), un 63% dispone de partida presupuestaria propia para la ejecución del plan municipal mientras que hay un 36% de entidades locales que no asignan ficha presupuestaria propia a los proyectos. Este dato es crítico ya que la apuesta por una política pública se substancia en la existencia de un presupuesto específico y aquí nos encontramos que más de un tercio de las entidades locales que tienen plan no tienen una partida presupuestaria exclusiva asignada.

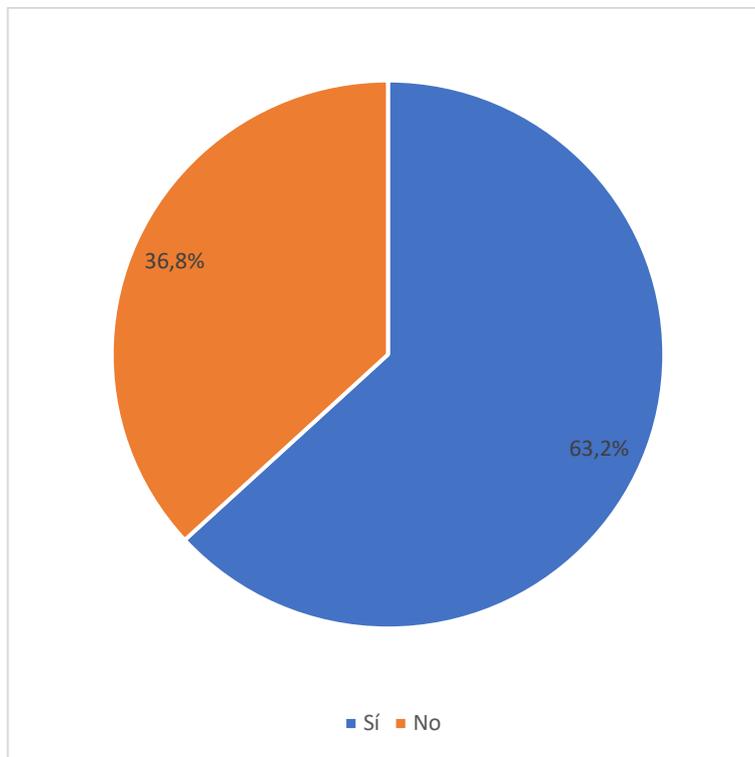


Gráfico 32. Entidades según disponibilidad de partida presupuestaria para Planes sobre Drogas. %. 2017. Entidades con Plan sobre Drogas (n=21)

Si nos detenemos en analizar las entidades locales que actualmente no tienen plan (Gráfico 33), observamos que, de los que tienen la obligación de contar con plan municipal, sólo un 33% dispone de algún documento de planificación (preguntamos que aunque no tuvieran plan municipal, si realizaban algún tipo de planificación de las actuaciones),

Un 66% de los que tienen la obligación de tener plan municipal no disponen de ningún documento donde se planifiquen estrategias en el ámbito de las drogodependencias.

Además, cabe destacar que apenas hay diferencias entre las entidades que no tienen la obligación de tener plan municipal en este tema, pues un 31% de las que no tienen obligación de contar con un plan municipal tienen algún tipo de documento en el que planifica las actividades de prevención, aunque no cumpla los criterios para ser un plan municipal.

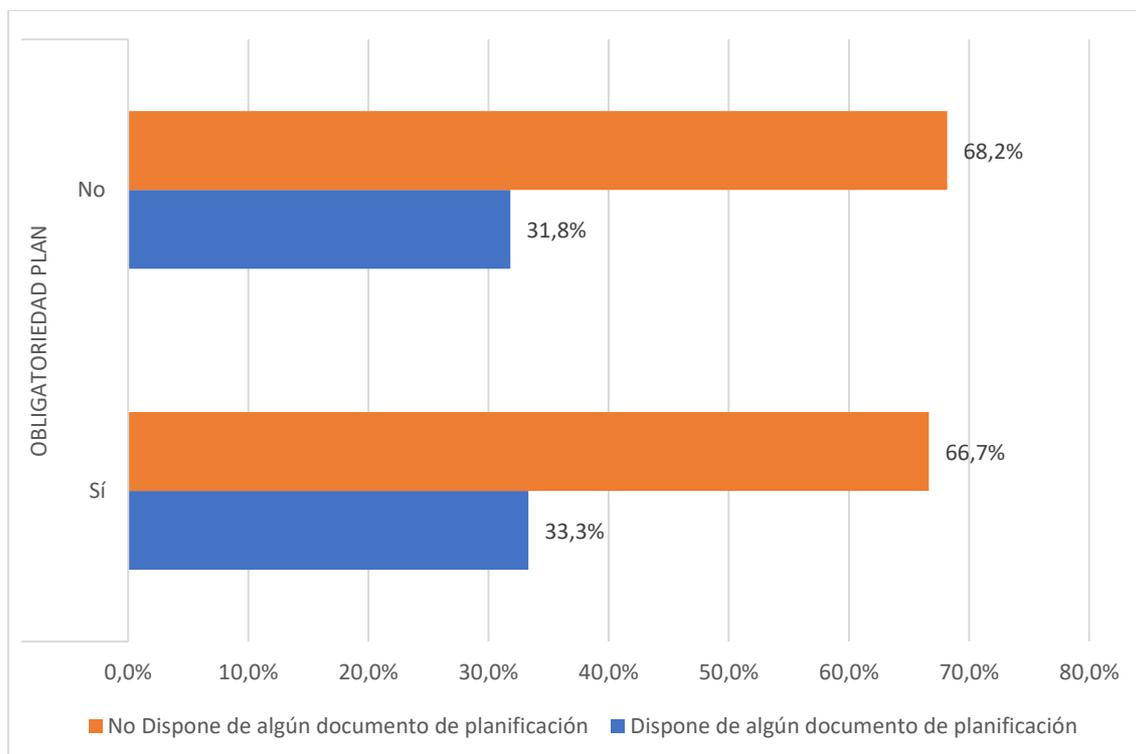


Gráfico 33. Entidades que disponen de algún documento de planificación (no un plan propiamente dicho) según obligación de tenerlo o no. %. 2017. Entidades sin Plan (n=56).

Respecto a los motivos por los cuales las entidades municipales no tienen un plan municipal a pesar de tener la obligación de contar con uno (Gráfico 34), estas entidades destacan por encima de todo el hecho de no tener personal específico para llevarlo a cabo (55%), que no tienen presupuesto suficiente para elaborarlo (44%) y un 12% que no es una prioridad para la entidad local correspondiente.

Sólo un 28% declara que no tiene plan municipal porque la ley no le obliga a tenerlo, lo cual indica que el resto no lo tiene por motivos más bien técnicos o económicos (no legales).

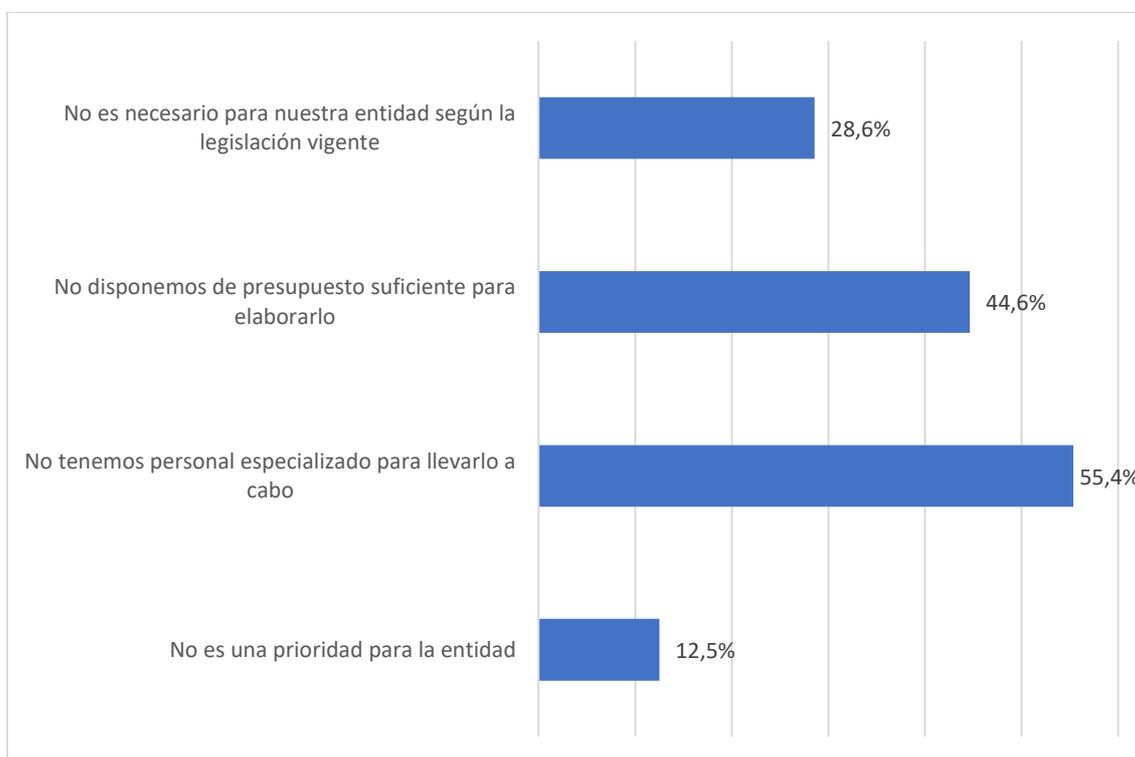


Gráfico 34. Motivos por los cuales no dispone de Plan sobre drogas su entidad (Respuesta Múltiple). %. 2017. Entidades sin Plan (n=56)

En lo referido a la difusión y conocimiento del III Plan Canario sobre Drogodependencias (Gráfico 35), entendemos que es un apartado importante a

▶ UN 28% DE LOS TÉCNICOS DE LAS ENTIDADES AFIRMAN NO HABER LEÍDO EL III PLAN CANARIO SOBRE DROGAS

la hora de evaluar la efectividad del Plan como herramienta contra las drogodependencias..

Así, un 31% de las entidades piensa que el III Plan Canario sobre Drogodependencias no se ha difundido correctamente, mientras que casi un tercio (28%) declara que nunca ha leído el III Plan Canario sobre Drogodependencia.

Este hecho, unido al dato de que un 42% considera que el Plan Canario sobre Drogas no guía sus actuaciones en el ámbito de prevención, lleva a considerar que a la hora de ejecutar las acciones, una gran mayoría de entidades locales no han tenido en cuenta ni los objetivos generales, ni los específicos ni los indicadores de evaluación recogidos en el mismo.

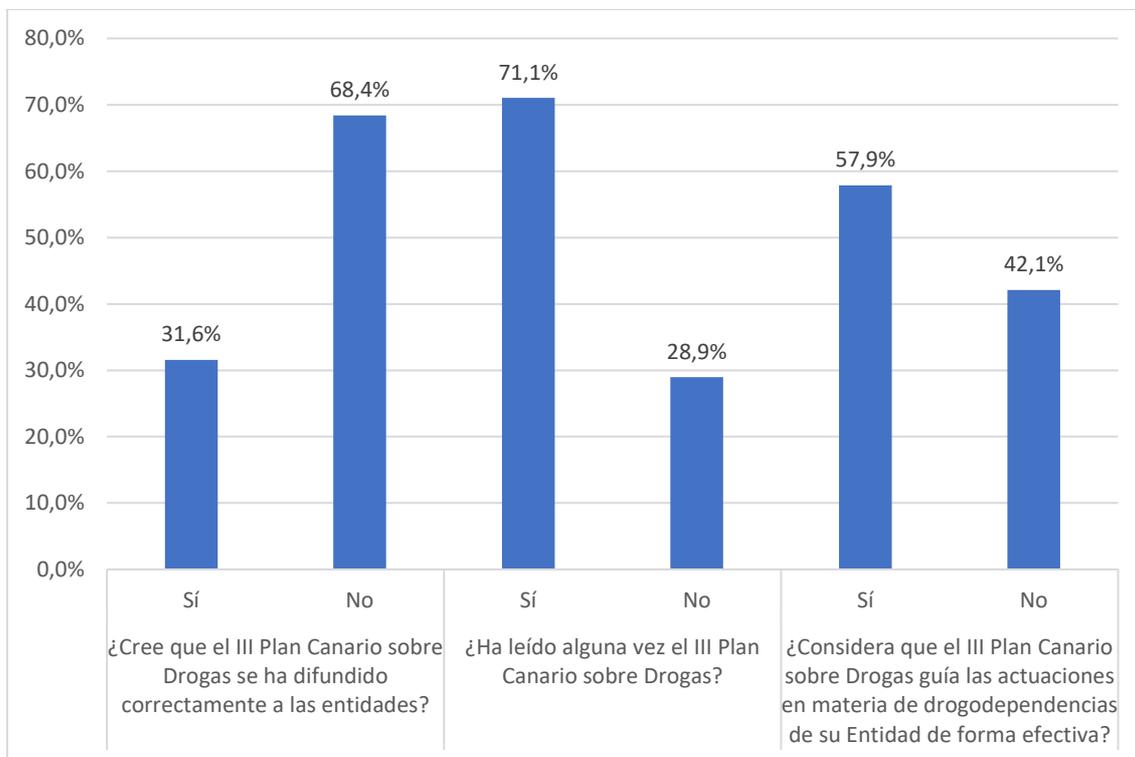


Gráfico 35. Entidades según opiniones acerca de la difusión del Plan. %. 2017. Total Entidades



A la hora de evaluar si el III Plan Canario sobre Drogodependencias ha servido para encuadrar las acciones en materia de drogodependencias en el ámbito de la Comunidad Autónoma Canaria, en una escala de 1 a 10, siendo 1 muy poco útil y 10 muy útil, las entidades se han posicionado en un 5,7, declarando más utilidad las entidades con plan municipal (5,9) que las entidades sin plan municipal (5,5). Por tanto, parece que el III Plan Canario sobre Drogodependencias le parece más útil a las entidades locales que cuentan con su propio plan municipal que al resto.

En el Gráfico 36 se expone las opiniones de las entidades respecto a diferentes afirmaciones sobre proyectos de prevención del ámbito de drogodependencias.

Así, en general hay un desacuerdo palpable (puntuación de menos de 5 sobre 10) en la idea de que el personal tiene formación suficiente, en que las entidades se coordinan adecuadamente con otras entidades y en que las áreas de drogodependencias de las entidades se coordinan adecuadamente con otras áreas de la propia entidad. Por tanto, se manifiestan problemas de coordinación y formación en el ámbito de drogodependencias.

Respecto a la formación, a ellos se unen el hecho de que existe un gran acuerdo (8,6 sobre 10) en que el personal de drogodependencias tiene que actualizar sus conocimientos.

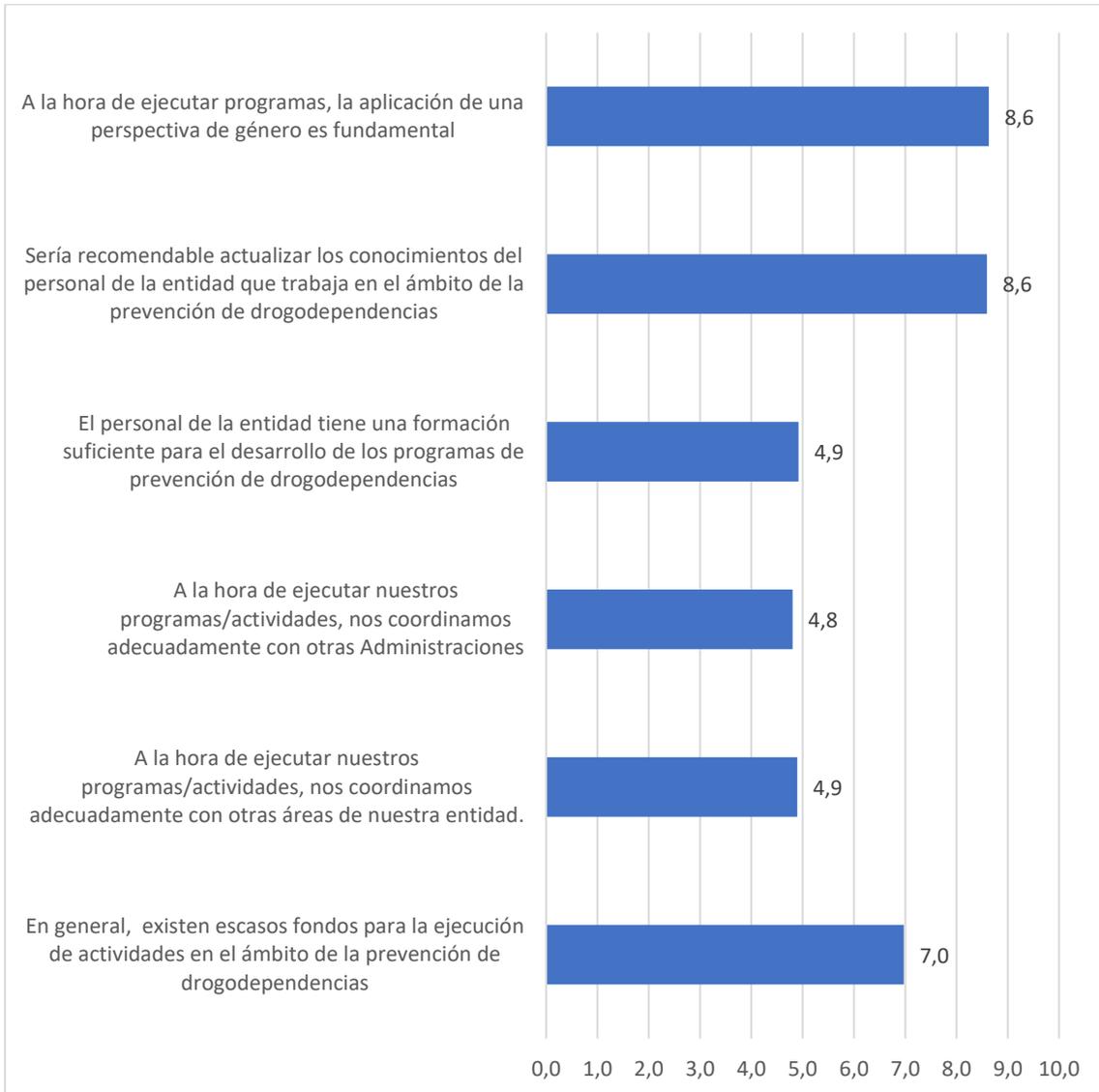


Gráfico 36. Grado de acuerdo de 1 a 10 sobre diferentes afirmaciones sobre el ámbito de las drogodependencias, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo. Media. 2017. Total Entidades

También existe un elevado acuerdo en la idea de que a la hora de ejecutar programas la aplicación de la perspectiva de género es fundamental (8,6 sobre 10).

Sin embargo, resulta llamativo el hecho de que, tal y como se destacó en el Gráfico 17. Entidades según si tienen en cuenta la perspectiva de género a la hora de ejecutar las acciones en materia de prevención. %. 2017. Total Entidades, sólo un 48% la aplica. Por tanto, existe la creencia de que la perspectiva de género es importante pero no se aplica.



Por último, existe un acuerdo notable (aunque no tan alto como cabría esperar, ya que es 7 sobre 10) en que existen escasos fondos para la ejecución de actividades de prevención.

Eso puede significar que en ocasiones los fondos no son un problema, pues las dificultades vendrían más bien por la necesidad de contar con persona que pueda realizar y ejecutar los proyectos (tal y como describió en el *Gráfico 18. Dificultades a la hora de ejecutar proyectos en el ámbito de la prevención (Respuesta Múltiple). %. 2017. Total Entidades*).

5.1.1.2.3 Evaluación cualitativa de la situación de las entidades locales en el ámbito de la prevención

En la metodología de evaluación hemos considerado importante realizar dos grupos de discusión (uno en Gran Canaria y otro en Tenerife) con el fin de tener una valoración cualitativa de la información que tenemos reflejadas en las memorias de conclusiones.

Para que metodológicamente la revisión fuera lo más correcta posible, ambos grupos se celebraron simultáneamente y con el mismo guion de preguntas. La información aportada en ambos grupos de discusión es similar y refleja un acuerdo en determinados aspectos.

La intención de este apartado es incluir la información consolidada de ambos grupos de prevención.

Consolidado de los grupos de discusión sobre prevención en Gran Canaria y Tenerife.

Conocimiento del Plan

¿Se conoce? ¿ Por qué no (en el caso de que sea no)? ¿Qué ha fallado?

El plan tiene demasiados indicadores y muchos de ellos complejos de cumplimentar. Se utilizan para hacer algunos proyectos que sean financiados por la Dirección General, pero los escogen voluntariamente.



Desde las Entidades de prevención toman el III Plan y en especial los indicadores como referencia en función de los proyectos que quieren presentar y la entidad pública a la que se presenta, con el fin de estructurar los programas y qué servicios pueden cubrir a las entidades públicas.

También se han encontrado personas dentro de las instituciones que no tienen conocimiento del III Plan, pero muchas veces se niegan a que sea competencia suya.

Además, destacan que no existe una apuesta firme por prevención.

El III Plan contiene indicadores que no son medibles. No son cuantitativos y algunos indicadores son complejos de cumplimentar. Por otro lado, hay competencias del III Plan que no tienen responsable, sino que los responsables son todos, y nadie quiere hacerse cargo de la competencia correspondiente. Como pone “varias instituciones” en el III Plan, todos quieren adjudicar la competencia a un tercero.

El Plan está pensado desde la transversalidad, pero los departamentos (incluso dentro de la misma institución están cerrados y no quieren asumir la competencia que se recoge en el plan (ya sea por motivos políticos con Consejerías/ Concejalías de distintos partidos, ya sean técnicos, etc.). Al final no sienten el III Plan como suyo. Así, muchas veces, los/as técnicos a pie de calle tienen bastante disponibilidad pero no hay la misma coordinación a nivel político.

Experiencias Personales con el Plan: lo han leído cuantas veces, qué piensan, utilidad.....

Los representantes de los Cabildos y los Municipios tienen como referencia el III Plan, pero como herramienta de trabajo tienen sus propios planes.

Los indicadores se usan como referencia para los Cabildos y Municipios, pero no se adaptaban a la realidad de las Islas no capitalinas. La adaptación del III Plan a la realidad de la isla es muy complicada. Por ejemplo, el III Plan comenta



la coordinación entre islas, pero esta coordinación no existe, la coordinación de las actuaciones se realiza como mucho a nivel de la isla.

En el caso de las ONG'S cuando hacen proyectos municipales o a nivel de isla, se fijan en los indicadores que tienen en esos ámbitos y suponen que la adaptación la realizan los técnicos de la institución pública para adaptarse al III Plan acumulando la información junto con otros proyectos, pero pierden la referencia de si esto se hace realmente.

Cada isla es un mundo de cómo funciona. En algunos sitios, como Fuerteventura por ejemplo, la coordinación con Educación es magnífica y hacen jornadas conjuntas de trabajo y en otras Islas ni siquiera les invitan a los proyectos oficiales de los centros.

¿Qué piensan acerca de que un 40% no lo tiene en cuenta para sus acciones? (datos de la encuesta a Ayuntamientos)

En Gran Canaria entienden que el plan municipal debería ser la guía real. A nivel local siempre hay que realizar adaptaciones del III Plan para adaptarlo a la población. En el grupo de discusión de Tenerife consideran que todos los Ayuntamientos se guían por el III Plan y no creen el dato del 40%; entienden que todos deben guiarse y que se debería realizar una diferencia entre aquellos municipios que tienen técnicos como personal propio de los que no.

Uno de los aspectos más relevantes expresados en Gran Canaria es que cómo va a ser efectiva la actividad si el cabildo no tiene plan insular. La efectividad va por zonas y muy relacionada con el nivel de implicación de los decisores.

La labor de concienciación y generación de sinergias con municipios debería salir de Salud Pública. No es suficiente con la ley en la mano, sino que es necesaria más gestión a nivel de Salud Pública.



Para el próximo Plan, ¿Qué cambiaríamos en cuanto a la difusión?

Primero es que hubiera difusión. En el actual III Plan no hubo difusión. Sería ideal montar grupos de trabajo específicos.

La difusión no puede ser igual para cualquier entidad. Es necesario hacer una difusión especializada dependiendo de la entidad a la que te dirijas, o a la institución e incluir a las Concejalías para que se coordinen entre ellas (muchas veces las propias Concejalías no se coordinan entre ellas). En este sentido, las Consejerías de Educación y los Centros Escolares deberían ser un centro claro para la difusión.

En el grupo de Tenerife, específicamente, se consideró que el III Plan tuvo una difusión adecuada.

Debería haber mayor coordinación en las actuaciones entre Salud Pública y las entidades que tienen Plan para que la difusión de las actuaciones sea coordinada. Muchas veces llega la información de Salud Pública antes que el organismo que tiene Plan haga la propia difusión.

Un tema que funcionó en Fuerteventura es montar una ronda de reuniones Político- Técnicas donde la consejera explica Ayuntamiento por Ayuntamiento el contenido del Plan y el Ayuntamiento elige el técnico encargado.

La parte política es crucial para que los Planes funcionen. Cuando hay cambios políticos continuados, no funciona la coordinación.

Acciones en materia de Drogodependencias (Prevención)

Efectividad. ¿Sirve de algo la prevención?

Los asistentes consideran que la prevención ha sido efectiva en el papel, no en la práctica. En este sentido, la financiación es un problema, pues es escasa y no lo suficiente para hacer los programas de prevención más efectivos.



En el ámbito deportivo lo más efectivo sería controlar la venta de alcohol. Está por ley, pero no se hace. La cartelería a la hora de realizar la prevención está, pero eso únicamente no es muy eficaz.

Es un problema es la coordinación con otros ámbitos. Los/as asistentes se califican así mismos como “apagafuegos”. Cuando ya hay un problema que sale en las noticias es cuando nos llaman para realizar actuaciones.

Habría que evaluar de forma continuada para corregir por el camino. Hay que lograr una evaluación del proceso para evitar desviaciones. Así, es necesario que exista una evaluación continua para ver si se está gastando en lo que dice que se dice. Los/as asistentes destacan que la evaluación actual va a destiempo en relación con el resto de los planes, lo cual hace que sea difícil la coordinación en este ámbito.

Se destaca también que generar un aislamiento de la prevención frente al tratamiento y presumir que automáticamente las acciones en prevención conllevan una protección de las drogodependencias es presuntuoso. Están todos haciendo diagnósticos y Planes y lo que quieren es ponerlos encima de la mesa, no ejecutarlos debidamente.

Perciben que los servicios de prevención sí son valorados por la sociedad. El nivel de información es buenísimo. Por tanto entienden que el problema al que se enfrentan no es problema de información.

Tipo de acciones habituales en prevención. Cuáles creen que son las más comunes (Recuerda que estadísticamente hay muchísimas más de Prevención Escolar).

Existe una falta definición de estrategias concretas, poder entrar en líneas de Sanidad por ejemplo: Tema de Promotores de Salud. Existen líneas de intervención y financiación que no se conocen por las entidades.



No hay un verdadero contacto con la Dirección General. Los/as asistentes dudan de las acciones de coordinación y de quien lleva qué cosa en la Dirección General.

Se hace más prevención escolar, en educación. Perciben esto claramente en sus instituciones. En relación a los proyectos de prevención indicada, es más fácil coordinarse con los Centros que en otro ámbito. Están viendo como en algunos casos hay relación a veces entre drogas y fracaso escolar.

Prevención Familiar se realiza menos porque cuesta más por ejemplo por los horarios de los padres y madres. Están muy liados. Es por el tema de los sobreesfuerzos de padres y madres. Cuando las familias fallan es cuando el menor consume. Esta prevención no es la prioridad y normalmente van las familias que no deberían ir, que son aquellos que tienen factores de riesgo más bajo y en especial van las madres que ya de por si están sobrecargadas. Sería muy positivo añadir a las acciones con la familia acciones de taller en paralelo con los niños y niñas.

Prevención comunitaria. Es complejo como afrontarla. Una idea son las asociaciones de vecinos, pero es complicado compatibilizarlos con los horarios. El grupo cree que es crucial orientar los proyectos a colectivos concretos en el ámbito de la prevención comunitaria. Requieren mucho personal que no existe y el personal que lo realiza debe tener una buena disposición; son acciones que se realizan visitando los sitios y no siempre los participantes de las Administraciones Públicas muestran disposición a “salir a la calle”.

Es importante la formación a los mediadores ya que son los que dan continuidad a los proyectos. Importante que vean al chico de la “calle “ como un “colega”. Pero es un peligro que en el caso de la prevención familiar, vean al padre como un “colega”. Hay mucha oferta de ocio y tiempo libre es complicado. Siempre tenemos que hacerlo a través de juventud pero la asistencia en la mayor parte de las ocasiones es escasa.

Los/as asistentes también diferencian entre acciones de prevención y acciones recreativas. La prevención es una actividad con una dirección concreta. La



actividad recreativa no lo tiene. Se pide cada vez justificar más las diferencias. Deporte en sí mismo no es prevención. Lo importante en todo caso es que los monitores sean agentes de salud.

Otras prevenciones a tener en cuenta destacadas por los/as asistentes: Reducción de oferta, Disminución de riesgos, Prevención “polémica” de analizar pastillas, cocaína, etc. Sólo para festivales concretos. Son medidas que es necesario analizar y ejecutar si se ve que son efectivas.

Sobre los Medios de comunicación y redes. Los consideran muy útiles, pero no se hace prevención desde la red, simplemente se da información. Hay que tener en cuenta que es necesario mucho personal y atención (redes 24h). La mayor parte del trabajo en red se hace fuera del tiempo laboral y están orientados a la población en general. Normalmente son iniciativa propia y voluntaria, no una estrategia de las instituciones y además completamente desconectados del Ayuntamiento.

Prevención laboral. Sólo lo hacen dentro de su propia Institución. Otras han hecho sensibilización con la Zonas Comerciales Abiertas y también con Hoteles, pero son acciones muy difíciles y con impacto incierto.

Mucha información que reciben tiene que ver con la prevención familiar (para ver el tema de los hijos) y los trabajadores no tienen tiempo como para llegar a ellos. Tiene sentido sólo con personal propio de las instituciones que participan en los programas contra las drogodependencias. Además es difícil hacer un diagnóstico del ámbito laboral en la propia empresa porque los trabajadores no creen en el anonimato cuando participan. Es un ámbito de actuación “ a ciegas”, sin datos.

Dificultades en la realización de proyectos

Dificultades en la redacción de proyectos.

Los proyectos siendo de una entidad privada (ONG) que dependen de entidades públicas que muchas veces descubren que hay técnicos que no conocen el plan



y que además no tienen nada que ver el técnico que te fiscaliza (con los problemas que eso conlleva).

Las ONG's cuando van a establecer un proyecto, cuidan que siga acorde del Plan pero no todos los municipios funcionan igual. Cada uno "se lo guisa y se lo come". Nadie tiene asesoramiento del personal de la Dirección General para elaborar proyectos. Es más grave en los Ayuntamientos pequeños, pues piden más acciones de asesoramiento.

En el III Plan falta un escalón en relación a la prevención que corresponde a la "prevención indicada" que es el perfil de adolescente y familia que requieren intervención temprana (han coqueteado con alguna sustancia, pero todavía no son dependientes). El III Plan canario no tiene actividades relacionadas con prevención indicada. Todo el mundo lo mete en tratamiento porque ya prueban droga. No existe este perfil. La mejora que sería con estos perfiles es incluirlo en el IV Plan (y al final no es competencia de nadie). Perfiles entre los 13 y 22 años que no tienen ubicación en tratamiento. No son perfiles de tratamiento pero si requieren un seguimiento: esto sería la prevención indicada.

Dificultades en la ejecución de proyectos (financiación, personal, sociedad en su conjunto, coordinación entre administraciones...)

No hay suficiente financiación para proyectos. Hay que tener en cuenta la realidad de las islas no capitalinas que pueden tener más dificultades.

Para la ejecución de proyectos de prevención es necesaria una coordinación entre recursos. No hay capacidad para coordinar y quien lo debe gestionar es Salud Pública. Destacan que No hay espacio para las reuniones.

Se demanda también que todos/as los/as que trabajen la promoción de la salud hablen el mismo idioma, los mismos criterios. Esto se hace mediante actuaciones de coordinación que en la mayor parte de ocasiones no existe. Además, la formación a nivel asistencial es periódica, pero a nivel preventivo no. Es necesario establecer unos mismos criterios y eso se realiza con la formación.



Por otro lado, no hay una coordinación con la Consejería de Educación. Los centros educativos están agotados de proyectos. No quieren más proyectos. A nivel local van a trabajar para ver qué organismos hacen estratificación en función del curso. Las conductas de riesgo son necesario coordinarlas con educación.

En este sentido, hay bastante descoordinación que genera que en un mismo municipio existan distintas ONG's que hacen lo mismo. Por ello, hay que implantar un trabajo de coordinación continuado en el tiempo. La temporalidad de las subvenciones implica que las acciones se corten. Hay que cubrir en dos meses algo que tiene que cubrir en un curso, pero no es así como debe realizarse. No está acorde los objetivos con la planificación de los objetivos con el dinero que llega (se ven obligados a hacerlo mal y se lo gastan como sea).

Mejoras que plantean en la realización/ejecución de los proyectos. Desde su institución hasta la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, pasando por la Sociedad en general, familias, centros educativos, medios de comunicación.....de todos los Recursos.

- Que el plan sea participativo. El anterior plan no fue participativo, sino que se pasó una encuesta.
- Que se tenga en cuenta las nuevas adicciones y la población indicada. Una mayor atención.
- Reforzar los equipos de prevención porque no hay personal.
- Tener en cuenta a los medios de comunicación. Éstos en ocasiones difunden mensajes que son mensajes incompatibles con los de Salud Pública. Por ejemplo, spots publicitarios con saturación de mensajes con empresas de bebidas alcohólicas como promotora de la selección de fútbol.
- Controlar la promoción de "fumaderos". Hay un registro de asociaciones de cannabis de crecimiento. Se han abierto hasta 400. No podrían estar cerca de lugares de jóvenes y sin embargo hay veces que pasan.



- Formación de los agentes, de los técnicos, que cumplan con la formación. Que todo el mundo reciba la formación adecuada. Las redes sociales no ayudan mucho porque las redes sociales encuentras cualquier cosa.
- Tener en cuenta otras adicciones. Han proliferado los temas de apuestas y otro tipo de adicciones sin sustancia. Actualmente existen muy pocos sitios donde se trabaje la prevención de este nuevo tipo de adicciones que está cogiendo mucha fuerza en los últimos años. En el momento que se plantean adicciones y no drogas, ya es competencia de todos los presentes.
- Controlar el término de uso de las drogas. Uso terapéutico, uso recreativo versus Drogas o no drogas. Tenemos que realizar una clarificación para que tengamos un único mensaje.
- Una guía de recursos actualizada. Es necesario porque las anteriores ya no son válidas.
- El profesorado solicita protocolo para niños que van bajo efectos de cannabis a clase. Algún tipo de acuerdos para ver qué se puede hacer. También se demandan protocolos de actuación ante la adicción a móviles. Actualmente sólo lo derivan a menores.
- Por lo menos que exista un servicio de consulta para llamar y resolver dudas.
- Los programas tienen que ir adaptados al contexto donde se van a ejecutar.
- Formación a los profesores, cómo encontrar detección temprana. También hacerlo a entrenadores deportivos (en las islas no capitalinas se tiene que adaptar el discurso)
- Sería fundamental la coordinación con educación para trabajar en las aulas.



Evaluación de acciones. Qué se suele hacer y cómo. Cómo percibe que son las acciones de evaluación que se suelen realizar en los proyectos. Se utilizan sistemas de evaluación? Creen que está sistematizado?

Se deben realizar evaluaciones más periódicas, al menos una vez al año. La dificultad es la de hacer las actividades y evaluarlas correctamente. Todo por escrito. Destacan que el ámbito mejor evaluado es el escolar. En este sentido, son importantes los alumnos de prácticas en las gestiones.

Les parecería adecuado realizar la evaluación de los programas con mesas de trabajo.

Se echan de menos las evaluaciones cualitativas. Son evaluaciones mediante espacios de encuentro y que el plan se enriquezca periódicamente.

No les gusta la evaluación en los cuestionarios (del Plan Nacional) porque consideran que no son útiles.

Cómo podríamos mejorar los aspectos de coordinación y cómo se ha visto la coordinación del III Plan.

Con la Dirección General

No ha habido demasiada coordinación con la DGAD con las islas no capitalinas. Si ha existido algo ha sido voluntad de las personas , pero no por tema institucional.

Antes al menos había más formación, pero actualmente no cuentan ni con esto.

Cuando estaba la FUNCAPID era mejor y más rápido el contacto. Actualmente no tienen claro a quién llamar para que les asesore.

ONG´s si tenían coordinación con el área de prevención. Les hacen seguimiento y les preguntan. Aunque no realmente no sería coordinación, sino seguimiento de la financiación.

Hay una absoluta desconexión entre las Administraciones Locales y la Dirección General.



Con otros Ayuntamientos (varios que hacen lo mismo el mismo día a la misma hora, dos municipios colindantes...)

En islas no capitalinas tienden a coordinarse fácilmente porque es más sencillo. Influye el tema de quién esté políticamente. Sin embargo, en general la coordinación municipal no existe adecuadamente.

Con el Cabildo Insular

La coordinación es mínima. No hay coordinación entre administraciones. Los Cabildos hacen una memoria cuantitativa. Además, en los Cabildos cuesta más trabajar entre las propias Consejerías que con los Ayuntamientos.

Otras Cuestiones que quieran añadir

- > Formación, especialmente en las islas menores. No hay reciclaje de los/as técnicos. Atender a las nuevas realidades (móviles) sobre las cuales hay que ponerse las pilas”.
- > Convenios con sanidad, por el tema de las benzodiazepinas en las mujeres. Hay un programa para trabajar con Sanidad.
- > Es necesaria una educación emocional del alumnado, del profesorado, etc. Que valdría para cualquier paquete de riesgos.
- > Encuentros técnicos de diagnóstico de la situación.
- > Realización de un programa de evaluación contando con el profesorado, con los alumnos, con las familias.
- > Profesorado. Son una parte importante del plan y les pedimos que trabajen el plan. Esos agentes tienen que estar incluidos.
- > Desde que se aprobó el Plan, noto actitud más positiva para la prevención de las Fuerzas de Seguridad. Tiene que ver con que el Ministerio les haya mandado. Sobre todo en los mandos policiales.



- > Todos estos temas tienen que ver mucho con la voluntad personal.
- > Atrás hubo un pico en cuanto al referente en prevención (la Ley, la Dirección General) que consiguió la implicación de todos y con este tránsito se diluye al formar parte de Sanidad. Reducción importante de la implicación al desaparecer la Dirección General de Atención a las Drogodependencias.

5.1.2 Tratamiento-Integración

5.1.2.1 Evaluación cuantitativa de la evolución de los/as usuarios/as 2014-2016.

En este apartado se analizará las características básicas de los usuarios de los servicios de tratamiento e integración social en la Comunidad Autónoma Canaria. No se realizarán cruces ni por isla ni por municipios para evitar cualquier tipo de identificación, respetando así el anonimato correspondiente.

Usuarios según variables sociodemográficas

Primeramente, se mostrarán las características sociodemográficas básicas de los usuarios, para posteriormente analizar las características del consumo y los diferentes perfiles sociodemográficos en función de la categoría de consumo.

Del periodo 2014-2016, los usuarios atendidos por las entidades de tratamiento ascendieron a un total de 14.657, distribuidos tal y como se recoge en el Gráfico 37. Así, en 2016 se produjo un descenso importante de usuarios respecto a los años anteriores.

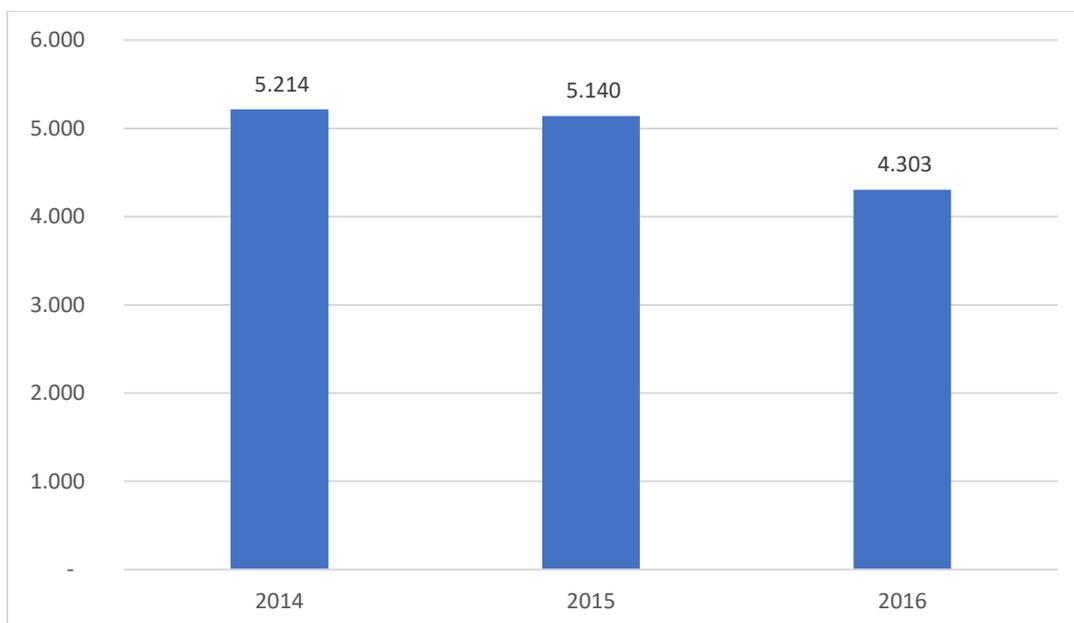


Gráfico 37. . Usuarios bajo tratamiento según anualidades. 2014-2016. Total usuarios



Según el sexo (Gráfico 38), llama poderosamente la atención que un 83% de los usuarios del periodo descrito han sido hombres, por casi un 16% de mujeres.

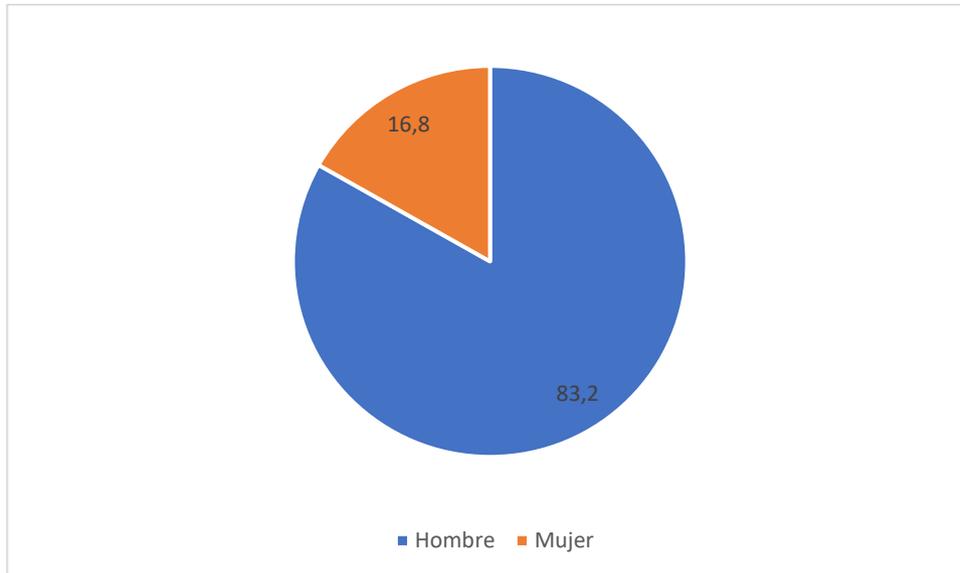


Gráfico 38. Usuarios bajo tratamiento según sexo. 2014-2016. %



Por otro lado, según la edad (Gráfico 39), se observa que la mayor parte de los usuarios se sitúan entre los 30 y los 54 años (engloba al 61% de los usuarios), siendo una menor proporción los de más de 54 años respecto a los jóvenes.

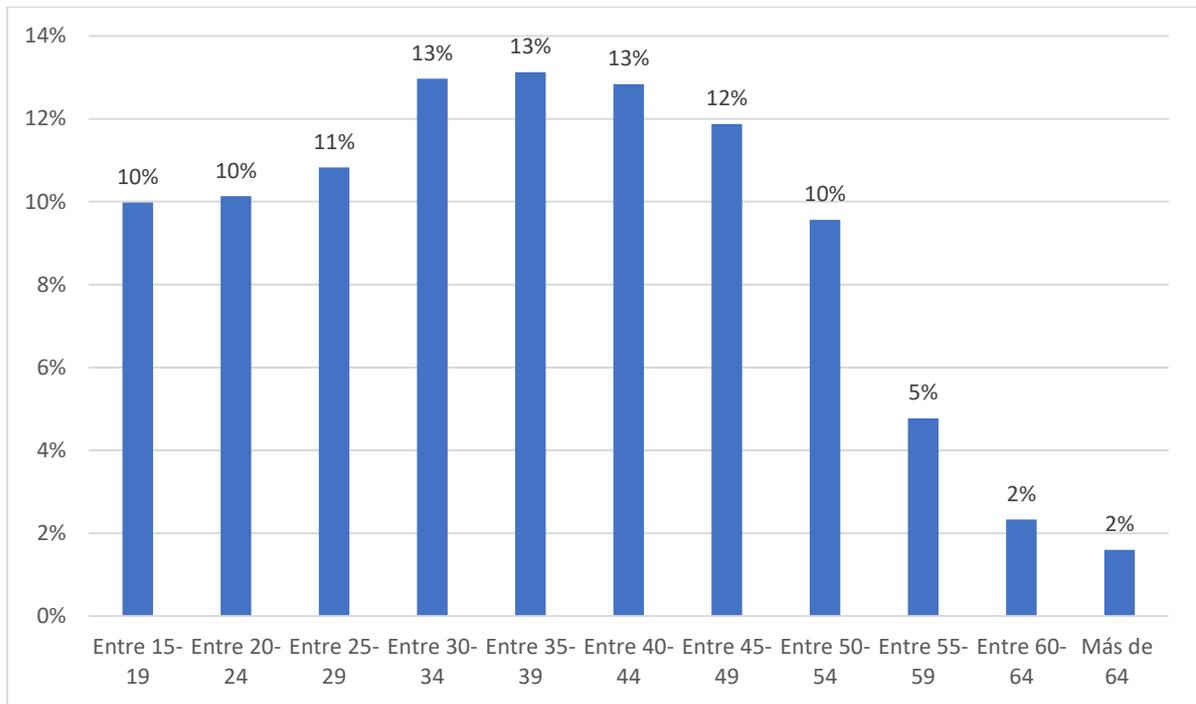


Gráfico 39. Usuarios bajo tratamiento según edad. 2014-2016. %



Teniendo en cuenta el nivel de estudios (Gráfico 40), el 56% de los usuarios tienen Educación Primaria o menos, mientras que un 26% tiene la Educación Secundaria Básica y sólo un 12% Educación Secundaria de segunda etapa o superior. Por tanto, en general, el perfil de los usuarios se caracteriza por un nivel de estudios muy bajo.

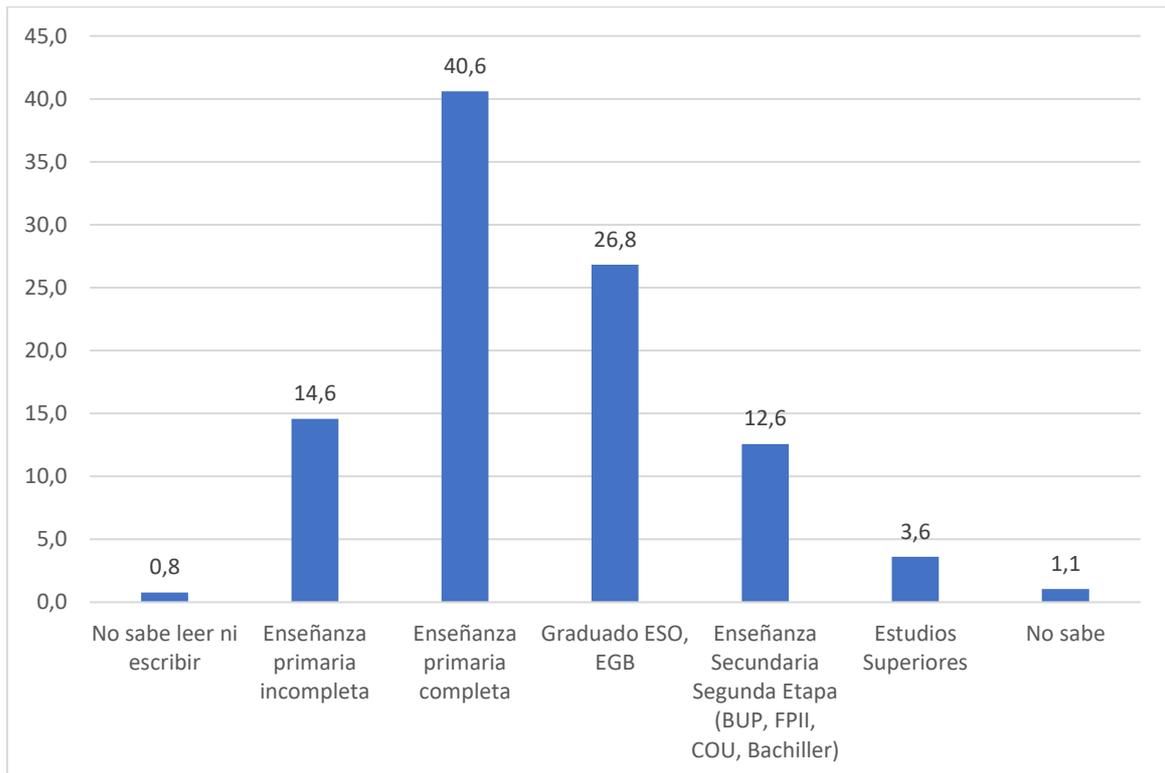


Gráfico 40. Usuarios bajo tratamiento según nivel de estudios. 2014-2016. %



Según la situación laboral (Gráfico 41), un 48% está desempleado habiendo trabajado antes y un 6% lo está pero sin haber trabajado antes. Un 13% trabaja y tiene contratos indefinido y un 11% está estudiando. Por último, un 9% es pensionista o está incapacitado.

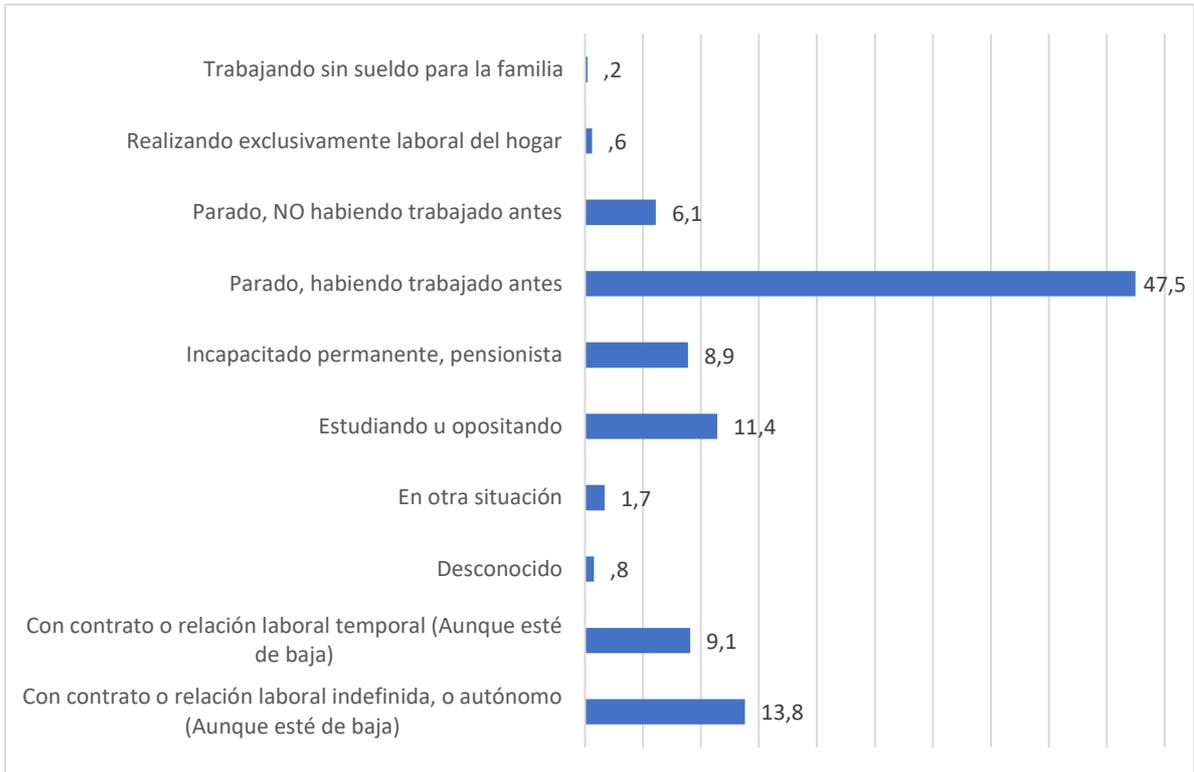


Gráfico 41. Usuarios bajo tratamiento según Situación Laboral. 2014-2016. %

Según el Gráfico 42, la fuente de referencia más importante de los usuarios que les impulsó a abordar su adicción bajo tratamiento son los padres o la familia de origen (42%). Algo menos importante es la pareja con hijos/as (16%), y únicamente la pareja (11%). Cabe destacar que un 15% destaca que el inicio del tratamiento fue por iniciativa propia (solo/a).

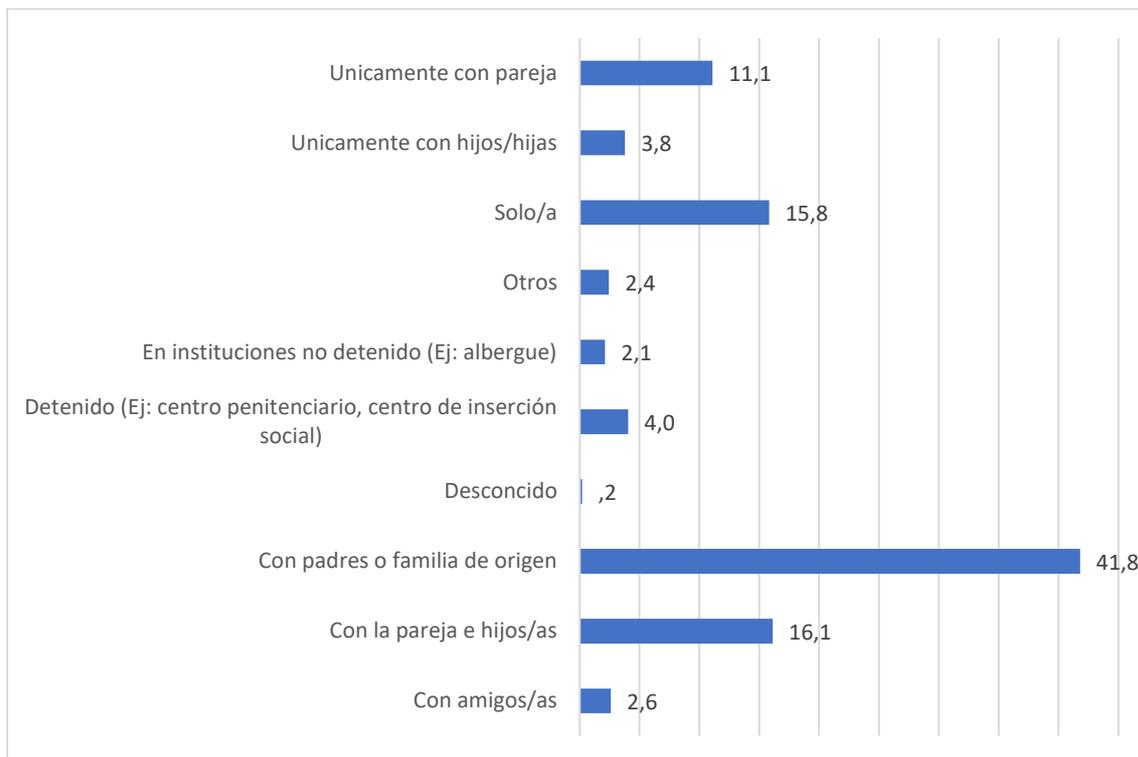


Gráfico 42. Usuarios bajo tratamiento según Fuente de Referencia. 2014-2016. %



Según la nacionalidad del usuario (Gráfico 43), cabe destacar que la mayor parte de los usuarios son españoles (92%), seguido de las personas de origen sudamericano y de la Unión Europea.

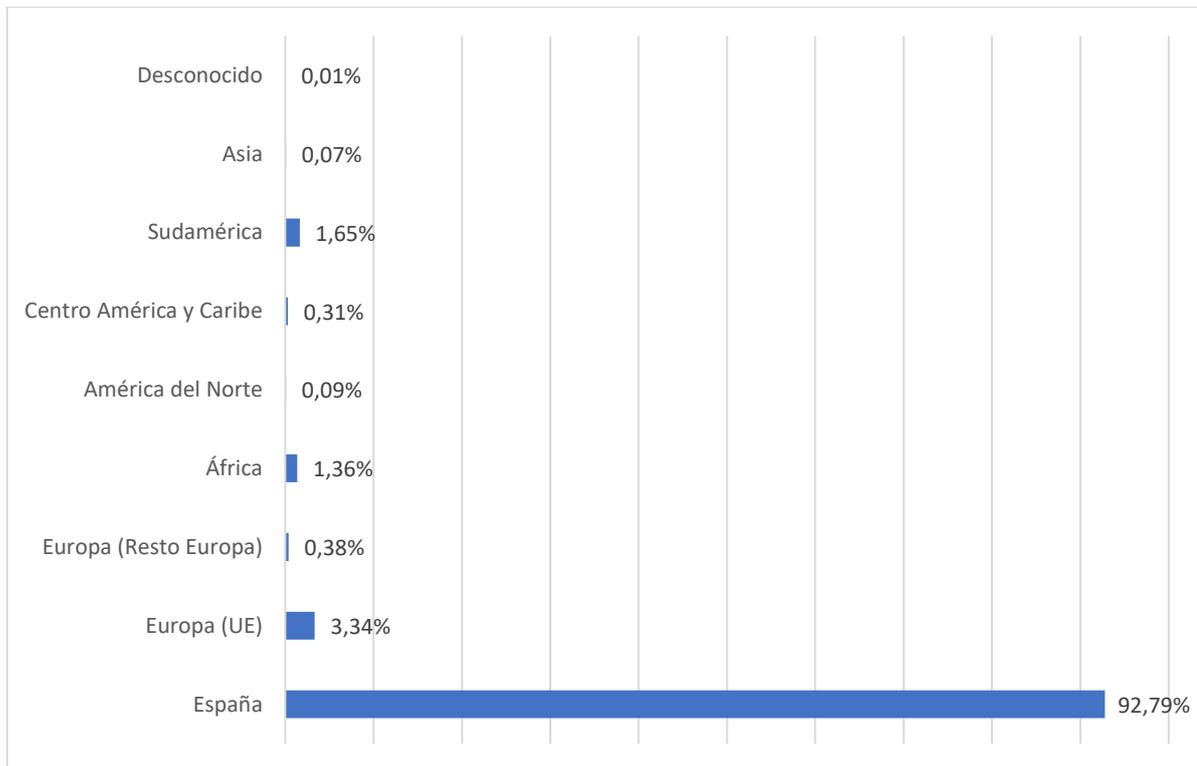


Gráfico 43. Usuarios bajo tratamiento según Nacionalidad. 2014-2016. %

Análisis del consumo de la población usuaria

En este apartado se mostrarán las pautas de los usuarios que han tenido tratamiento relacionados con los diferentes tipos de consumo.

Así, en el Gráfico 44 se observa que la sustancia principal por la que entran en tratamiento los usuarios es el cannabis (29%), seguido del alcohol (25%), la cocaína (20%) y los opiáceos (17%).

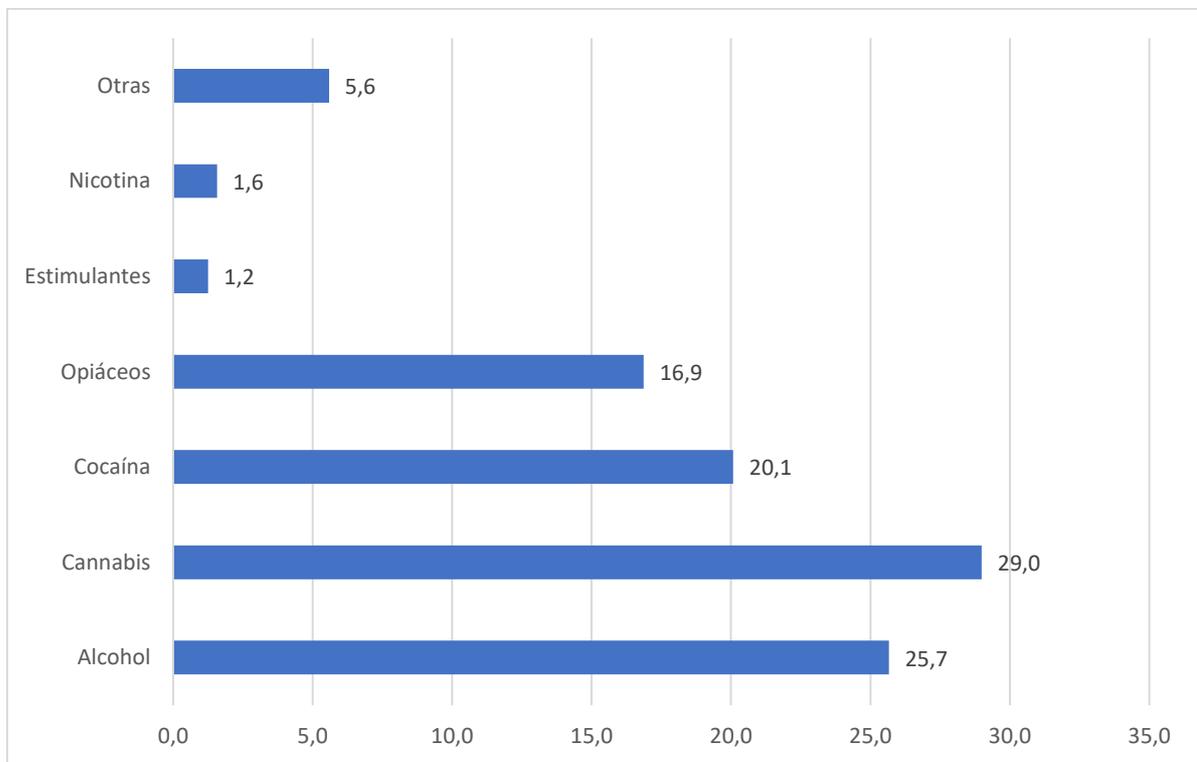


Gráfico 44. Usuarios bajo tratamiento según droga principal. 2014-2016. %



Respecto a la frecuencia de consumo previo al tratamiento(Gráfico 45), un 60% de los usuarios ha consumido todos los días en los últimos 30 días, seguido de los usuarios que consumió 2/3 días en semana. Por otro lado, un 12% no consumió.

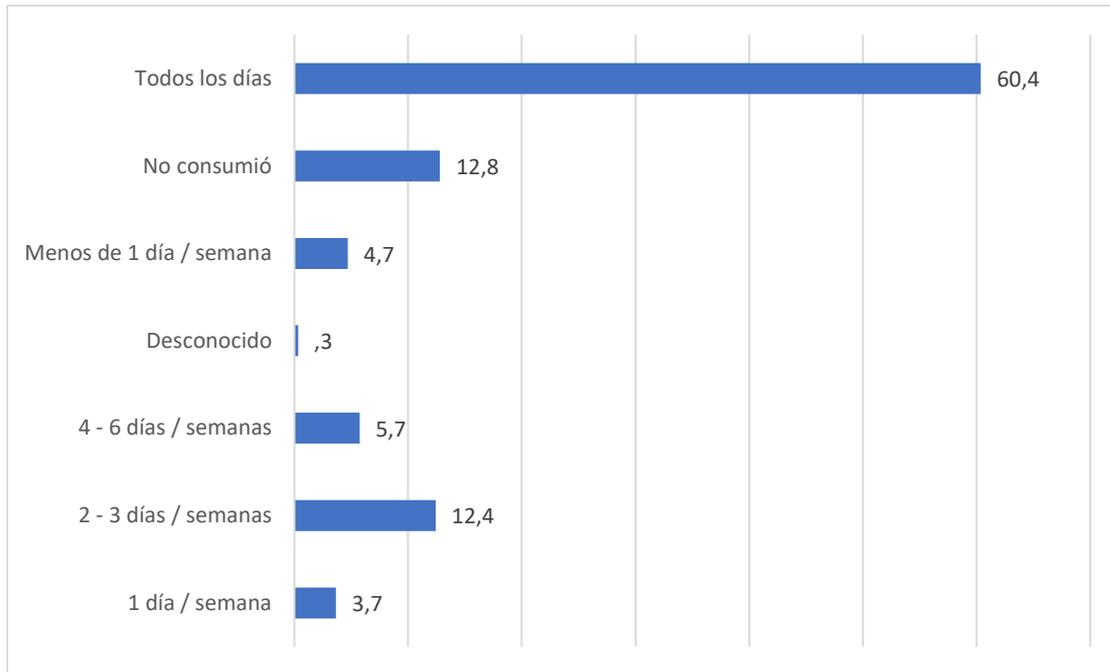


Gráfico 45. Usuarios bajo tratamiento según frecuencia de consumo los últimos 30 días. 2014-2016. %

En lo referido a la vía de administración (Gráfico 46), un 48% declara que es por vía pulmonar, un 31% por vía oral y un 18% esnifada. Sólo un 1,6% afirma administrarse la droga vía inyección.

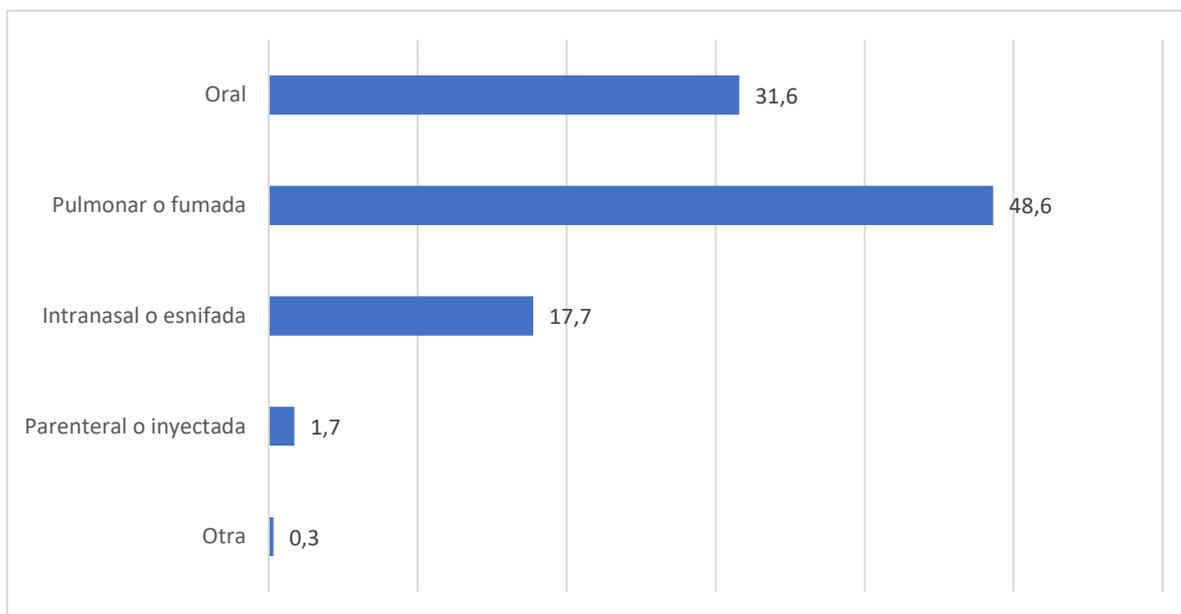


Gráfico 46. Usuarios bajo tratamiento según vía de administración. 2014-2016. %

Según el estado serológico (Gráfico 47), un 420 de la muestra da negativo en el test del VIH, mientras que de un 53% se desconoce la situación.

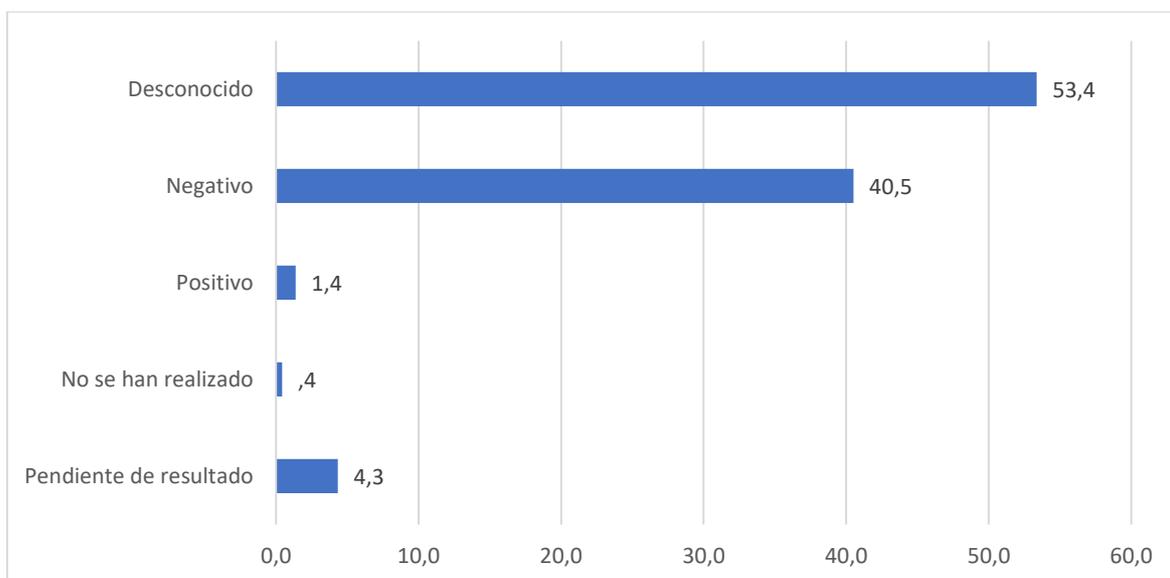


Gráfico 47. Usuarios bajo tratamiento según estado serológico respecto a VIH. 2014-2016. %



Si analizamos conjuntamente las medias en las edades de inicio al consumo (Gráfico 48) y las edades de admisión al tratamiento (Gráfico 49), se observa que en ambos casos la edad aumenta durante el periodo analizado (2014-2016).

Así, de 2014 a 2016 la edad de inicio al consumo de los usuarios bajo tratamiento aumentó en casi un año, mientras que en ese mismo periodo la edad media de admisión al tratamiento también aumentó. De esta forma, se puede afirmar que la población usuaria que se incorpora al programa en 2016 comenzó el consumo con posterioridad a la del año 2014.

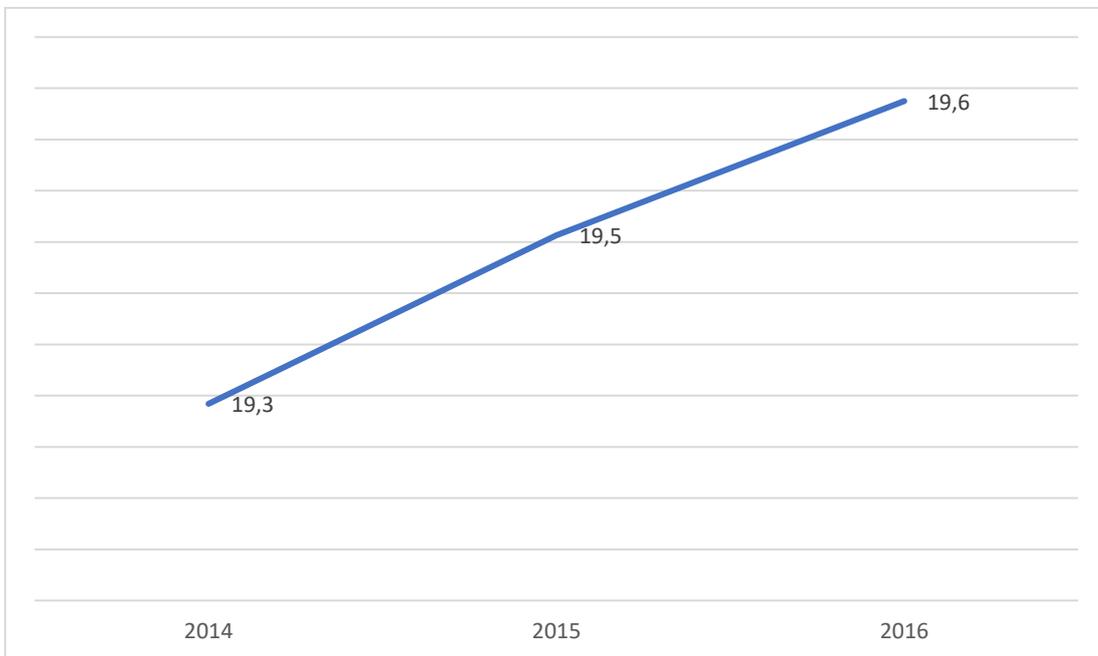


Gráfico 48. Media de edad de los usuarios bajo tratamiento en relación al inicio al consumo. 2014-2016. Edad media

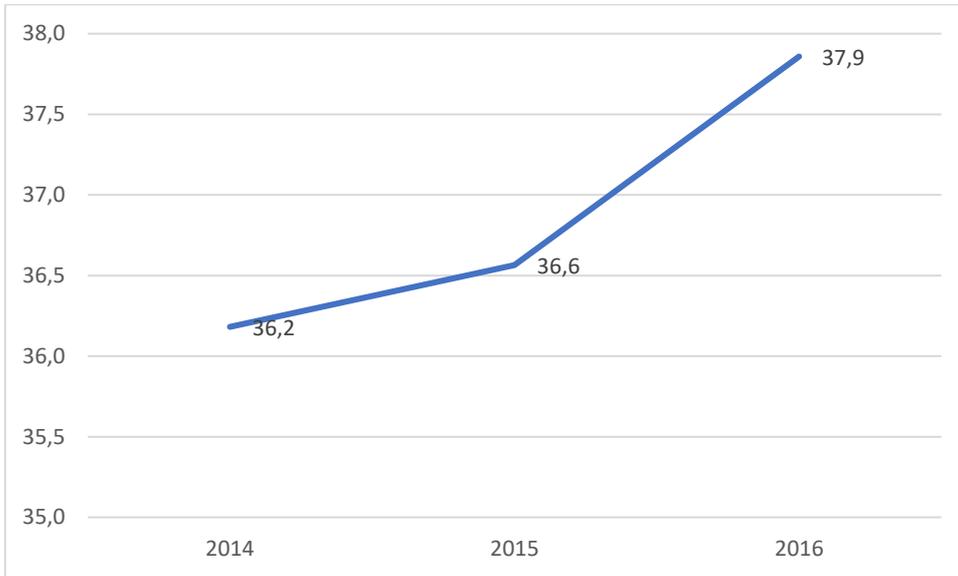


Gráfico 49. Media de edad de los usuarios bajo tratamiento en relación con el inicio de tratamiento. 2014-2016. Edad media



Tipo de droga principal consumida según variables sociodemográficas.

En este apartado se muestran los datos de hábitos de consumo de drogas según diferentes variables sociodemográficas.

Según el sexo, los consumos de diferentes tipos de droga se exponen en el Gráfico 50. Los hombres consumen más que las mujeres cannabis, cocaína y opiáceos. Sin embargo, las mujeres consumen más alcohol y nicotina que los hombres.

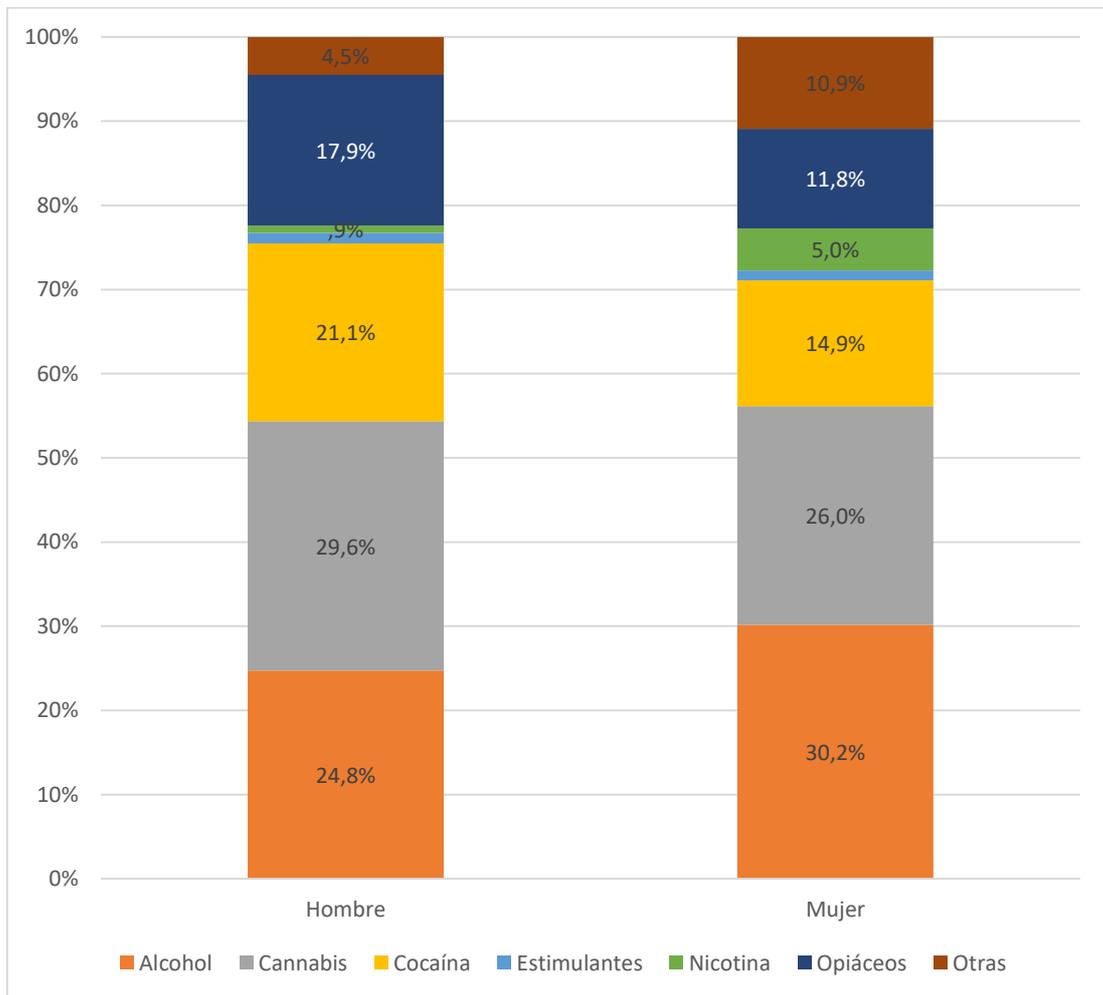


Gráfico 50. Droga principal consumida por los usuarios según sexo. 2014-2016. %



En el Gráfico 51 se muestra el consumo de diferentes tipos de droga según la edad. Así, se ven claramente diversas tendencias.; en primer lugar, a medida que aumenta la edad aumenta considerablemente el consumo de alcohol.

Por otro lado, cuando menor edad se tenga más probable es que se consuma cannabis. En el caso de los opiáceos y cocaína, el mayor consumo lo tenemos en población adulta de entre 15 y 39 años para el caso de la cocaína y entre 40 y 54 años en el caso de los opiáceos.

Así, se puede observar que el alcohol es un problema predominante en personas de más edad, mientras que el cannabis es más preponderante en la población joven. Por otro lado, el consumo de cocaína disminuye en la medida que va aumentando el de los opiáceos.

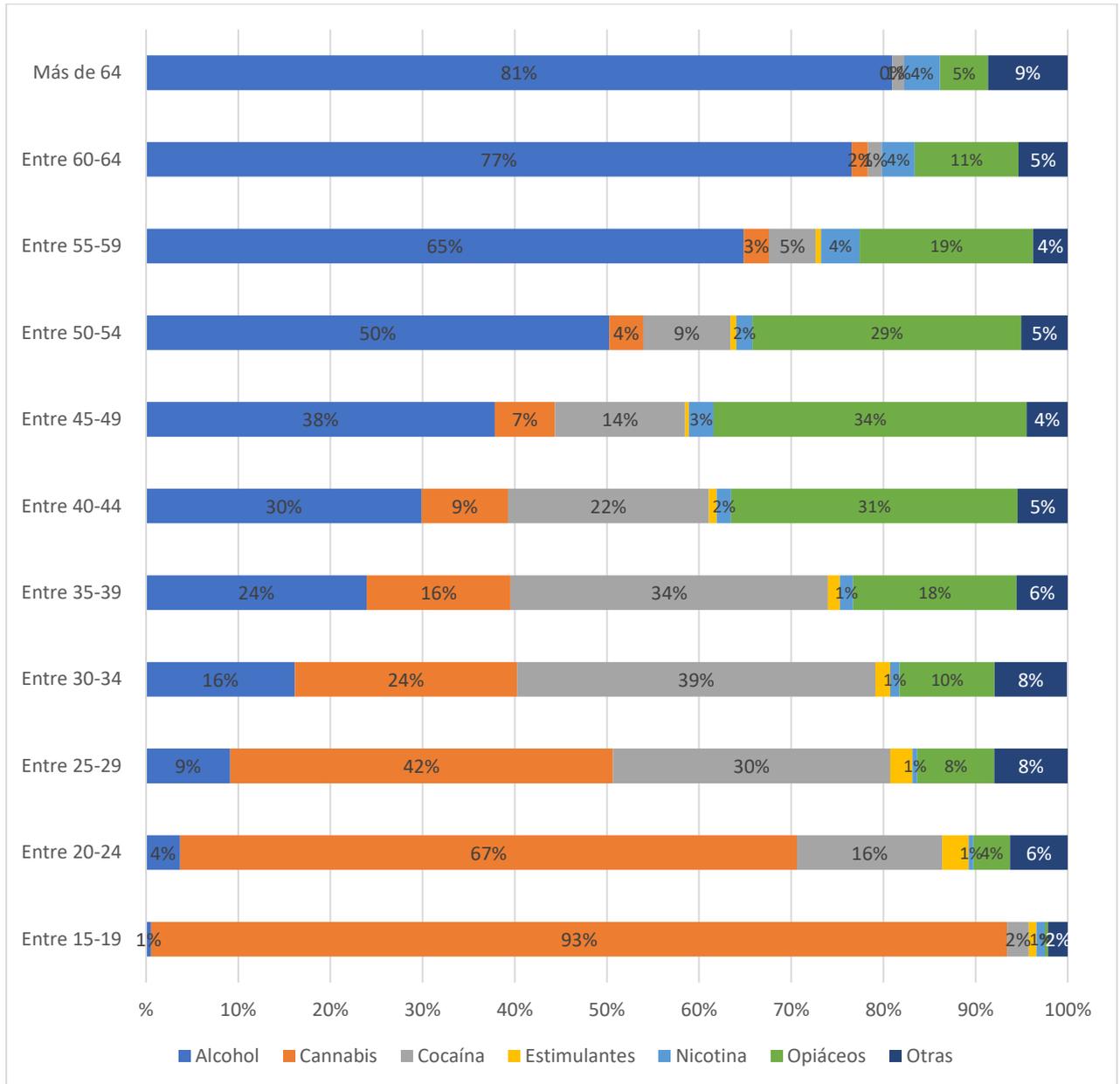


Gráfico 51. Droga principal consumida por los usuarios según edad. 2014-2016. %

La distribución de la población usuaria de los servicios de tratamiento por nivel de estudios se muestra en el Gráfico 52 en el que se puede observar aquellos consumos que más impactan en las distintas poblaciones de usuarios consumo de droga más imperante en cada grupo.

El alcohol es más consumido tanto por universitarios como por personas que no saben leer y escribir. Sin embargo, el cannabis se centra más en las personas con la ESO y con la Educación Primaria completa.

Por otro lado, la cocaína se centra en niveles de estudios por encima de la educación primaria, mientras que los opiáceos son típicos de niveles bajos de estudios.

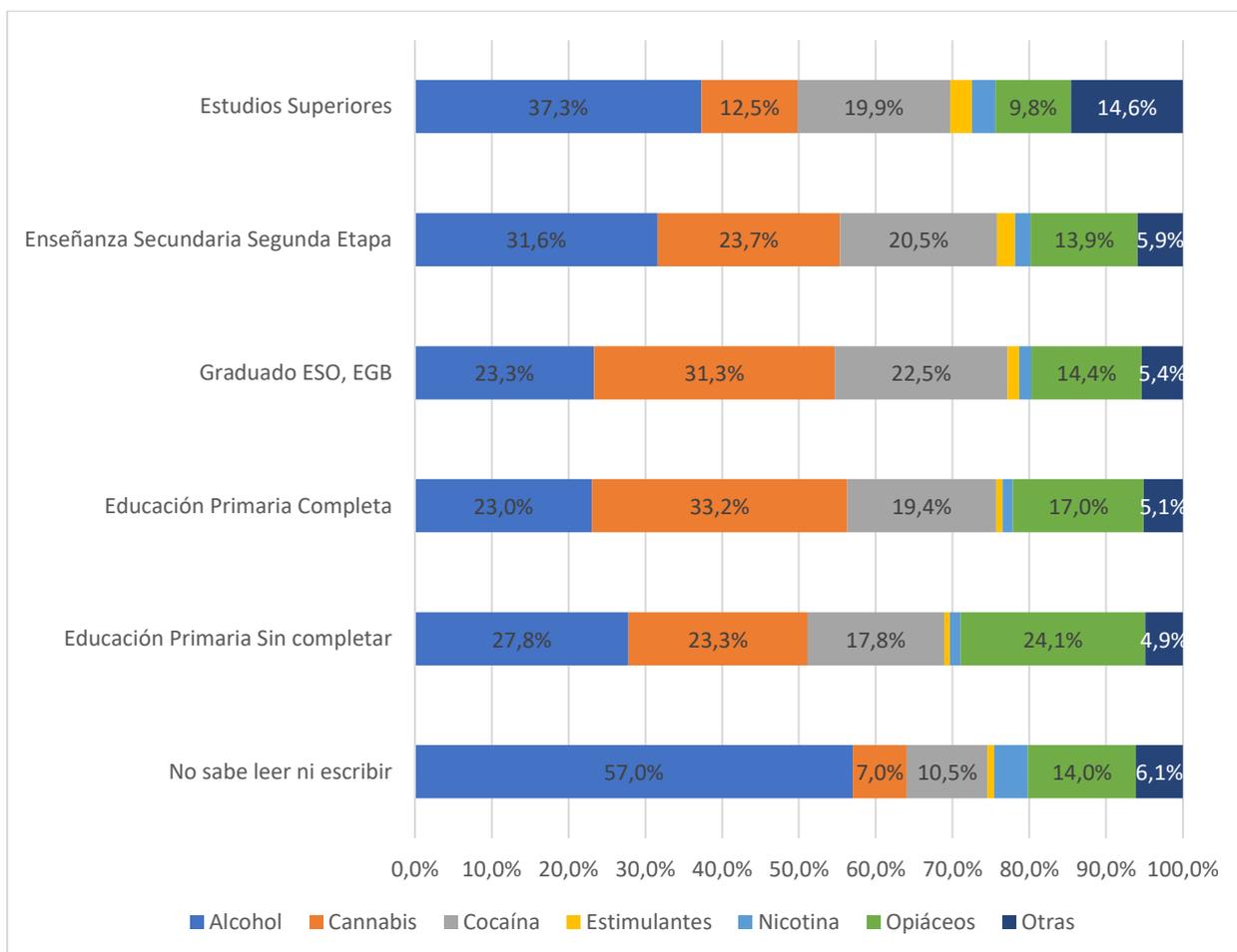


Gráfico 52. Droga principal consumida por los usuarios según nivel de estudios. 2014-2016. %

Respecto al tipo de droga según la situación laboral (Gráfico 53), un 88% de las personas usuarias de los servicios de atención a la drogodependencia que estudian consumen cannabis.

Sin embargo, el mayor consumo de alcohol se centra en personas incapacitadas o pensionistas, mientras que la cocaína es consumida en mayor medida por gente que está empleada.

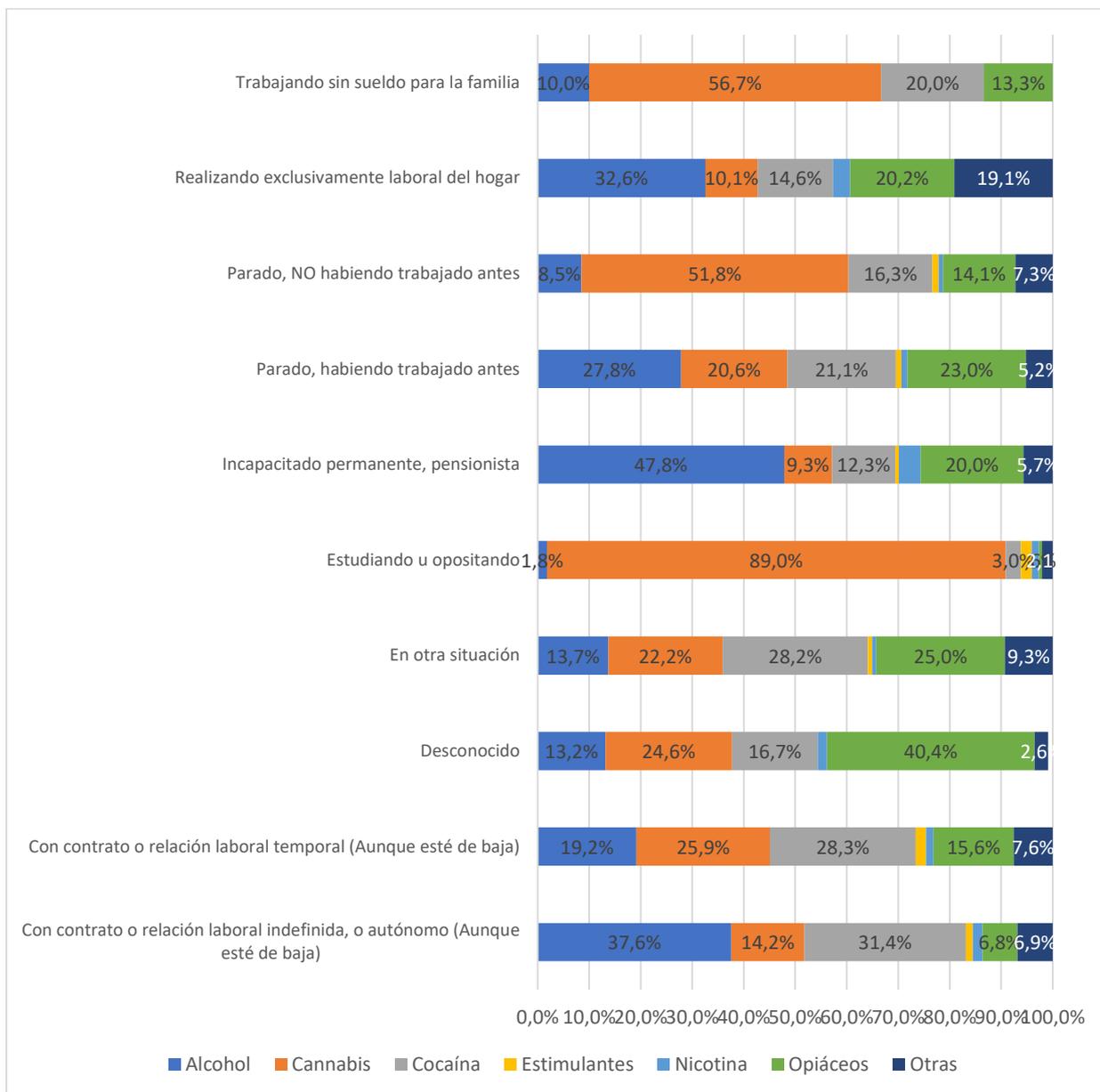


Gráfico 53. Droga principal consumida por los usuarios según situación laboral. 2014-2016. %

Para concluir con este análisis de las características de la población usuaria de servicios de tratamiento, se mostrarán resultados relacionando el tipo de droga con la tipología de consumo.

En el Gráfico 54 se expone el tipo de droga según la frecuencia de consumo durante los últimos 30 días.

Así, el cannabis y el alcohol es la que con más frecuencia se consume todos los días Sin embargo, la cocaína es la que se consume más esporádicamente. Por otro lado, de los que no consumieron los últimos 30 días, sólo un 12% corresponde a personas que consumían alcohol.

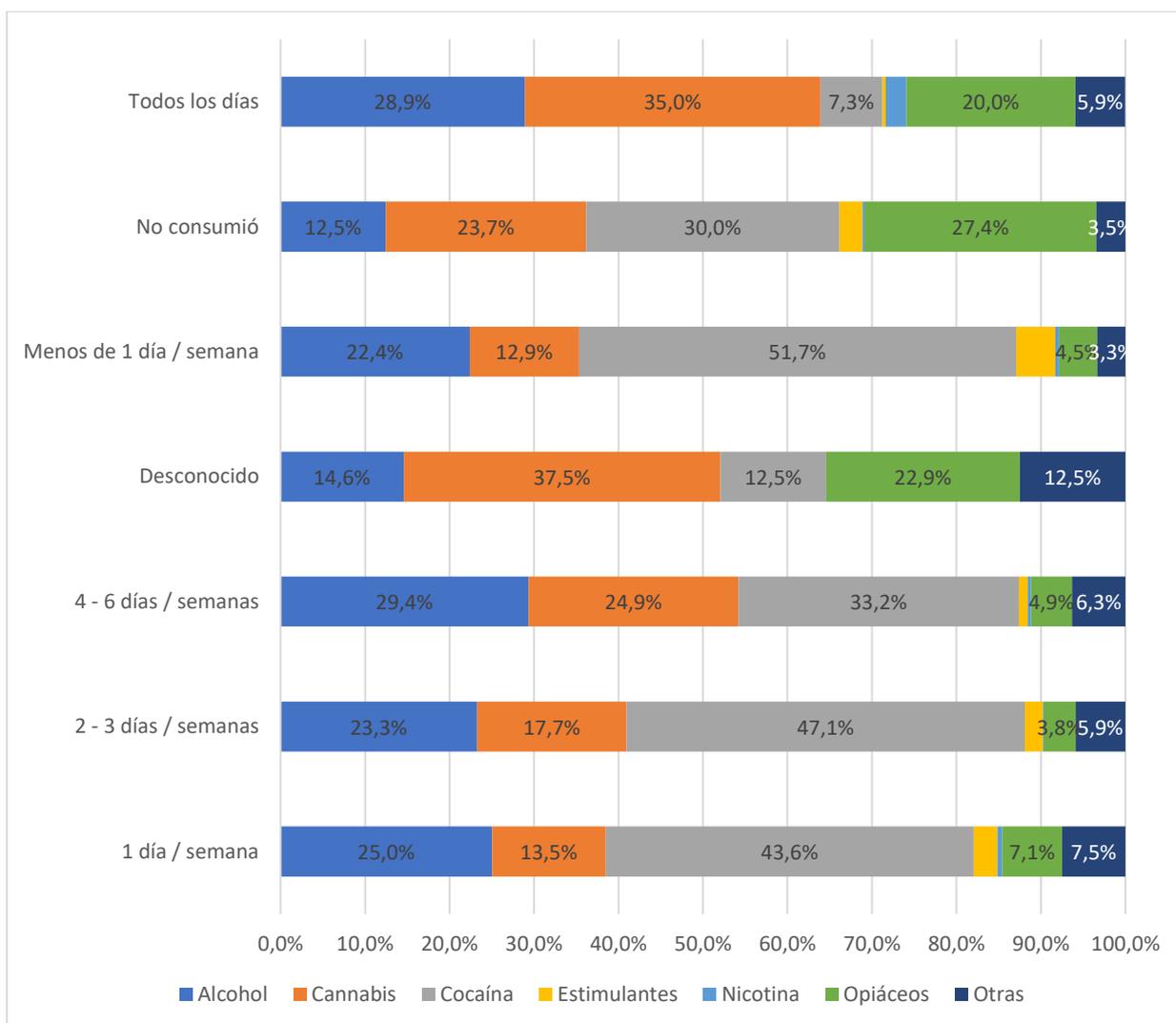


Gráfico 54. Droga principal consumida por los usuarios según frecuencia de consumo. 2014-2016. %



Respecto a la vía de administración de cada tipo de droga (Gráfico 55), la más común por vía oral es el alcohol, mientras que por vía pulmonar es el cannabis y por vía intranasal la cocaína. Por último, por vía inyectada las predominantes son los opiáceos.

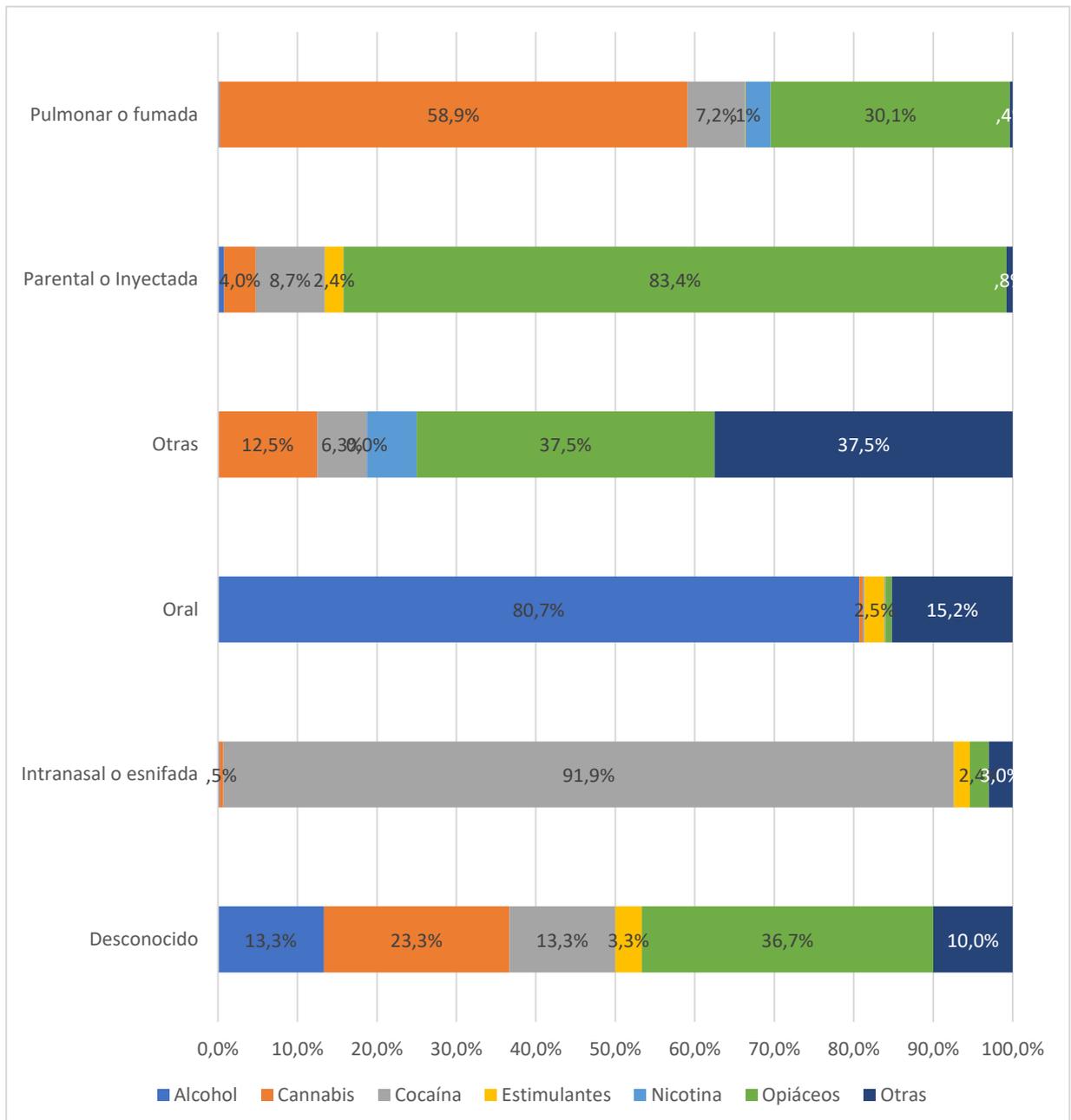


Gráfico 55. Droga principal consumida por los usuarios según vía de administración 2014-2016. %

En lo referido al tipo de droga según el resultado del test serológico (Gráfico 56), en el apartado positivo un 54% corresponde a opiáceos mientras que un 15% a consumidores de alcohol, un 10% a los de cannabis y un 11% a los de cocaína.

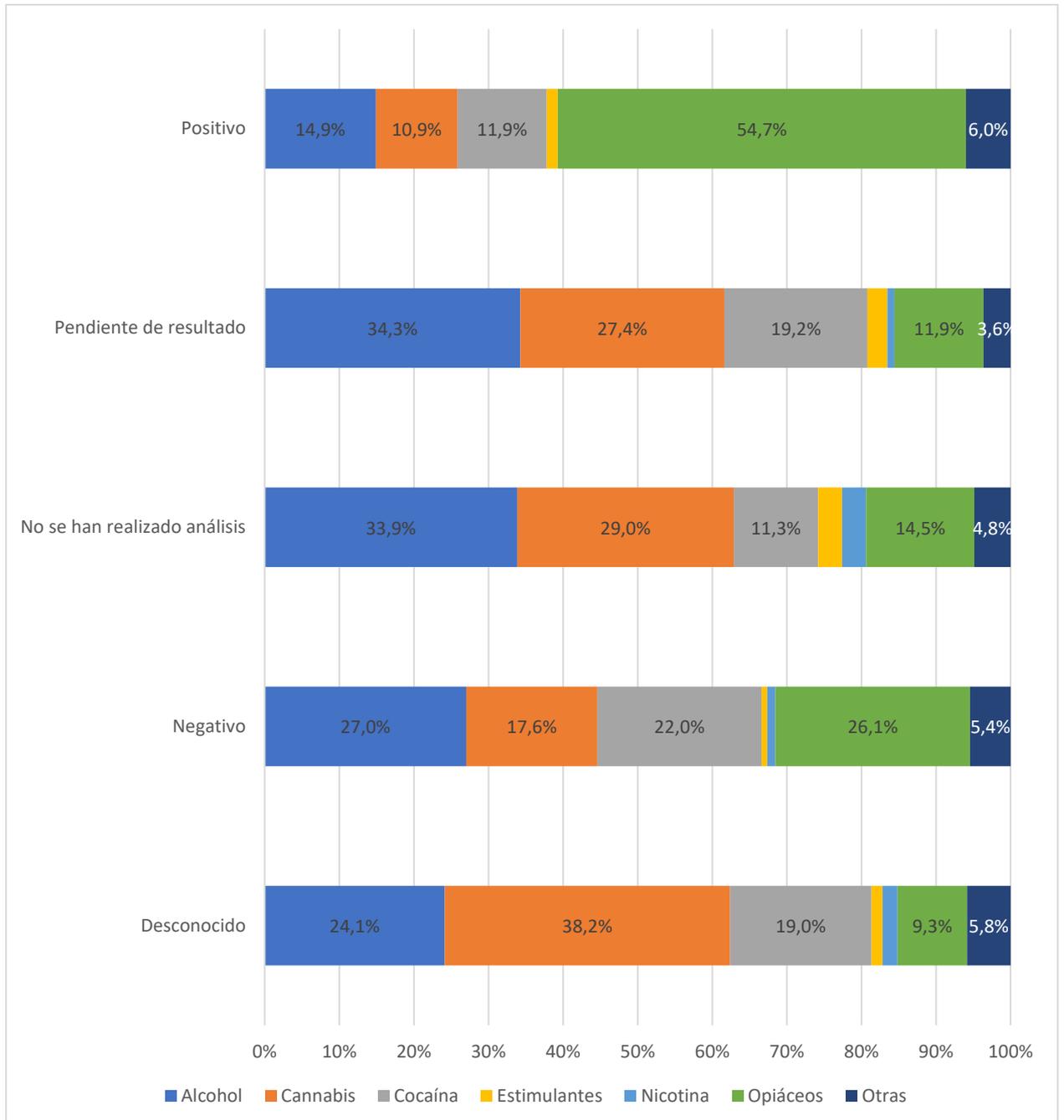


Gráfico 56. Droga principal consumida por los usuarios según resultado del test serológico 2014-2016. %



Si tenemos en cuenta la edad de inicio al consumo según el tipo de droga (Gráfico 57), se puede analizar que la droga con la que inició más rápido el consumo es con la nicotina y el cannabis (15 años), seguido del alcohol (19 años).

El consumo de cocaína se inicia con una edad media de 21 años; mientras que los estimulantes y los opiáceos se empiezan a consumir más tardíamente de media (22 años).

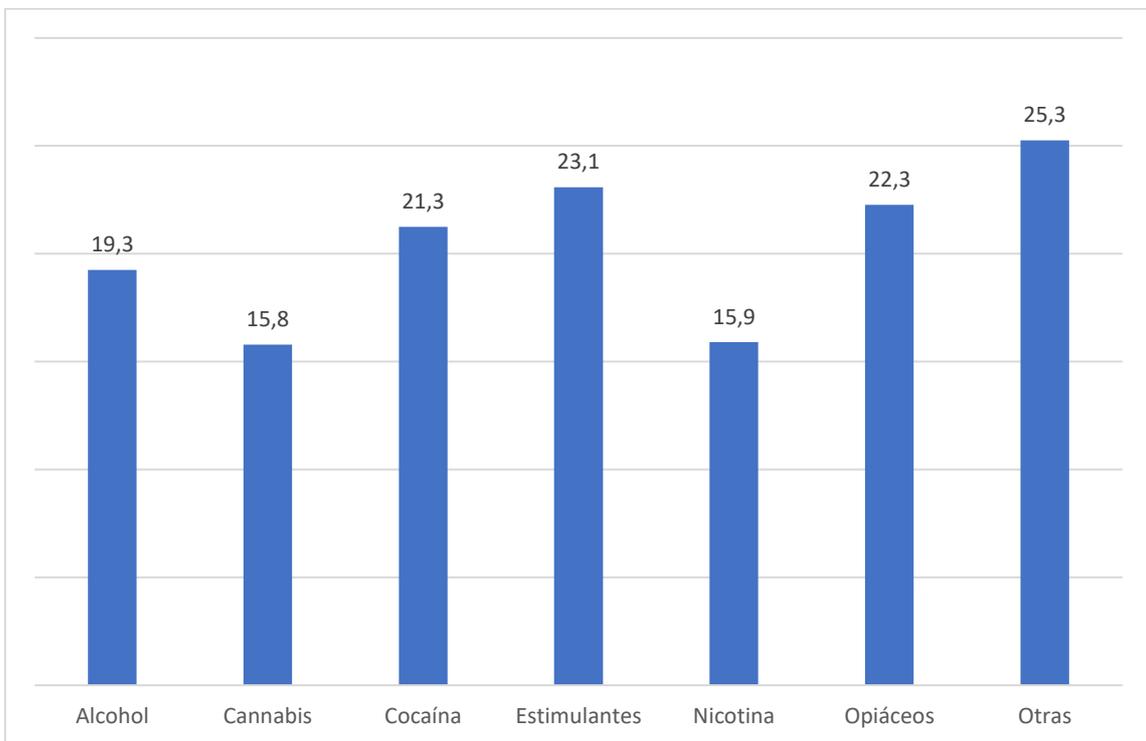


Gráfico 57. Droga principal consumida por los usuarios según edad de inicio en el consumo. 2014-2016. Edad media



Por último, y según se establece en el Gráfico 58, la edad media más temprana con la que se inicia el tratamiento es con los consumidores de cannabis y con los de estimulantes (25 y 31 años de media respectivamente).

Sin embargo, los pacientes que inician tratamiento por consumo de alcohol son los que entran al tratamiento más tardíamente (47 años), seguido de los que consumen nicotina (43 años) y de los opiáceos (43 años). La edad media de inicio del tratamiento para la cocaína es de 35 años.

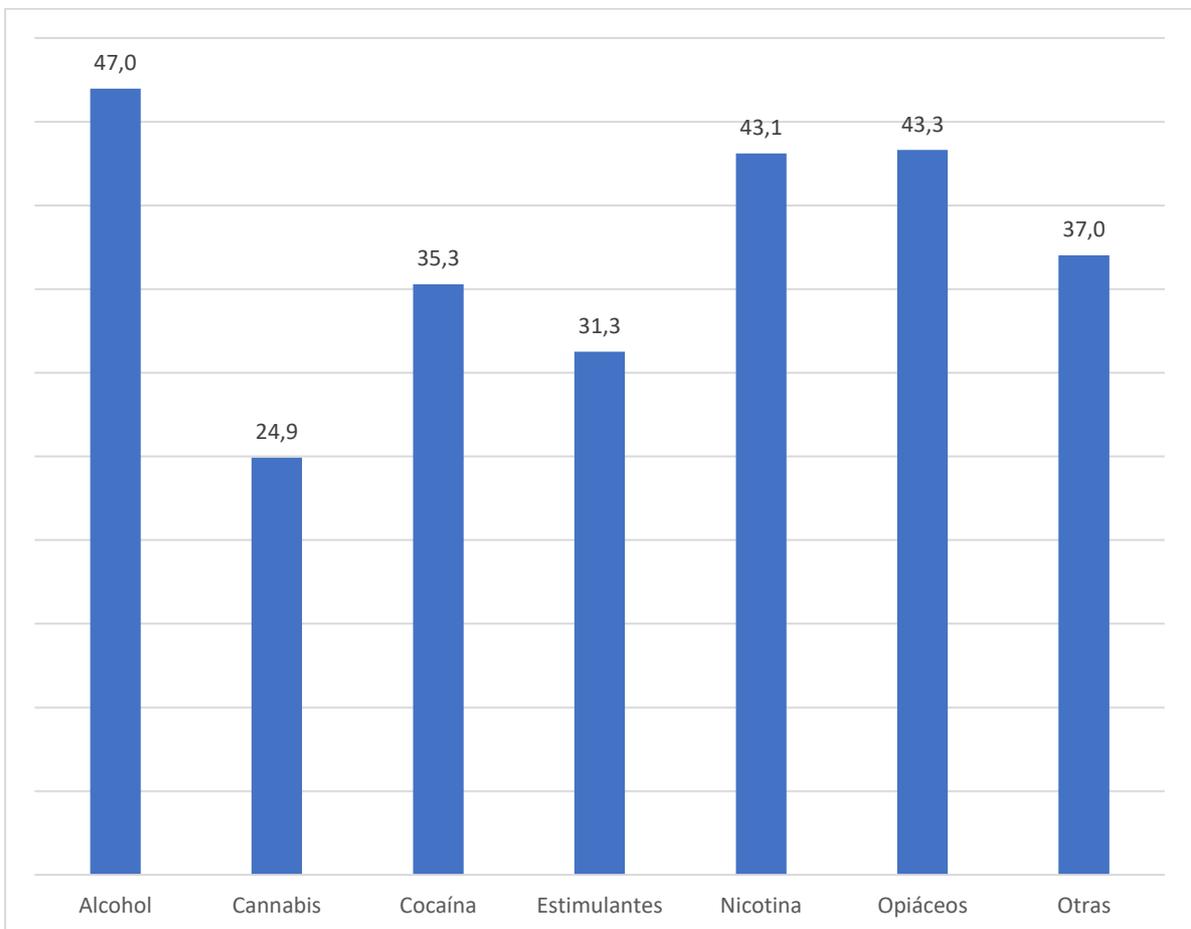


Gráfico 58. Droga principal consumida por los usuarios según edad de admisión al servicio. 2014-2016. Edad media

5.1.2.2 Evaluación cuantitativa de la situación de las entidades en el ámbito del tratamiento-integración.

En este apartado se expondrán los resultados de las diez entidades de tratamiento que cumplimentaron un cuestionario sobre la situación de la misma en lo referente a recursos humanos, características de la intervención y opiniones acerca del Plan y del propio ámbito de las drogodependencias.

En el Gráfico 59 se observa que, si bien el personal se ha mantenido relativamente estable, durante los años 2015 a 2016 se produjo un pequeño aumento del número de personas que trabajan en las entidades.

De media, hay entre 22 y 23 personas trabajando en las entidades durante este periodo. Suelen tener un perfil de psicólogos/as, médicos, trabajadores/as sociales, auxiliares (farmacia, etc.), siendo la mayor parte de ellos indefinidos en lo que se refiere a relación contractual.

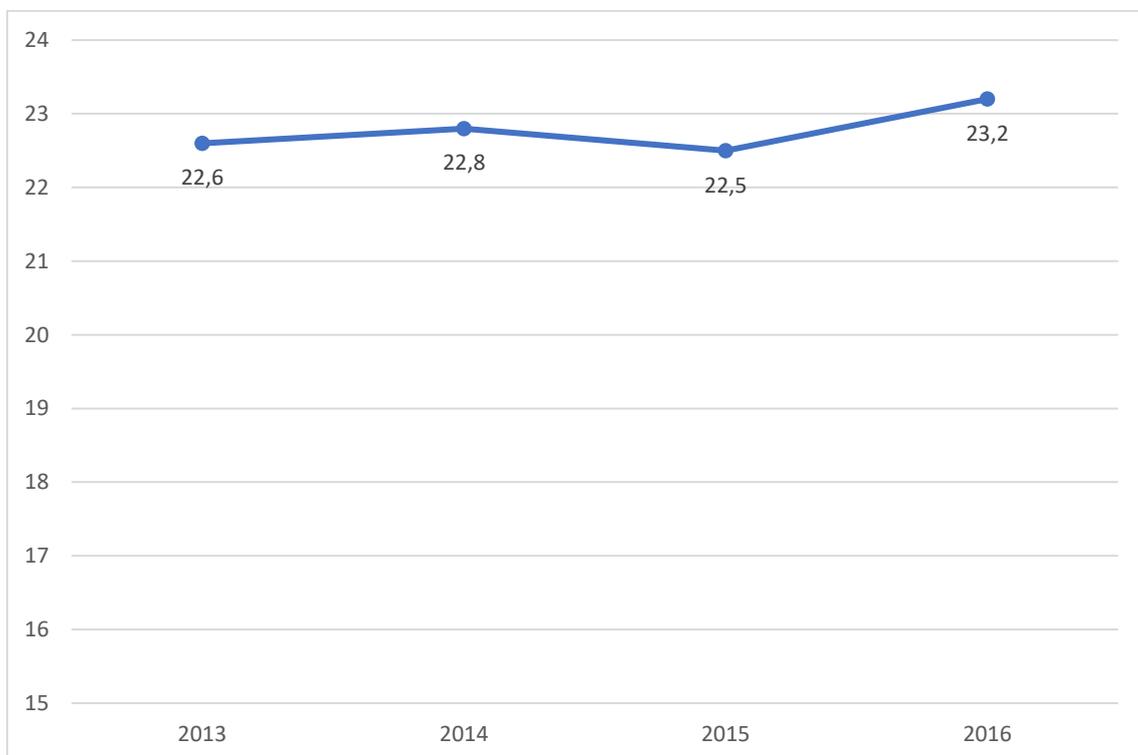
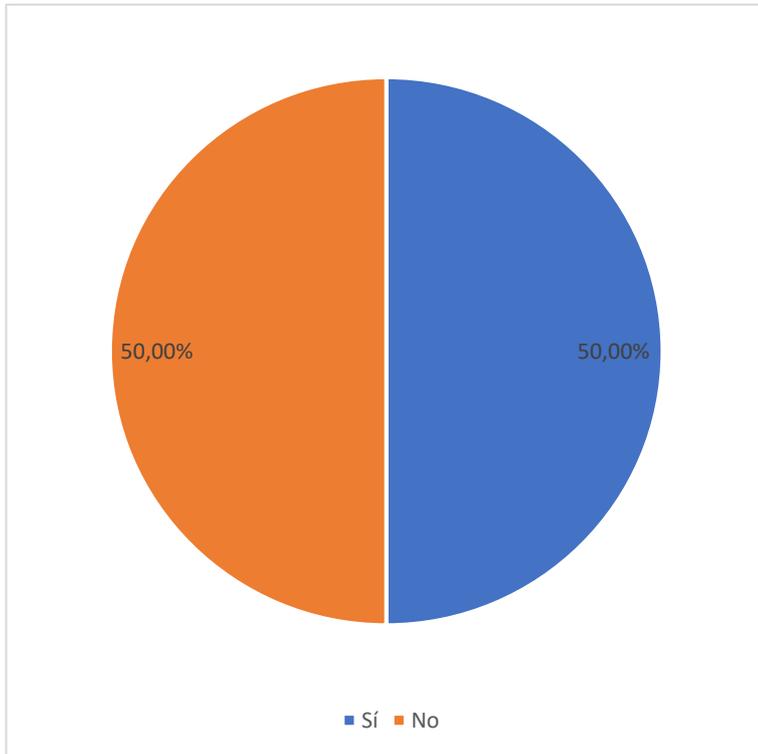


Gráfico 59. Evolución del personal de los servicios. Personal medio. 2013-2016. Total Entidades de Tratamiento



En cuanto a los protocolos de atención y si éstos han sido validados científicamente, un 50% afirma que no ha sido validado científicamente. Así, la mitad entidades aplican protocolos que no están validados científicamente.



▶ EL 50% DE LAS ENTIDADES ENCUESTADAS AFIRMA QUE NO APLICAN PROTOCOLOS VALIDADOS CIENTÍFICAMENTE

Gráfico 60. Entidades cuyo protocolo de atención ha sido validado científicamente. %. 2013-2016. Total Entidades de Tratamiento



En lo referido a la perspectiva de género (Gráfico 61), un 90% de las entidades aplican en sus intervenciones la perspectiva de género.

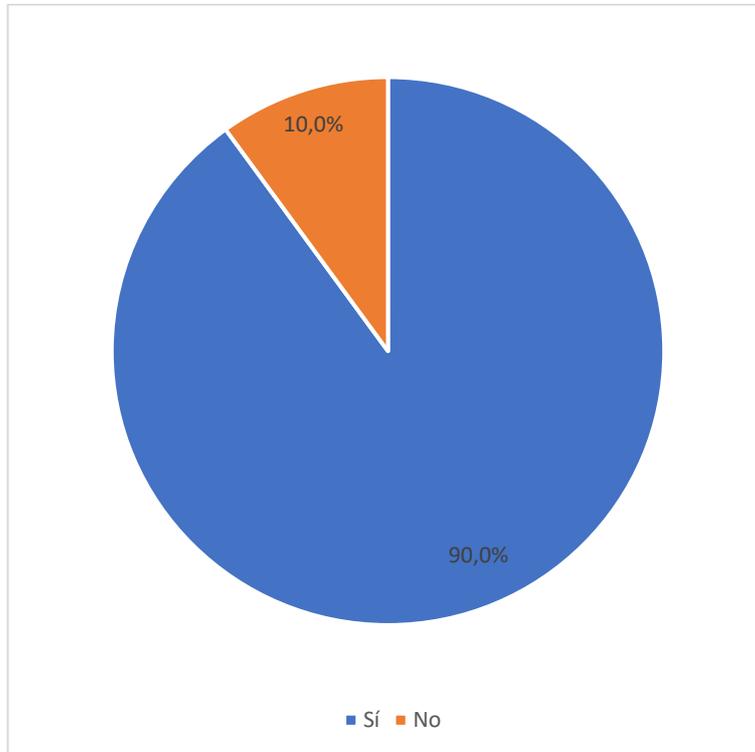


Gráfico 61. Entidades que aplican en sus intervenciones la perspectiva de género. %. 2013-2016. Total Entidades de Tratamiento

La forma de aplicación de esta perspectiva de género varía significativamente entre las entidades de tratamiento. Así, las formas acerca de cómo la aplican son las siguientes:

- > Unas afirman que existe un documento en la orden de subvención en el que se recoge. No tienen un documento donde se recoge la intervención con perspectiva de género y el personal de la entidad está formado por 3 varones y 10 mujeres.
- > Otras entidades destacan que se realizan Intervenciones diferenciadas entre hombres y mujeres en lo referido a lo emocional, autoestima, gestión del tiempo, empleabilidad y violencia de género.
- > Se integra su proyecto de intervención en el primer Plan de Igualdad entre mujeres y hombres del municipio, comprometiéndose con la igualdad la propia entidad.



- > Otras entidades afirman que revisan todos los documentos internos y externos para que no tengan perspectiva sexista, además de realizar acciones de formación y sensibilización de todo el personal de la entidad y de los usuarios y usuarias de los programas.
- > Incorporan lenguaje inclusivo, abordan temas relacionados con la igualdad, la tolerancia y aspectos de género, así como el trabajo teórico y fundamentalmente vivencial de buenos tratos. También apuestan por incorporar mujeres sobre todo para empoderarlas.
- > Otras entidades realizan tratamientos individualizados donde la problemática del alcohol en la mujer es más compleja y tiene sus especificidades. También realizan terapias de grupo delimitadas para mujeres con trastorno por consumo de alcohol: talleres de autoestima, crecimiento personal, hábitos saludables, etc.
- > Algunas entidades tienen personal específico para atender a la mujer.
- > Otras entidades aplican protocolos especializados.

Por otro lado, en el Gráfico 62 se observa que un 40% de las entidades han ejecutado acciones de formación a sus trabajadores, mientras que un 60% no las ha ejecutado en el periodo analizado.

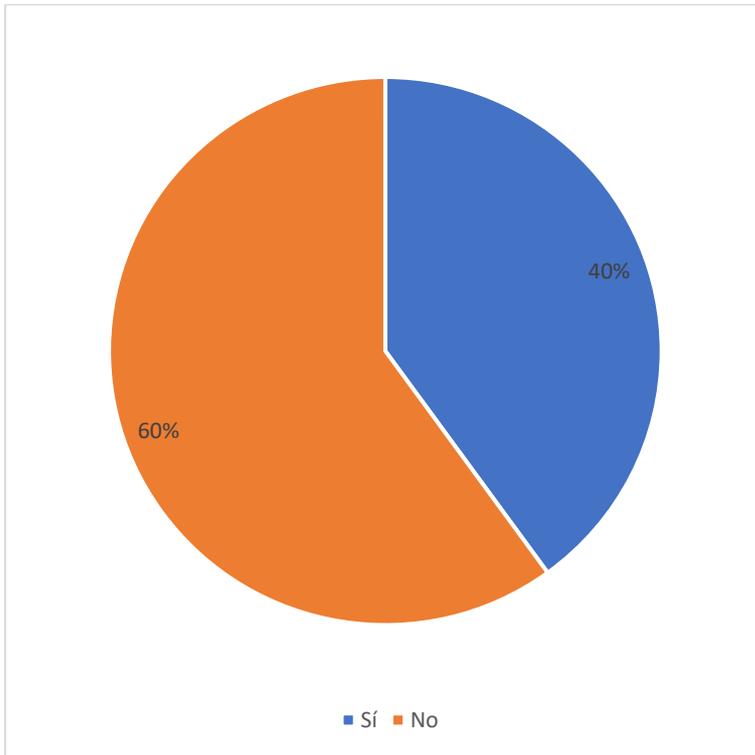


Gráfico 62. Entidades que han ejecutado acciones de formación. %. 2013-2016. Total Entidades de Tratamiento



Respecto a la proporción del coste total del proyecto de las entidades de tratamiento (Gráfico 63), se ha mantenido relativamente estable de 2013 a 2017, en torno a una media de 82-83% del total del presupuesto de las entidades.

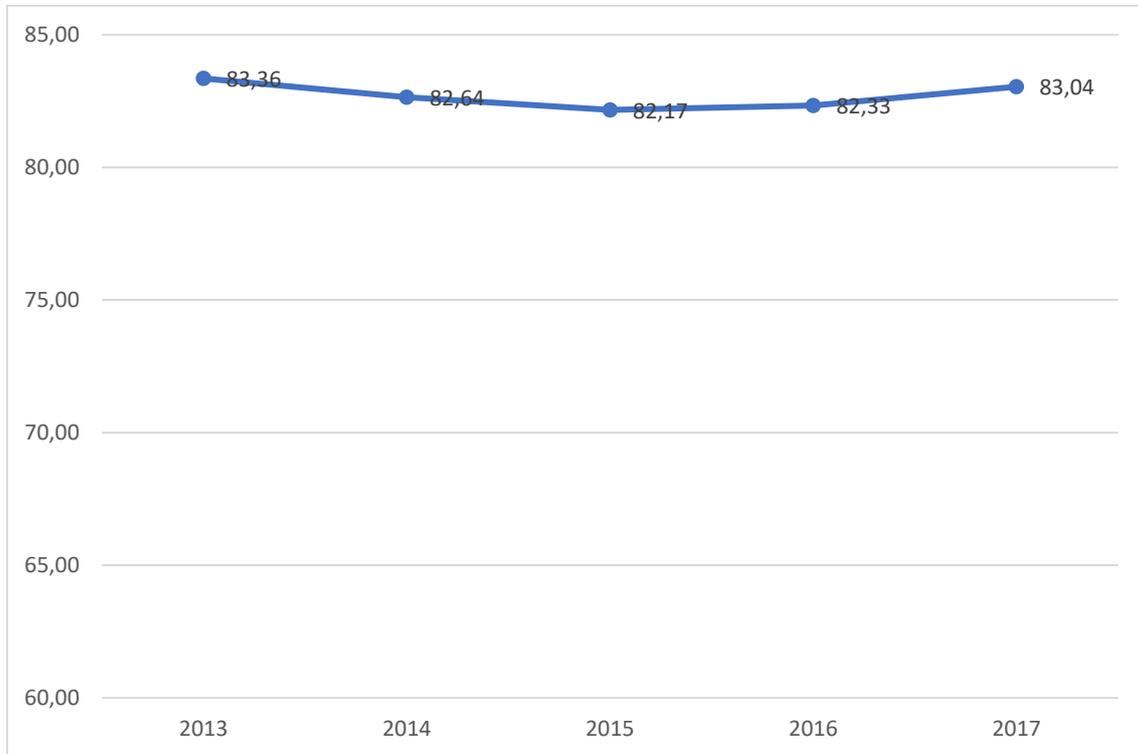


Gráfico 63. Proporción de financiación del Gobierno de Canarias. % medio anual. 2013-2017. Total Entidades de Tratamiento

Respecto a si las entidades de tratamiento disponen de mecanismos para coordinarse con otras entidades, el 100% de las mismas afirman que tienen algún tipo de mecanismo de coordinación.

En relación a los tipos de mecanismo de coordinación entre entidades que mostramos en el Gráfico 64, un 90% utiliza reuniones periódicas con agentes presentes en el municipio o la comarca, mientras que un 70% tiene protocolos de coordinación con otras áreas de la propia entidad, un 40% participa en Comisiones Municipales de drogodependencias y un 30% en comisiones insulares.

Sólo un 50% de las entidades de tratamiento tienen reuniones periódicas con el Servicio Canario de las Salud.

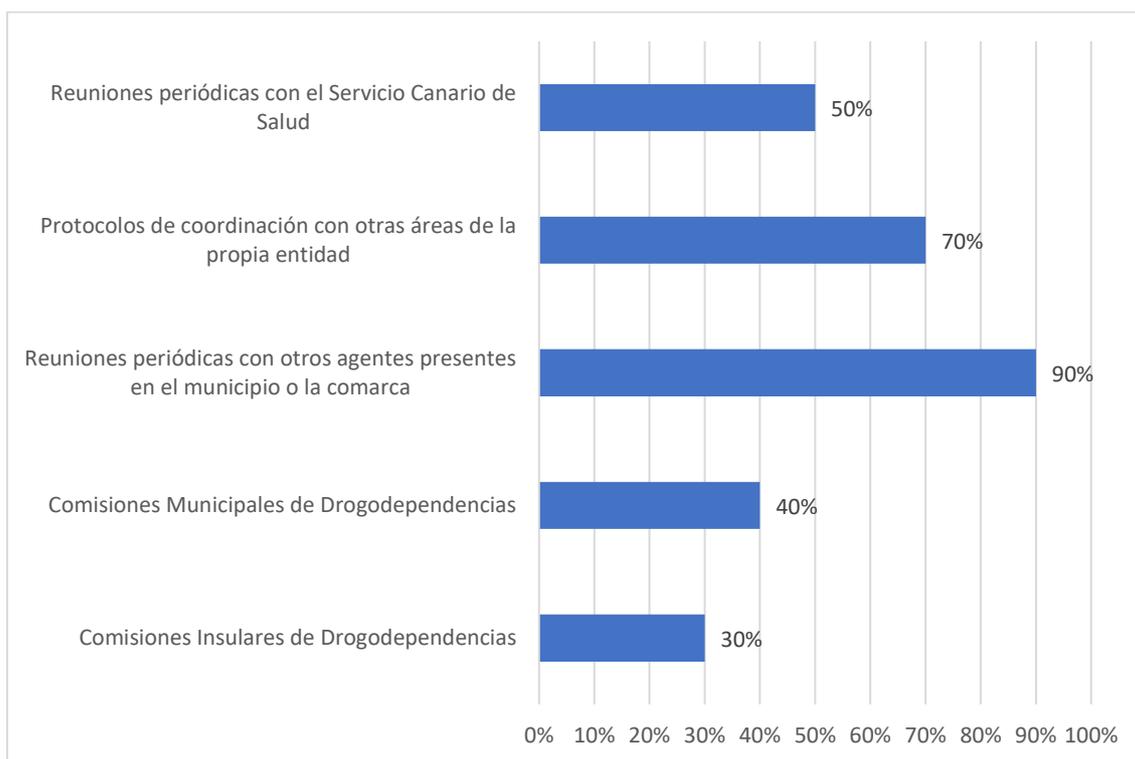


Gráfico 64. Tipos de mecanismos de coordinación con otras entidades en materia de tratamiento. % 2013-2017. Respuesta múltiple. Total Entidades de Tratamiento



En el Gráfico 65 se encuentran diferentes opiniones acerca de la difusión del Plan. Así, un 100% declara que ha leído el III Plan Canario sobre Drogodependencia, si bien un 70% de las entidades afirman que el III Plan Canario sobre Drogodependencias no ha sido difundido correctamente.

Además, la mitad de las entidades consultadas consideran que el III Plan Canario sobre Drogodependencias no guía las actuaciones de la entidad de forma efectiva.

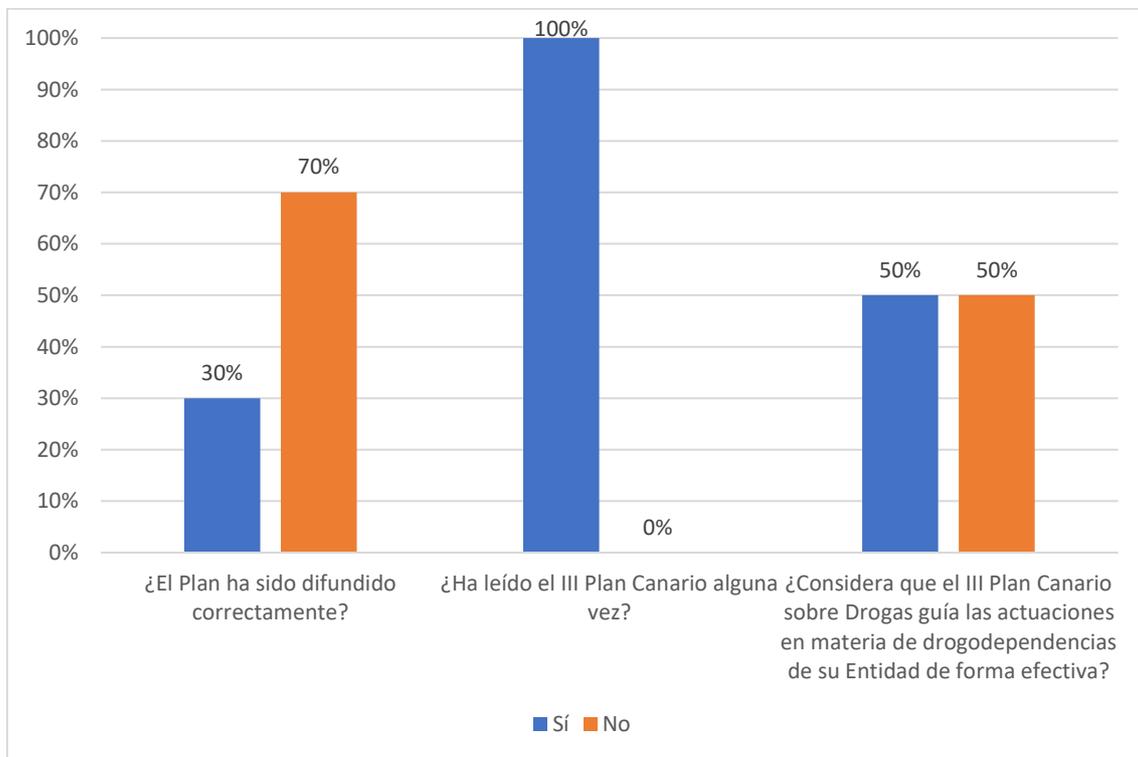


Gráfico 65. Entidades según opiniones acerca de la difusión del Plan. %. 2017. Total Entidades de tratamiento



A la hora de evaluar si el III Plan Canario sobre Drogodependencias ha servido para encuadrar las acciones en materia de tratamiento en el ámbito de la Comunidad Autónoma Canaria, en una escala de 1 a 10, siendo 1 muy poco útil y 10 muy útil, las entidades de tratamiento se han posicionado en un 5,6.

Respecto a opiniones concretas sobre los diferentes ámbitos de drogodependencias, en el Gráfico 67 se muestran el grado de acuerdo con diferentes afirmaciones.

Así, donde hay un acuerdo casi unánime es en que es necesario aplicar una perspectiva de género (9,7 sobre 10), seguido de la idea que sería recomendable actualizar conocimientos del personal en materia de tratamiento (8,6 sobre 10) y de la afirmación de que el personal tiene formación suficiente.

Destacan que es importante actualizar conocimientos, pero consideran simultáneamente que tienen la formación suficiente para realizar programas de tratamiento.

Un acuerdo menor (7 sobre 10) existe respecto a si se coordinan para las actuaciones en materia de tratamiento con áreas de su propia entidad, seguido de la coordinación con otras Administraciones (6 sobre 10), coordinación con el Servicio Canario de Salud (5,8) y respecto a la escasez de fondos económicos (6 sobre 10). De esta forma, mayoritariamente se coordinan más con su propia entidad que con la Administración.

En relación a la variable si existen escasos fondos para la ejecución de actividad en el ámbito del tratamiento de las drogodependencias resalta que no hay un alto grado de coincidencias en el área de tratamiento.

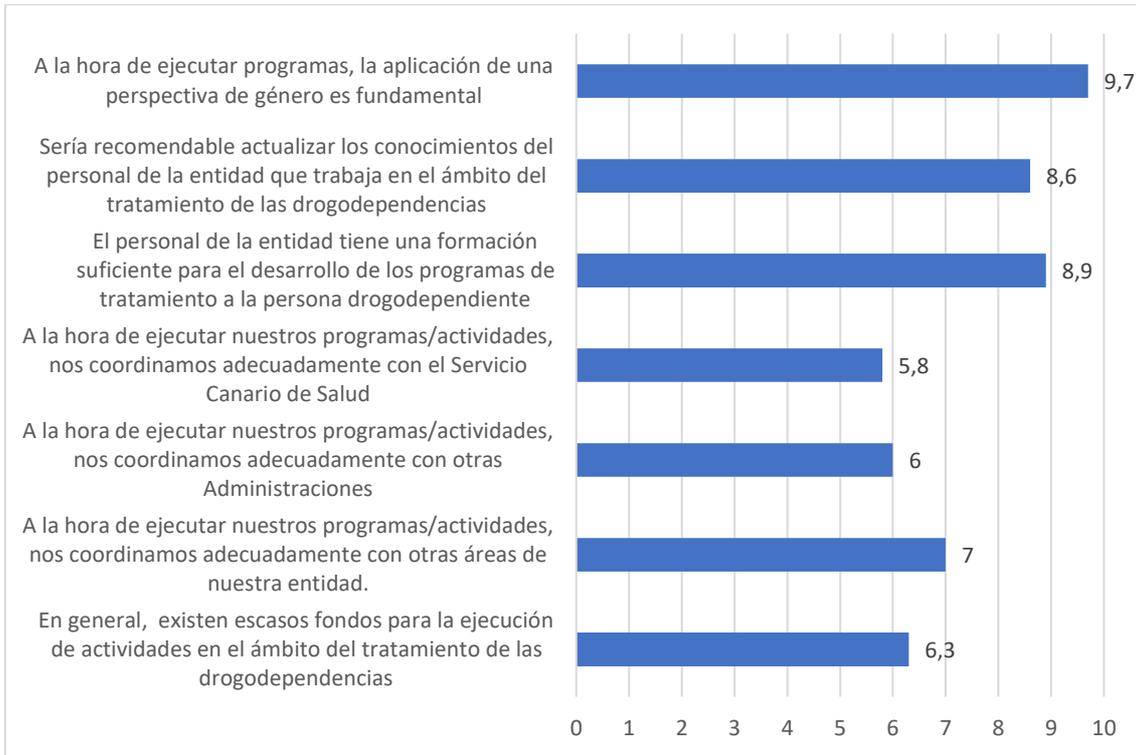


Gráfico 66. Grado de acuerdo de 1 a 10 sobre diferentes afirmaciones sobre el ámbito de las drogodependencias, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo. Media. 2017. Total Entidades de tratamiento



5.1.2.3 Evaluación cualitativa de la situación de las entidades en el ámbito del tratamiento-integración.2014-2016

En la metodología de evaluación hemos considerado importante realizar dos grupos de discusión (uno en Gran Canaria y otro en Tenerife) con el fin de tener una valoración cualitativa de la información que tenemos reflejadas en las memorias de conclusiones.

Para que metodológicamente la revisión fuera lo más correcta posible, ambos grupos se celebraron simultáneamente y con el mismo guion de preguntas. La información aportada en ambos grupos de discusión es similar y refleja un acuerdo en determinados aspectos.

La intención de este apartado es incluir la información consolidada de ambos grupos de tratamiento – integración.

Consolidado de los grupos de discusión sobre prevención en Gran Canaria y Tenerife.

Conocimiento del Plan

¿Se conoce? ¿ Por qué no (en el caso de que sea no)? Para el próximo Plan, ¿Qué cambiaríamos en cuanto a la difusión?

El plan lo utilizan porque tiene que ser la referencia, pero a efectos generales, lo utilizan para estructurar el proyecto.

Se emplea el Plan como herramienta de trabajo pero no es una guía que se siga al pie de la letra. Para las actividades diarias no sirve, sólo para las actividades de gestión.

Si lo conocen, no guía las actuaciones. Es papel mojado. Operativamente no les vale.

Se hizo con posterioridad. Muy general. Las entidades han ido por delante.

Los indicadores no son los apropiados y es un programa muy genérico que no sirve para el día a día aunque se cumpla. Lo importante es el paciente no los indicadores de gestión.



No aparecen por ningún lado algo parecido a unos criterios mínimos de servicio a cumplir.

Los protocolos son más útiles que este Plan.

Los técnicos cumplen el plan aunque no sepan que están cumpliendo los objetivos.

Es muy teórico, poco aplicable al día a día del trabajo que se hace a nivel asistencial.

No hay feedback de la Dirección General de Salud Pública a las entidades.

En el III Plan, en relación a Salud Mental, la difusión fue 0.

¿Qué cambiaríamos en cuanto a la difusión?

Sería importante realizar una presentación del siguiente Plan entidad por entidad como se hizo anteriormente.

La difusión no es adecuada. La tenía que haber hecho la Dirección General.

Sería importante realizar reuniones trimestrales para coordinar actuaciones y ajustar el trabajo y nos recordaran los protocolos para que no se salten algunas entidades los criterios del plan.

Sería importante hacer reuniones por aspectos, no del total. Sólo lo que le interesa la entidad.

Sería estupendo evaluar trimestralmente el plan para poder realizar ajustes.

¿Creen que el plan sirve de referencia para las acciones en prevención?

En general contestan negativamente, pues los técnicos llevan su propio programa.



Acciones en materia de Drogodependencias (Prevención/Tratamiento)

Tipo de acciones habituales.

Las acciones habituales son fundamentalmente la atención al paciente, pero la coordinación se está deteriorando, especialmente con el Servicio Canario de la Salud. Antes la relación era personal y se levantaba el teléfono. Los nuevos protocolos que se están implantando dificultan la relación entre las entidades y los especialistas del SCS.

Hay una percepción de la necesidad de reinventarse continuamente. Cada vez surgen nuevas drogas, nuevos criterios de actuación como el de género, nuevos patrones de consumo, nuevas adicciones nuevas. Los protocolos internos cambian y se adaptan de forma rápida. Los protocolos externos (con Dirección General) no han cambiado. Las unidades y las entidades van por delante del Plan. Esto implica que en los aspectos relacionados con la formación, cada entidad se tiene que buscar la vida.

Cada vez es más difícil realizar acciones de coordinación entre las entidades y compartir protocolos. Se pierde efectividad. Los protocolos de derivación y seguimiento son realizados por el Servicio Canario de Salud y no siempre son efectivos. Al final cada entidad termina impulsando su propio modelo adaptado a su zona geográfica, su isla, su población, etc.

Los modelos de intervención que tienen cada uno son diferentes. Cada uno es diferente y cada uno se "busca la vida". Las relaciones personales con SCS funcionan por las relaciones informales entre los técnicos, no porque estén bien diseñadas (de hecho no están diseñadas). No hay nada formal. Todos los consensos se llegan de manera informal. Hacen falta protocolos formales. Visión de la Atención primaria que desconocen los recursos. No hay relación entre médicos de atención primaria y entidades. En todo caso relaciones personales. Salud Mental por otro lado.

No se conoce el modelo de intervención del resto de entidades... Las cosas se han de forma diferente. La visión general del grupo de participantes es que dependen de la Dirección General. La Dirección General sólo piden lo de los



formularios, memorias que se van ampliando de un año a otro o reduciendo, que los datos estén en CEDRO y poco más.

Cada vez se va difuminando las relaciones con Salud Mental, con Primaria, con Especialistas. El área de tratamiento de las drogodependencias se está quedando aislada.

El SCS no tiene espacio para el área de drogodependencia. Las relaciones con todos los servicios se basan en la buena voluntad de los profesionales lo que supone que varía por cada área.

El modelo de asistencia es el biopsicosocial. Se garantiza el tratamiento, pero cada uno hace lo que cree. Garantizar en tratamiento ambulatorio, semi-residencial no es común. Dependiendo donde se lleva a cabo la asistencia varía. La principal problemática de este modelo de atención es la poca colaboración con la que se cuenta por parte de las Administraciones, principalmente de los Ayuntamientos.

Salvo la UDH, estamos todos fuera del circuito asistencial hospitalario. Es muy difícil de garantizar, más difícil que el lugar. No se garantiza porque no tienen los mismos recursos la UDH y las entidades.

Existen problemas de pago con las entidades: tardan de enero a octubre en pagar. Aun así, los pacientes van. El SCS cobra siempre. Garantizado el servicio pro la buena voluntad de las entidades.

No hay sistemas de acceso por perfil de usuario, todo el mundo se le ve y esto en las islas periféricas es importante porque todo el mundo se conoce. No hay listas de espera. Distribución territorial también es un problema; sería necesario adaptar los protocolos al mapa de zonas y de usuarios.

Hay una propuesta de propuesta para recuperar las reuniones intercentros de los Años 90. Permitiría que se conocieran modelos homogéneos de planificación, derivación y tratamiento. No se piden currículos de personas. El objetivo sería garantizar el tratamiento.



La coordinación que realiza la Administración Pública deja mucho que desear. Plan difícilmente se va a cumplir con el modelo de coordinación y comunicación que ha presentado el III Plan.

También ven necesario que la Dirección General proporcione mayor formación a las entidades, especialmente en las nuevas adicciones.

Efectividad de las acciones. Sirven de algo. Si es que no, por qué no.

Muchas veces las analíticas de drogodependencia se vuelven a repetir cuando llegan al SCS aunque las hayan realizado previamente el propio SCS.

No hay protocolos de coordinación. No hay reuniones periódicas. Esto supone que todo depende de la actitud de los miembros del SCS.

Si hay imposición por protocolo no estamos seguros que funcione si no se trabaja la coordinación, porque si no se quiere por parte del profesional, el papel no va a poder forzar a cumplir.

Las actividades de drogodependencias no están verdaderamente reconocidas. No tenemos el reconocimiento de los Servicios Sociales de los Ayuntamientos, no tenemos el reconocimiento de los médicos del SCS.

De las 7 islas hay 7 formas de gestionar los tratamientos. Es imposible unificar criterios si cada isla gestiona de una forma la forma de enfrentarse al tratamiento del consumo de drogas. Hay veces que se ocupa una ONG, otras el Cabildo y otras un Ayuntamiento que era sensible y que el resto de alcaldes ha ido arrastrando la política.

Hay una atención biopsicosocial que es la verdadera fuerza de la atención y aunque hay diferencias a nivel de gestión, a nivel de funcionamiento todas las actuaciones se hacen más o menos igual.

Hay diferencias de cómo trata al DGAD a las distintas entidades y cómo cumplen las características del paciente. Cada UAC “va por libre”. Depende de dónde se derive se tiene más o menos problemas y aunque hay instituciones que tienen que seguir el mismo plan, hacen lo que les da la gana.



Mejoras que plantean en la realización/ejecución de los proyectos. Desde su institución hasta la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, pasando por la Sociedad en general, familias, centros educativos, medios de comunicación.....de todos los Recursos.

Sería útil que el SCS considerara Drogodependencias a nivel ambulatorio y no sólo hospitalario para que el personal de Atención pudiera acceder a la misma historia clínica (Drago) que en los hospitales, porque es una enfermedad.

Con fiscalía de menores o con justicia es complicado la relación. Hay que pasarlo por las entidades que trabajan con los grupos de menores y no se puede hablar directamente con fiscalía. Las entidades tienen distintos criterios (de Justicia y de Salud) y al final el trabajo de Salud se sienten menospreciados.

Habría que trabajar en los criterios para que todas las entidades que estén relacionadas con la drogodependencia tengan el mismo mensaje, porque es muy complicado cuando intervienen varias entidades y cada uno con su criterio. Puede haber hasta 3 terapeutas interviniendo con un menor y cada uno le da una información con un criterio; además es un disparate de inversión sobre lo mismo.

No hay coordinación muchas veces entre policía local/ policía nacional y las unidades de dependencia.

Con prisiones hay problemas de coordinación. Los pacientes llegan con una serie de normas que se basan en criterios legales y nosotros nos basamos en criterios terapéuticos. El problema es que se basa en que si la atención lo lleva la entidad terapéutica se tiene que ajustar a las normas terapéuticas y por tanto, el criterio que prima debería ser este. Los criterios de seguimiento no son iguales que los de justicia.

Hay veces que justicia cree que tenemos que custodiar a los pacientes pero no es así. Las comunidades terapéuticas son voluntarias y si quieren ir, pueden salir. No es un centro de reclusión.



Con justicia hay veces que se mandan que se mandan a instituciones psiquiátricas que no existen o que se ingresen el Juan Carlos I cuando no es necesario. Se pasan 4 días de valoraciones con el consiguiente gasto sin que tengan que estar ahí. Mandan un fax para cumplir, pero no se coordinan.

El trato con el juez es personal y cuando hay buena relación, entonces la relación funciona mejor, pero te cambian el juez y hay que volver a empezar.

Cuando justicia pide informes, luego no consultan al técnico que lo cumplimenta, con lo cual, hacen la interpretación del informe y muchas veces lo envían a prisión sin preguntar a los técnicos.

Las medidas judiciales tendrían que estar adaptadas a la realidad clínica.

Están comenzando a aparecer que en los controles de tráfico se suelen controlar más sustancias que el alcohol y la gente que les sale positivo va a los CAD para que le hagan un contraanálisis. Comienza a ser un problema con morfina, codeína, etc. (y que legalmente está llevando un tratamiento). Además está dando problemas estos controles de falsos positivos.

Evaluación de acciones. Qué se suele hacer y cómo. Cómo percibe que son las acciones de evaluación que se suelen realizar en los proyectos.

Se presentan memorias que requieren mucho trabajo pero son poco efectivas. Se hacen memorias que se tarda un mes en realizar pero al final son descriptivas.

No hay evaluación cuantitativa. Sería idóneo realizar seguimiento de indicadores trimestralmente, no sólo una vez al año.

Sería adecuado realizar evaluación de los propios indicadores para ajustarlos porque hay algunos que no se pueden seguir.

Sería bueno que los indicadores fueran compartidos para poder unificar criterios y dividirse por áreas. La unificación de criterios mejoraría el trato a los pacientes porque muchas veces hay agravios comparativos entre los pacientes.



Sería interesante tener un cuadro de mandos en el que se pueda registrar la información de los indicadores con una buena aplicación informática que permita trabajar a varias personas a la vez.

Sería ideal que se pudiera trabajar dentro de DRAGO para poder trabajar sobre la misma historia clínica del paciente. Actualmente se trabaja con dos programas. Si se pudiera trabajar sobre una sola aplicación no habría que rellenar memorias inútiles.

Indicadores del Plan

En los grupos se solicitó que realizaran una evaluación cuantitativa de los indicadores recogidos en el III Plan y como han evolucionado a lo largo del tiempo.

Atención Asistencial

Respecto a la atención asistencial, el siguiente cuadro describe los comentarios a cada actuación recogida en el III Plan.

Ámbito	Actuaciones	CD	Comentarios
Atención asistencial	4.T.1.-	Adaptar el abordaje terapéutico asistencial a la realidad del usuario, a las nuevas sustancias, cambio de los patrones de consumo y patología dual.	<ul style="list-style-type: none">• Hay un fuerte cambio desde hace tres años hacia acá por la apertura de la Unidad de Patología Dual en el Negrín.• La apertura de la UDH en el Negrín es un puntazo.• Es un problema que la UDH se cierre durante un mes y en Tenerife no se cierra (lo de cerrar un mes no tiene sentido).• Salvo los últimos tres años la unidad estuvo funcionando intermitentemente con cierres en la Unidad de Lanzarote.• Se está trabajando en las prioridades de las unidades. Desde hace un par de meses se prioriza la atención de pacientes de islas periféricas porque se entiende que las realidades de estas islas tienen menos recursos.• Hay un aumento de sensibilización mediante jornadas a los profesionales para formar en drogodependencias asociadas a patología dual.



			<ul style="list-style-type: none">• Hay un plan para que los residentes del último año de psiquiatría puedan tener formación de patología dual.
Atención asistencial	4.T.2.	Asociar y consolidar la cartera de servicios y los recursos existentes en drogodependencias a la estructura territorial del Servicio Canario de la Salud.	<ul style="list-style-type: none">• Se refiere a una distribución autonómica del SCS, pero muchas veces depende de la distribución de la actividad por el deseo de las gerencias hospitalarias de tratar este tema.• Sería conveniente que en las diversas zonas se usen los mismos criterios. Es importante por ejemplo el tema del tabaco porque en algunas gerencias hospitalarias sacan a los pacientes de los programas porque fuman mientras que en otras gerencias hospitalarias no (la mayoría de las veces no hay problema, pero cuando hay una fuerte adicción al tabaco, se van porque quieren fumar. Con alguna medida sencilla sería muy fácil mantener estos casos en el programa).
Atención asistencial	4.T.3	Actualizar los mecanismos de acreditación y evaluación que garanticen la calidad de las prestaciones y servicios ofrecidos desde la Dirección General de Atención a las Drogodependencias.	<ul style="list-style-type: none">• Hay buena relación con el SCS pero depende de la relación personal y de la zona (porque hay veces que no hay buena disposición). Hay veces que las instituciones no se ponen de acuerdo.• Hay veces que la coordinación es efectiva y otras que aunque se juntan, toman café y no se coordinan en nada. Cada zona es muy dispar en la efectividad de la coordinación.• Los protocolos que se han creado para el SCS con primaria generan mayor distancia con las entidades de atención a la Drogodependencia. Aunque hay mejor atención y existen las unidades de drogodependencia en los ambulatorios, pero sólo pasan a la UAC cuando se ponen “perretosos” y cuando el médico de cabecera ya no les da las recetas, es el propio paciente quien se va a la UAC.
Atención asistencial	4.T.4	Definir el modelo de relación de la atención a las drogodependencias con el Servicio Canario de la Salud y articular los mecanismos necesarios para optimizar dicha integración.	<ul style="list-style-type: none">• Las coordinaciones son personales, no institucionales.• Un problema de software, porque no acceden a la misma herramienta• Se ven aislados respecto a los protocolos de actuación.• La coordinación con el SCS depende mucho de la zona (al tener 3 zonas distintas en GC) varía mucho en atención psiquiátrica.• El SCS tendría que dar soluciones a las coordinaciones que no funcionan.• Relaciones con servicios de urgencia. Tienen mucha estigmatización• Tendría que ser que primaria integraran a la gente en el circuito terapéutico llevando el mismo circuito.
Atención asistencial	5.T.5.	Potenciar el diagnóstico precoz e intervención temprana en drogodependencias	<ul style="list-style-type: none">• Depende de la relación personal.• Han ido mejorando con los años.• Lanzarote han mejorado considerablemente.• Por protocolo están más distanciados. Cada vez se tiene menos contacto entre el médico



			de primaria y las unidades de atención a la Drogodependencia. <ul style="list-style-type: none">• Los médicos no se complican sino que van dando benzotepina.
Atención asistencial	5.T.6.	Garantizar al usuario drogodependiente asistencia biopsicosocial en todas las áreas de salud de la Comunidad Canaria.	<ul style="list-style-type: none">• Se da la información psicosocial y trabajo social con un servicio integrado.• En el área social no hay cobertura igual en todos los sitios. En Gran Canaria todos tiran del Servicio de Las Palmas siempre que hay plazas siendo del municipio que sea.• Lanzarote: Tiran mucho de Cáritas, la parte de inserción social es más complicada porque los recursos no son iguales en todas las partes.• Se está notando que las altas terapéuticas vuelven a encontrar trabajo (hay un repunte en la integración social) especialmente con certificados de discapacidad.• El área de reintegración social es el que más flojea por tiene menos recursos.• Desde las islas periféricas como Fuerteventura para mejorar la reintegración social tiran de los programas de inserción laboral. Tiran del SCE para el tutor de empleo.
Atención asistencial	5.T.7.	Atender las patologías somáticas y psiquiátricas asociadas al consumo de drogas.	Objetivo no conseguido. Se puede realizar

Reducción del daño

Sería importante conseguir que reduzca no solo opiáceos, sino alcohol, tabaco. Lo que se considere reducción de daño es subjetivo, depende de cada usuario: para unos dejar de fumar, para otros fumar menos....

Sería bueno saber también qué es lo que quiere el usuario. Ver si hay cambios, el poder hablar es un cambio, y ello afecta en una reducción del daño.

Respecto a la metadona para opiáceos, ha subido muchísimo en el último año. Así, con el mismo dinero se han triplicado los usuarios. Además, a veces no hay opiáceos conllevan problemas relacionados con temas laborales. Por último, no hay dinero para pagar turno de noche o de festivo.

Los/as asistentes valoraron los objetivos dentro de este ámbito tal y como se recoge a continuación.



Ámbito	Actuaciones	CD	Comentarios
Actuaciones de reducción del daño	6.T.8.	Potenciar e incrementar programas de reducción de daños y mejora en la calidad de vida de los drogodependientes	<ul style="list-style-type: none">• La mayoría son población marginal. La población cada vez es más deteriorada y muy crónica.• Se ha mantenido el trabajo con esta población a lo largo de los años..• Con el paso del tiempo se han suavizado el control del uso de la metadona, lo que ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes.• Curar no solo es que no consuma, sino reducir ya es un triunfo, aunque mantengan la metadona durante años.• Actualmente hay una tendencia de estudiar de forma individualizada. Hay que ir caso por caso.

Reintegración Social

En general se percibe que hay pocas ayudas sociales para colaborar con comunidades terapéuticas.

Las personas que entran en el consumo de drogas normalmente viven en exclusión porque están en la calle, y esto supone que el apoyo es muy difícil y aún más complicado el seguimiento.

El concepto que se utiliza en el III Plan sobre adicciones está desfasado. El problema es que no hay un único criterio para establecer uno nuevo. Para unos es beber menos, mientras que para otros profesionales es la abstinencia total. Han cambiado el perfil de usuarios del servicio. Deberíamos trabajar un nuevo concepto para adaptarnos a las nuevas necesidades.

Se supone que este tipo de intervención le compete al Ayuntamiento de turno, pero la gran mayoría comenta que los Ayuntamientos intentan no trabajar en este aspecto. Trabajarse en el ámbito social y con el trabajo de las familias sería lo ideal.

En este sentido, se están trabajando desde el minuto 1 la reincorporación social. Con las familias sobre todo. Se están encontrando con personas paradas con trabajo previo. Población muy variada: no solo hay excluidos de metadona, sino de otras drogas.



En relación a los sistemas de información para la gestión de los programas (CEDRO); el alta terapéutica no lo entienden mucho, pues la historia no se puede cerrar ya que es un enfermo crónico. Los médicos de familia no cierran historial y sin embargo en CEDRO se cierra a los 6 meses. Esto no se entiende. No está la pestaña de seguimiento si se dio de baja en el programa.

En relación a las altas y bajas no tienen el mismo concepto la Dirección General y entidades y sería extremadamente importante que se trabajara en una misma línea.

La aplicación informática CEDRO se percibe como un fiscalizador. Las entidades que tienen un ordenador difícilmente pueden trabajar bien con CEDRO, ya que ralentiza la atención por cómo está diseñado y da muchos problemas.

Trabajan todo en la reincorporación desde el modelo biospiciosocial. Cada uno tiene en común muy poco. Importancia de las comunidades terapéuticas.

Respecto a la Valoración de los usuarios/as, perciben muchos cambios. Lo que le engancha al personal es que el usuario/a muestra una gran satisfacción. Perciben los cambios que se producen en su día a día. Las veces que se han hecho encuestas de satisfacción muestran niveles muy altos, aunque es complicado que los/as usuarios/as las cumplimenten.

El problema de la gente de la calle y drogodependencias es importante. Se echa de menos centros de acogida para sin techo con adicciones. Cáritas los tiene pero no es lo normal. Se agrava con las mujeres en la calle con adicciones, pues no hay recursos para ellas.

A continuación se muestra la evaluación de cada uno de las actuaciones del III Plan en el ámbito de la reincorporación social.

Ámbito	Actuaciones	CD	Comentarios
Actuaciones de reincorporación social	7.T.9.-	Reducir los factores de exclusión social y auto marginación de la población drogodependiente.	<ul style="list-style-type: none">• Ha habido una gran evolución con la integración de lanoxona y metadona se integran perfectamente. Le da más libertad porque tienen multidosis de metadona de quince días. Se tratan como enfermos



			<p>crónicos y no tienen que variar sus vidas para tener un tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sólo la gente muy deteriorada va a diario.
Actuaciones de reincorporación social	7.T.10.	Promover conjuntamente con la Administración General del Estado, programas de actuación para drogodependientes con problemática legal.	<ul style="list-style-type: none">• El problema es que el uso de las comunidades terapéuticas se ha utilizado por los abogados Garantizan la gente que tienen condenas. Se los quitan de medias.• Coordinación no es, es más imposición.• Todos los señores que va a ir a la cárcel van a tratamiento. En 2 paso es estar vinculado a la UAC para ver que cumplen bien.• Creación de gestión de penas y servicios alternativos. Hay un servicio que unifica los criterios. Es una forma de centralizarlos.

Cambios globales en asistencia

La integración de la atención de la Drogodependencias en el Servicio Canario de Salud con una visión del tratamiento ambulatorio de la drogodependencia y no sólo hospitalario permitiría mejorar la efectividad de las actuaciones. Lo ideal sería integrarse dentro de Salud Mental

Tener una sola aplicación donde volcar un único historial clínico sería lo mejor para atender las drogodependencias que son enfermedades crónicas que requieren un tratamiento a lo largo de la vida del paciente.

Sería bueno considerar la drogodependencia como enfermedad para que en las islas periféricas se les pague el traslado a los pacientes.

Las nuevas adicciones deberían tratarse de forma distinta. Móviles, videojuegos, etc. (adicciones sin sustancia), No cuadran con los usuarios más deteriorados con gente con nuevas adicciones. Adaptar los centros. Los pacientes de estas adicciones sin sustancia se llevan mal con los más deteriorados. Se junta gente de todo tiempo dentro del mismos recursos.

De cara al próximo plan sería conveniente tres o cuatro objetivos pero claros. Hay muchos objetivos en el III Plan pero poco claros. Además, sería muy importante el crecimiento de las dotaciones económicas.



También sería pertinente la creación de un procedimiento específico de protocolos de derivación con el fin de evitar duplicidades y fomentar la coordinación entre protocolos.

Por otro lado, es importante establecer mecanismo de coordinación entre los sistemas de información. Piden acceder a DRAGO para que la coordinación no sea solo ser informal.

Sería importante que la Dirección General impulsara espacios colaborativos entre las entidades.

Consideran que el ámbito de las drogas debería tener espacio para una Dirección General completa dentro del Servicio Canario de la Salud en Salud Pública.

5.2 Áreas de apoyo

5.2.1 Formación

Las actividades formativas en materia de prevención para el personal de la entidad no son prioritarias para la mayor parte de las entidades en tanto que apenas un 18% confirma que ha realizado actividades de este tipo en el periodo.

Es más, en el Gráfico 68 se puede observar que prácticamente un 40% de las entidades no ha participado o sólo ha participado en una actividad formativa en los últimos tres años.

Teniendo en cuenta que la realidad social y los nuevos cambios sociodemográficos y el surgimiento de nuevas formas de adicción son considerables, parece que el personal de las entidades no ha sabido actualizarse durante el periodo del III Plan.

A la pregunta de qué tipo de formación desearían realizar (Gráfico 69, hay una importante solicitud de formación en el ámbito familiar y en el ámbito del ocio y tiempo libre.

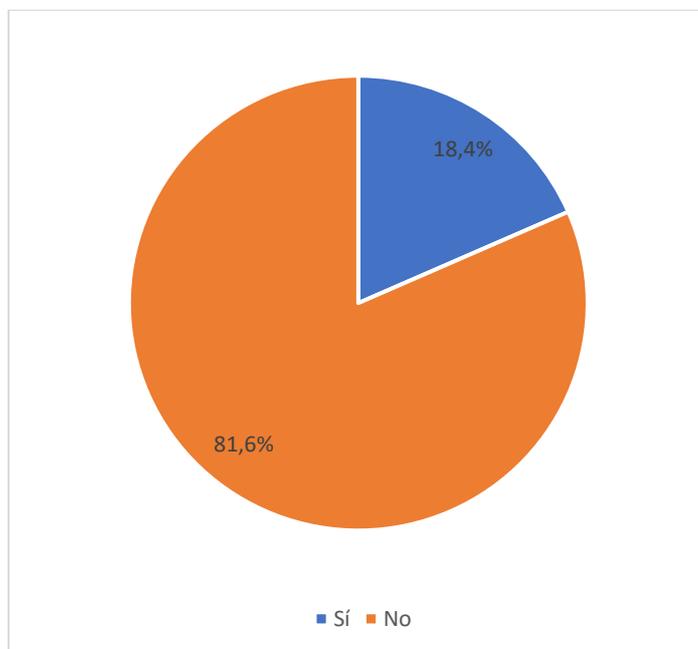


Gráfico 67. Entidades según si su entidad ha ejecutado algún programa de formación en materia de prevención de drogas. %. 2017. Total Entidades de prevención.

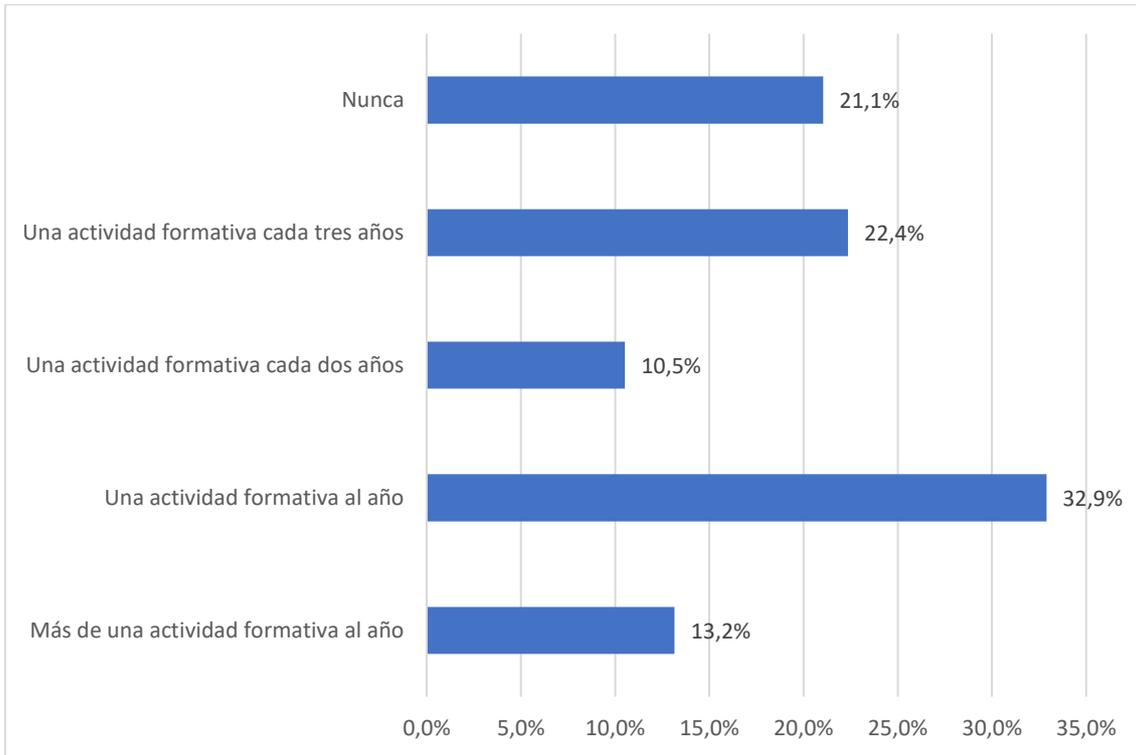


Gráfico 68. . Entidades según la regularidad con la que asisten a programas de formación en materia de prevención impartidos tanto por su entidad como por otras entidades. %. 2017. Total Entidades de prevención.

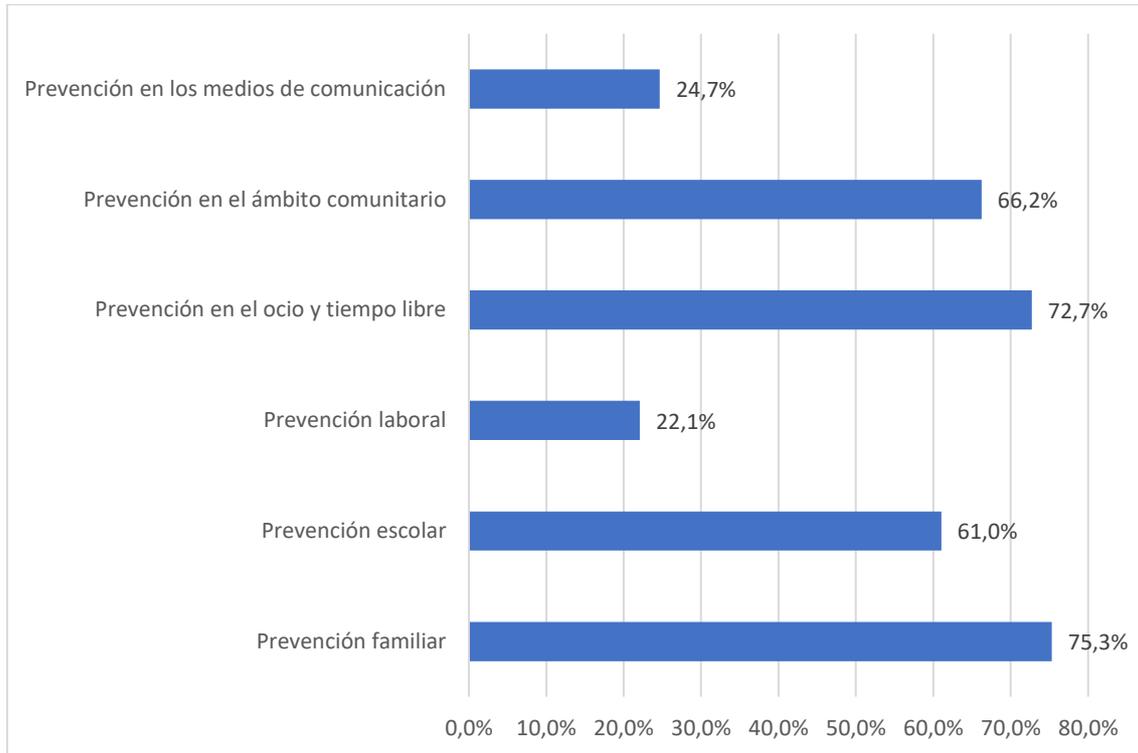


Gráfico 69. Entidades según el tipo de formación que consideran prioritaria recibir. %. 2017. Total Entidades de prevención.

En relación con las actuaciones de la Dirección General de Salud Pública en el ámbito de la formación y estudio en el fenómeno de las drogodependencias, por su parte han realizado las siguientes acciones formativas (que no son exclusivamente para los profesionales de las entidades del ámbito de la drogodependencia)².

Según sus memorias, este es el número de profesionales (Gráfico 70) que han recibido formación durante el periodo de evaluación

² Ver anexo para el análisis de fuentes

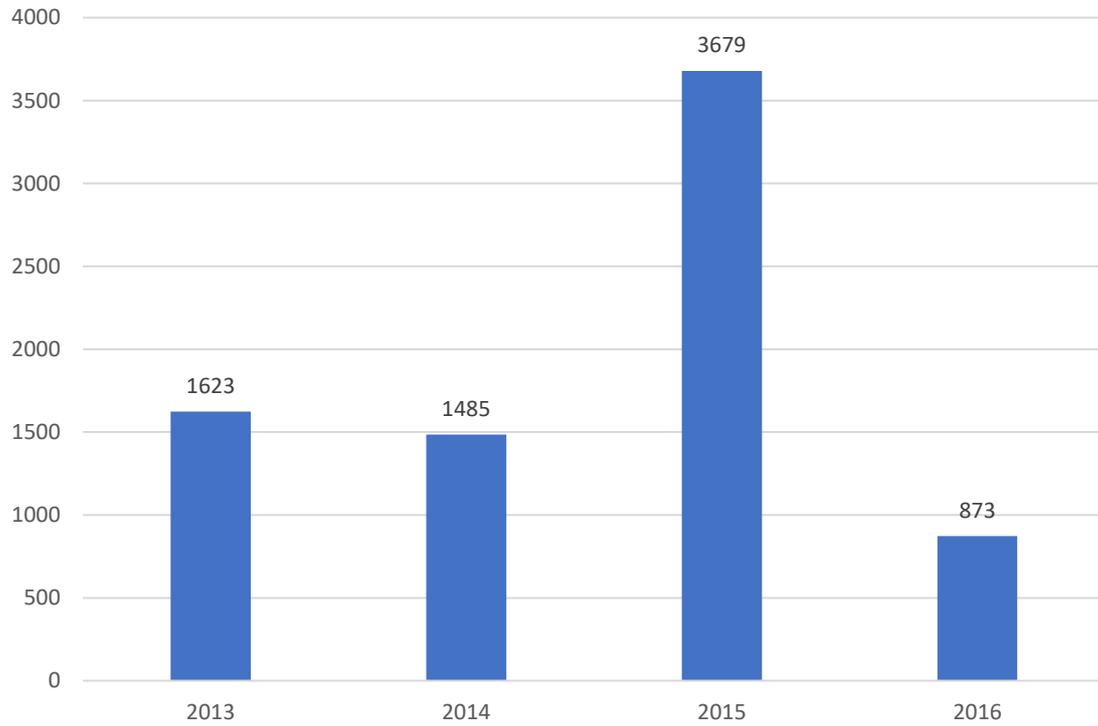


Gráfico 70 Profesionales que han recibido algún tipo de formación o taller durante el periodo. Dirección General de Salud Pública.



El número de actividades formativas impulsadas por la Dirección General de Atención a la Drogodependencia atiende a un gran número en 2013 con un descenso gradual hacia la treintena durante los años 2014 y 2015.

En 2016 la memoria entregada no contempla el número total y sólo se han contado las formaciones distintas que se han realizado (no se ha tenido en cuenta el número de ediciones de una formación).

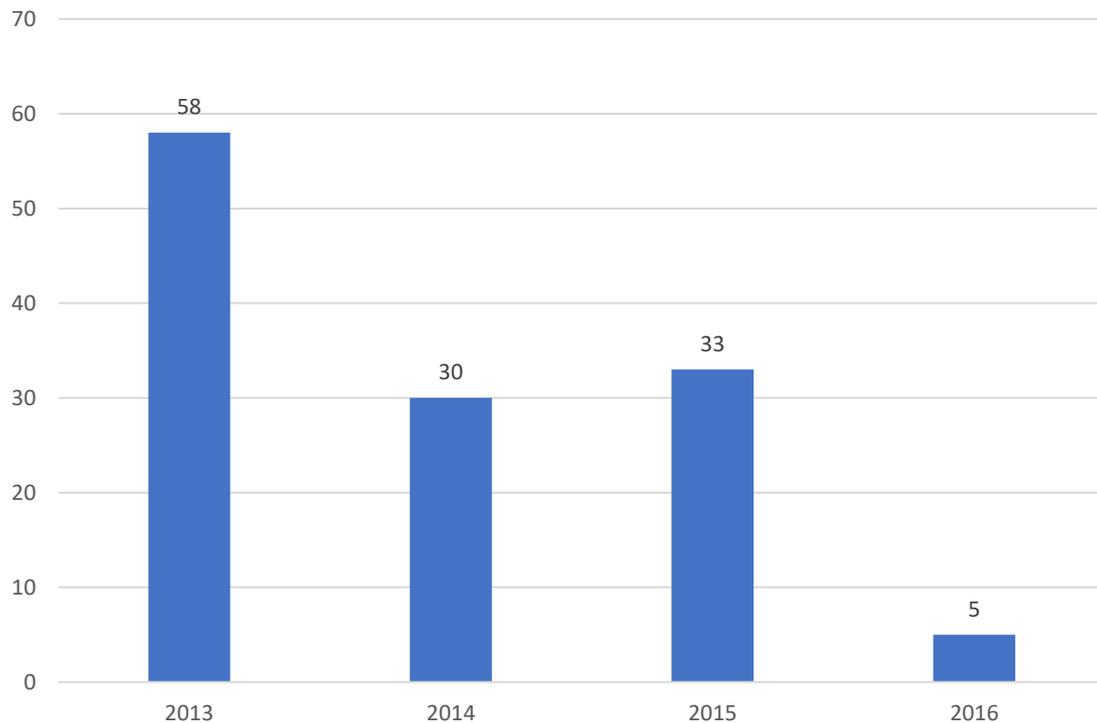


Gráfico 71. Número de talleres y formaciones durante el periodo. Dirección General de Salud Pública.

Otros datos de interés sobre formación son los recogidos en el siguiente cuadro.

	2013	2014	2015	2016
Estudios e investigaciones	5	3	5	--
Publicaciones	2	12	20	--
Actividades formativas	58	30	33	5
Cursos	9	12	13	--
Charlas	3	4	4	--
Jornadas	3	5	4	--
Seminarios	2	3	2	--



Congresos nacionales	1	1	1	1
Sesiones clínicas	40	--	--	--
Talleres preventivos	--	3	2	1

5.2.2 Investigación-Evaluación.

Respecto al área de Investigación-Evaluación, las acciones ejecutadas no han sido demasiado numerosas. En este sentido, la Dirección General de Atención a las Drogodependencias ejecuta anualmente un análisis de los datos del ESTUDES para Canarias, que es una encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. Sin embargo, no se ha creado un registro anual de evaluación de acciones para todas las áreas que configuran el III Plan Canario sobre Drogas.

En el caso de las entidades locales, un 24% declara que se ha realizado en su municipio/isla un diagnóstico sobre el consumo de drogas (Gráfico 72).

Además, si tenemos en cuenta la institución que financia (Gráfico 73), se observa que la mayor parte de los diagnósticos fueron financiados por la propia entidad (47%), mientras que un 26% fue realizado por el Cabildo Insular y un 10% por el Gobierno de Canarias.

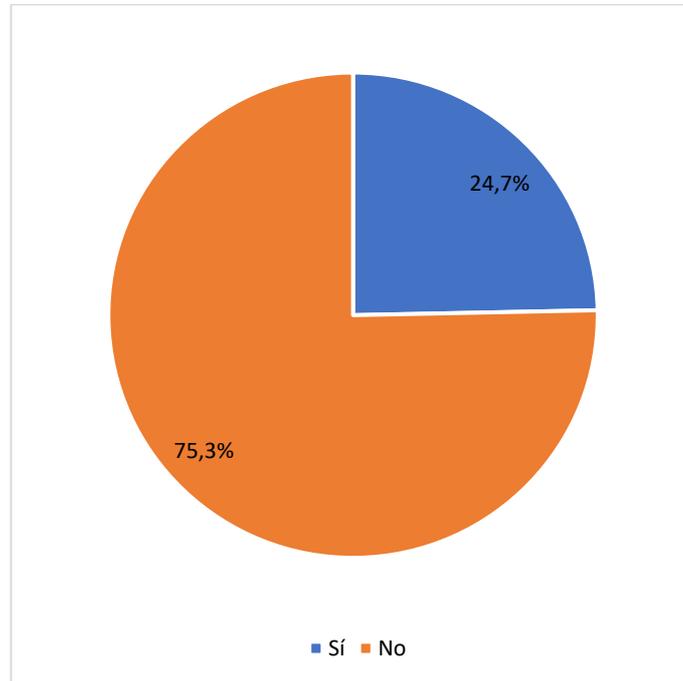


Gráfico 72. Entidades según disponibilidad de un diagnóstico sobre consumo de drogas en su territorio. %. 2017. Total Entidades de prevención.

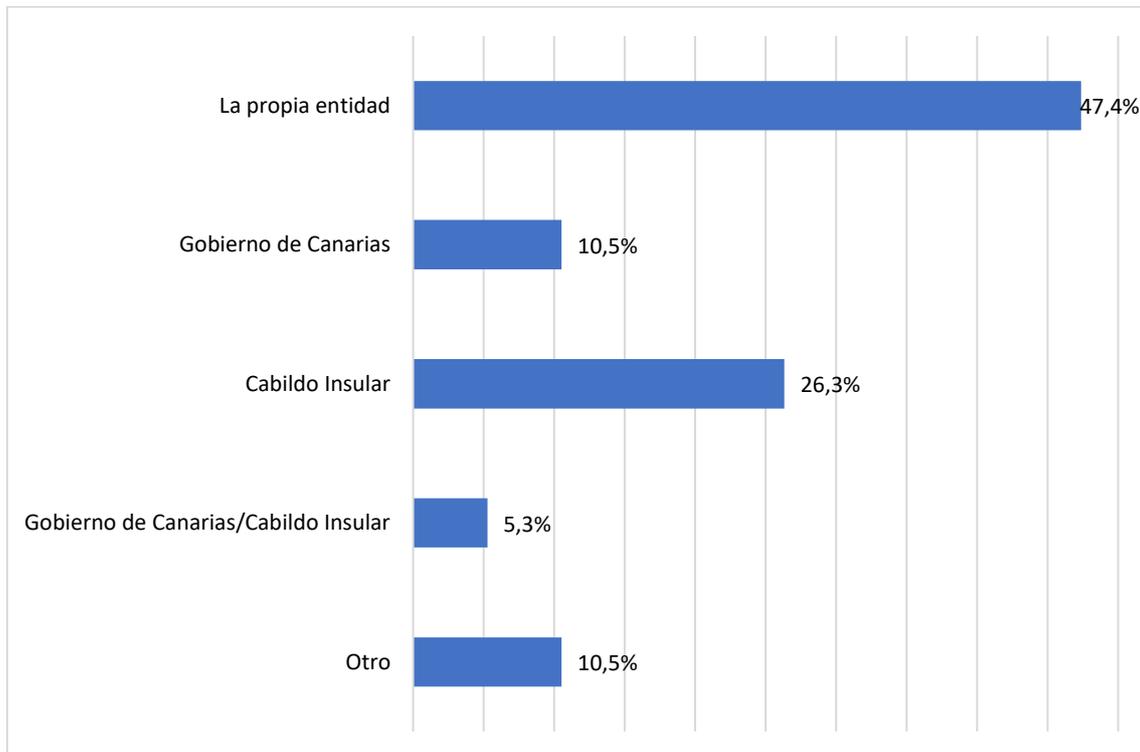


Gráfico 73. Entidades según órgano que financió el diagnóstico sobre consumo. %. 2017. Entidades con diagnóstico (n=19)

5.2.3 Coordinación - Participación

En este apartado se realizará un análisis de las cuestiones relativas a la coordinación en el ámbito de las drogodependencias.

En lo referido a las actuaciones de la Dirección General de Atención a las drogodependencias, no se ha convocado tal y como se recoge en la Ley la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, al igual que no se ha llevado a cabo un registro específico de los Planes Municipales e Insulares sobre drogas. Aun así, se ha colaborado adecuadamente en materia de asistencia y prevención con el Plan Nacional sobre Drogas.

Respecto a las entidades locales, un 65% de las mismas declaran que sí disponen de mecanismos para coordinarse con otras entidades a la hora de ejecutar proyectos de prevención (Gráfico 74). Así, y tal y como se recoge en el Gráfico 75, los mecanismos más habituales para coordinarse son las reuniones periódicas con agentes presentes en el municipio o la comarca (49%), las Comisiones Insulares de Drogodependencias (31%), los protocolos de coordinación con otras áreas de la propia entidad (19%) y las Comisiones Municipales de Drogodependencias (13%).

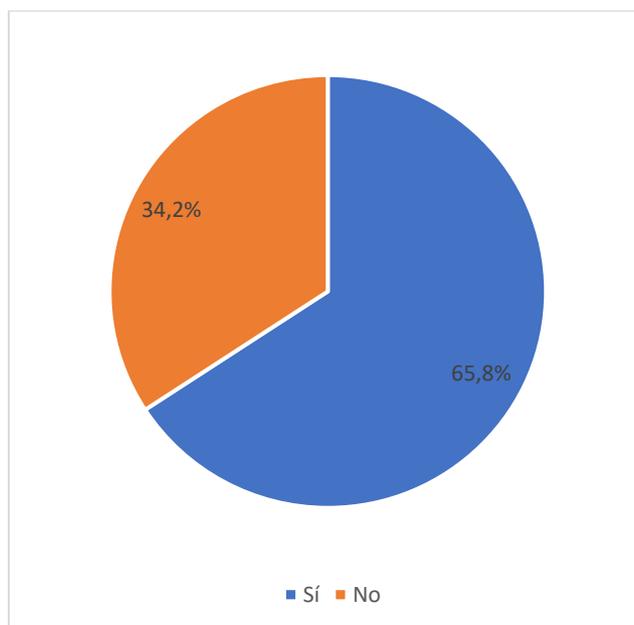


Gráfico 74. Entidades según sí disponen de mecanismos para coordinarse con otras entidades a la hora de ejecutar proyectos de prevención. %. 2017. Total Entidades de prevención.

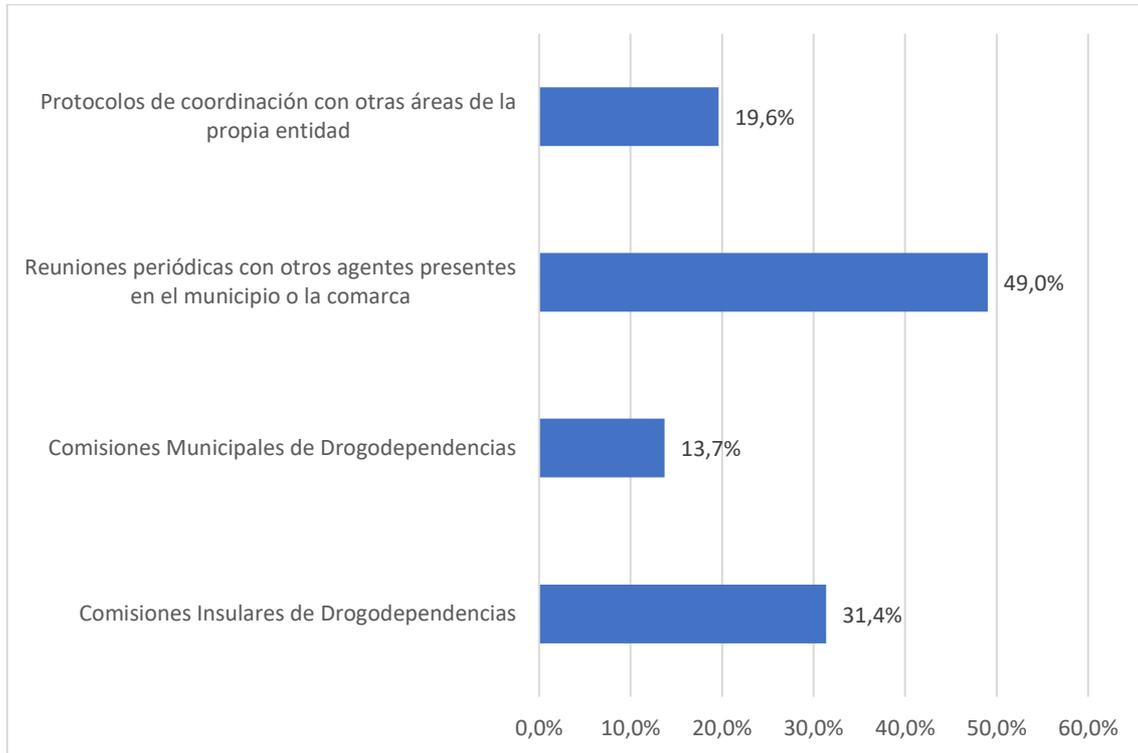


Gráfico 75. Entidades según el tipo de mecanismo del que disponen para coordinarse con otras entidades a la hora de ejecutar proyectos de prevención. (Respuesta Múltiple). %. 2017. Entidades con mecanismos de coordinación (n=51)

Por otro lado, al ser preguntadas las entidades locales por si tienen en cuenta la actuación con otras entidades a la hora de ejecutar sus proyectos en prevención (Gráfico 76), un 57% afirma que sí en la medida de lo posible, mientras que un 32% declara que sí siempre. Destaca que un 9% no se coordina nunca o casi nunca.

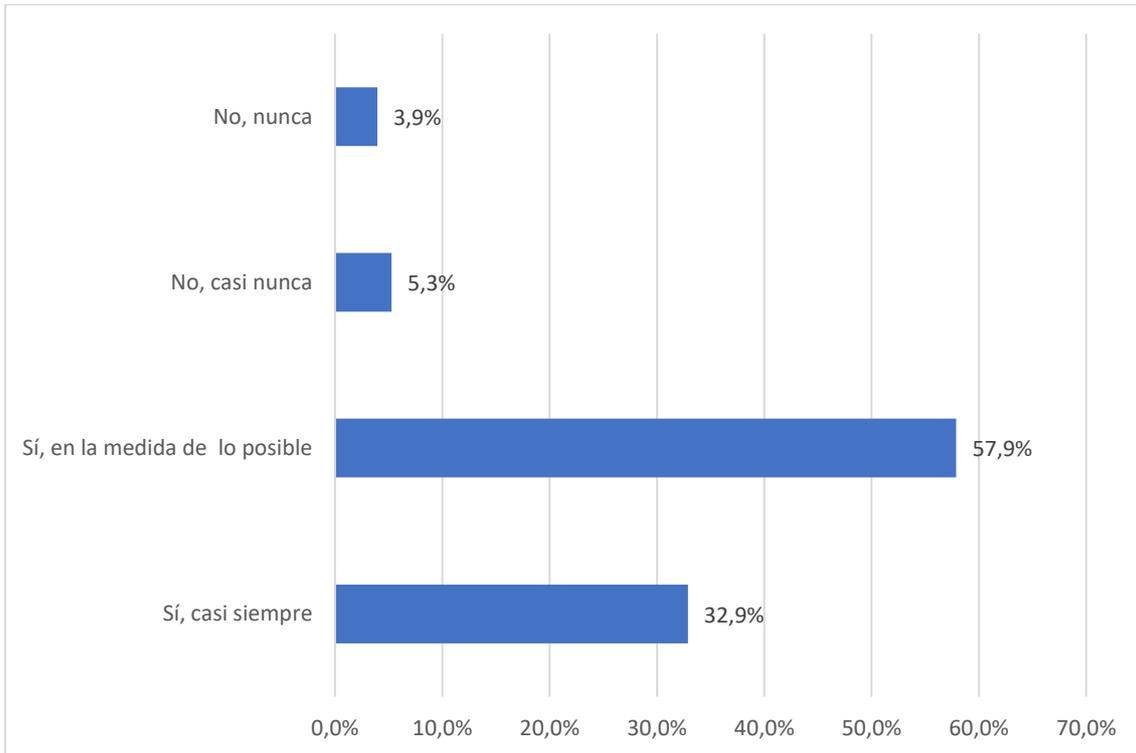


Gráfico 76. Entidades según si tienen en cuenta la actuación de otras entidades a la hora de ejecutar sus proyectos en prevención. %. 2017. Total Entidades de prevención.

5.2.4 Reducción de la oferta

En cuanto a la reducción de la oferta, al ser preguntadas las entidades locales acerca de si todas las áreas municipales/insulares velan por la reducción de la oferta (Gráfico 77), llama la atención que un 56% declara que sí que velan, mientras un 43% destacan que no se produce un cumplimiento estricto de la normativa existente en cuanto a reducción de la oferta. Entre los motivos más importantes para no cumplir con la normativa (Gráfico 78), las entidades locales destacan que es por falta de legitimidad respecto a la acción a tomar (48%), seguido en muchas ocasiones por desconocimiento (36%).

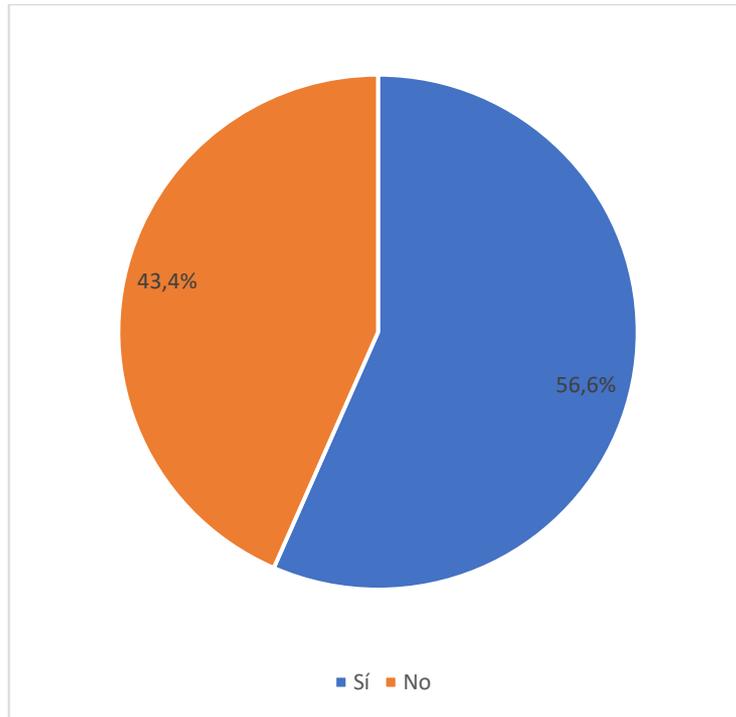


Gráfico 77. Entidades según si el resto de sus áreas dedicadas a la reducción de la oferta (que no es prevención) velan por la reducción de la misma. %. 2017. Total Entidades de prevención.

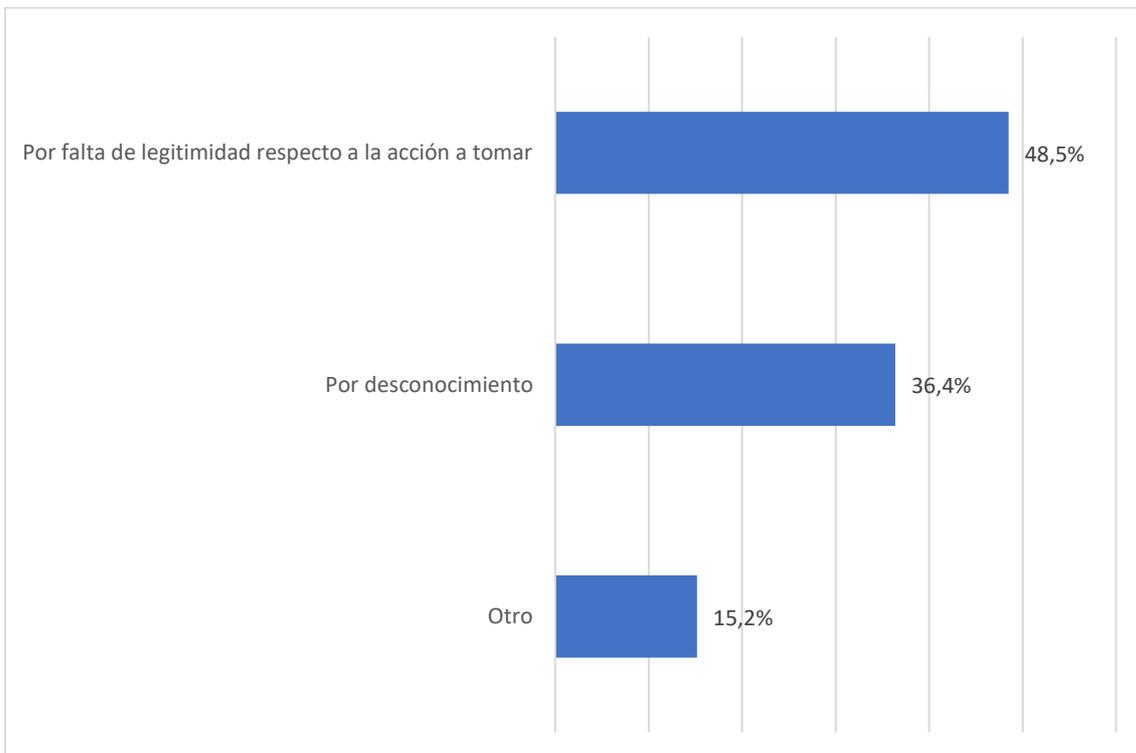


Gráfico 78. Entidades según motivos por los que el resto de sus áreas dedicadas a la reducción de la oferta (que no es prevención) no velan por la reducción de la misma. %. 2017. Entidades que afirman que los responsables de velar por la reducción de la oferta no lo hacen (n=33)

6 Conclusiones generales

El III Plan Canario sobre Drogas no ha seguido el programa de evaluación que está definido en el documento original. Si bien es cierto que se han realizado actuaciones y realizado todos los actos justificativos correspondientes, el Plan planteaba más de 160 indicadores en los distintos ámbitos que eran necesarios cumplimentar trimestral y anualmente (dependiendo de los indicadores) así como un corte evaluativo en 2013 y la evaluación final en 2017.

Durante el periodo evaluativo del plan el gran número de indicadores existente para evaluar el seguimiento del mismo no se han adaptado a la ejecución de los proyectos que se han ido realizando.

Si bien es cierto que existen memorias y justificación de todos los proyectos realizados, hay un difícil encaje con unos indicadores que se diseñaron hace siete años y que no han sufrido una adaptación a las nuevas realidades que se han ido imponiendo.

Esto, añadido a que las competencias para cumplimentar los indicadores en muchos casos estaban desperdigadas entre diversas administraciones, ha provocado que los indicadores de seguimiento y evaluación del III Plan Canario sobre Drogodependencias no sean una herramienta de evaluación efectiva sobre las actuaciones.

Esta poca efectividad también viene dada por el desconocimiento general del III Plan Canario sobre Drogodependencias, pues una parte importante de las entidades confirman en la encuesta que no lo han tenido en cuenta para guiar sus acciones y, por ejemplo, casi un tercio de los técnicos que han respondido a la encuesta de las entidades de prevención nunca lo han leído.

Más preocupante es el hecho que un 60% de las entidades que tienen la obligación de contar con un plan municipal/ insular propio todavía –siete años después- no lo tienen aprobado.

Son aspectos que nos han llamado poderosamente la atención en el proyecto evaluativo, ya que hemos podido constatar que aquellas instituciones que



cuentan con un Plan propio (insular o municipal) han demostrado tener mayor nivel de compromiso y de seguimiento con el III Plan Canario sobre Drogodependencias porque para el diseño de su propio Plan siguieron las directrices del autonómico.

Con relación a la ejecución de los proyectos, el III Plan Canario sobre Drogodependencias se basaba en el principio de la especificidad de las actuaciones para cada ámbito. En las respuestas al cuestionario por parte de las entidades sobre los ámbitos de aplicación de los proyectos nos hemos encontrado que a lo largo de los siete años se han desarrollado proyectos que tocan dos, tres o incluso en algún caso la entidad nos ha respondido que toca todos los ámbitos de actuación. Esto supone la ejecución de proyectos excesivamente generalistas en los que muchas veces cuesta llegar a la población en riesgo (tanto en prevención como en tratamiento).

Si podemos resaltar una fortaleza en la ejecución del III Plan Canario sobre Drogodependencias ha sido la estabilidad en la realización de programas preventivos y de tratamiento que ha habido a lo largo del periodo.

Otro de los grandes retos superados a lo largo de estos años era dar respuesta al "... incremento de trastornos mentales asociados a los consumos de sustancias psicoactivas, que produce una considerable demanda de atención...". En función de la información recogida en los grupos de discusión con las entidades, este aspecto ha mejorado gracias a la apertura de la Unidad de Atención de Patología Dual del Negrín y los programas de asistencia e integración social.

Si tenemos que resaltar una debilidad es que el III Plan Canario sobre Drogodependencias se basaba de forma importante en la coordinación entre diversas administraciones y entidades y esta coordinación no ha existido. Se planteaba como uno de los grandes retos "...Será preciso optimizar los recursos y mejorar la gestión y organización de los mismos, generando niveles de coordinación eficaces entre entidades y administraciones públicas y privadas en las diferentes áreas y ámbitos del plan. Se debe garantizar la continuidad de los



programas en especial en ámbito local...”, pero tras el análisis de los mecanismos de coordinación existentes podemos decir que este reto no ha sido alcanzado ya habiendo marcadas diferencias en los protocolos de actuación, la ejecución de los proyectos y la efectividad de las actuaciones.

Otro de los grandes retos a los que se enfrentaba el Plan era disminuir las diferencias en la organización de la atención “...condicionada por las diferencias insulares, la fragmentación del territorio y las características de los usuarios y usuarias con una organización funcional y territorial diferente entre las islas...” En los cuatro grupos de discusión ha quedado patente que dependiendo de la isla o incluso de la zona en la que se han realizado las actuaciones varían adaptándose a los recursos y las necesidades locales habiéndose producido muy poca comunicación y ninguna sinergia entre los ámbitos insulares.

Otro de los retos a los que se enfrentaba el III Plan era buscar cómo garantizar “...que en toda la red asistencial se estandarice y unifique el sistema de registro de actividad, se estructure la actividad en torno a protocolos formalizados y susceptibles de actualizarse que desarrollen cada uno de los procesos, se elaboren y revisen periódicamente los procedimientos documentados, mediante la estandarización de los procedimientos de recogida de datos y sistemas de información...” Si bien es cierto que gracias a la aplicación CEDRO se han logrado grandes avances con los procedimientos de recogidas de datos y consolidación, tanto la aplicación en sus funcionalidades como los protocolos que se aplican por las distintas entidades tienen recorrido de mejora. En el caso de los protocolos, las distintas entidades realizan en la mayor parte de los casos protocolos propios sin compartirlos o compararlos con los que hacen el resto de entidades que trabajan en su ámbito. Si bien es cierto que la falta de formalización de los protocolos es compensada por las relaciones informales de los técnicos, provoca que en cada entidad se actúe de forma distinta a la hora de atender a los usuarios de los servicios.

Toda esta experiencia acumulada nos debe servir para organizar las bases que nos permitan afrontar el reto de las adicciones de una forma más efectiva.

7 Recomendaciones de actuaciones futuras

Cualquier actuación futura debe estar encaminada a fortalecer la red de coordinación y colaboración entre los distintos actores que intervienen en la lucha contra la droga. Uno de los ámbitos de mejora que se han detectado en la evaluación es la necesidad de cambiar el sistema de comunicación y coordinación que ya era un reto para el III Plan pero que no ha llegado a consolidarse.

Algunas de las líneas de actuación que podrían mejorar la situación son crear protocolos compartidos de trabajo, fortalecer los mecanismos espacios de colaboración, creando mecanismos que permitan evitar duplicidades de trabajo y aumentando la efectividad de los recursos en los programas.

Se ha detectado que una mayor implicación de los niveles políticos en la ejecución del siguiente plan asegura un funcionamiento estable de los programas y un mayor alcance en todas las instituciones. Establecer una implicación del nivel político en la ejecución podría asegurar un mayor alineamiento con las directrices del Plan.

Por otra parte, si hablamos de posibles mejoras metodológicas, los planes de un septenio en una realidad tan cambiante son complicados de abordar ya que las circunstancias sociales, económicas, culturales, tecnológicas y en el ámbito de las adicciones se modifican radicalmente. Sólo tenemos que recordar cómo han ido evolucionando las adicciones sin sustancia (ludopatías, nomofobia, etc.) en los últimos diez años o los perfiles de usuarios de los centros de tratamiento.

Se plantea la posibilidad de realizar un plan a corto plazo y con un número de indicadores más manejable por los proyectos que permitan realizar un seguimiento de la ejecución más efectivo y del cumplimiento de los objetivos planteados de forma específica.

Por otra parte, se ha detectado que es necesario una mejor difusión de futuros planes para evitar que haya cierto desconocimiento del propio plan y de los diferentes ámbitos que lo componen.



Además, ha de procurarse, en la medida de lo posible, que todas las Entidades apliquen una perspectiva de género en sus proyectos y que además establezcan indicadores de evaluación en todas sus actuaciones, lo cual conllevará un mayor conocimiento acerca de la efectividad de las actuaciones llevadas a cabo. Ello debe empezar, en primer lugar, por las actuaciones financiadas por el Gobierno de Canarias, pues no se deberían financiar actuaciones que no apliquen los indicadores e evaluación dispuestos en el propio Plan.

Además, una cuestión que facilitaría la evaluación del ámbito de las drogodependencias es que las entidades que aprobaran un Plan Insular o Municipal enviaran el Plan al Gobierno de Canarias para que esta última entidad tenga conocimiento del documento de planificación del municipio o Isla en materia de prevención de drogodependencias.



8 Anexo

8.1 Listado de memorias entregado por la D.G.A.D

Nombres de ficheros

2013

- > Memoria justificativa atrévete_ escribe tu propia historia
- > Memoria justificativa piensa por ti
- > Memoria justificativa campaña promoción salud
- > Memoria justificativa promoviendo salud
- > Memoria justificativa formación
- > Memoria justificativa proyecto espiga
- > Memoria servicio coordinación técnica 2013
- > Datos tratamiento a drogodependientes en Canarias 2013.

2014

- > Memoria 2014.proyecto atrévete
- > Memoria 2014.proyecto escribe tu propia historia
- > Memoria 2014.proyecto niño- niña
- > Memoria 2014. Campaña tic
- > Memoria 458-2014. Final talleres y actividades ocio tiempo libre
- > Memoria 2014 modelos positivos saludables
- > Memoria 2014.proyecto educación vial
- > Memoria2014_formacion
- > Memoria 2014 actuaciones drogodependencias canarias. Corregida
- > Datos tratamiento a drogodependientes en Canarias 2014.

2015

- > Ámbito Familiar
- > Ámbito Ocio-T.L. 2015
- > Ámbito Educativo
- > Formación
- > Memoria 2015 actuaciones drogodependencias canarias.
- > Datos tratamiento a drogodependientes en Canarias 2015.

2016

- > Ámbito Familiar
- > Ámbito Ocio-Tiempo Libre-Comunitario



- > Memoria 2016 Ámbito Educativo-458
- > Formación y Sensibilización
- > 2016 resumen prevención 2016
- > Datos tratamiento a drogodependientes en Canarias 2016.

8.2 Tabla de referencias de gráficos

Gráfico 1. Comunidad autónoma de Canarias. Cabildos con planes insulares sobre drogodependencias.	21
Gráfico 2. Distribución de municipios con planes sobre drogodependencias municipales	21
Gráfico 3. Gran Canaria. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias	22
Gráfico 4 Lanzarote. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias	23
Gráfico 5. Fuerteventura. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias	24
Gráfico 6 Tenerife. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias.....	25
Gráfico 7 La Palma. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias.....	26
Gráfico 8 La Gomera. Distribución municipal de planes sobre drogodependencias	27
Gráfico 9. El Hierro. . Distribución municipal de planes sobre drogodependencias	27
Gráfico 10. Proyectos ejecutados por año. %. 2013-2016. Total Entidades	50
Gráfico 11. Proyectos ejecutados según número de beneficiaros y anualidades. 2013-2016. Total Entidades	51
Gráfico 12. Proyectos ejecutados según tipo de Administración que lo ejecuta y anualidad. %. 2013-2016. Total Entidades.....	52
Gráfico 13. Proyectos ejecutados según tipo de Administración que lo ejecuta. %. 2013-2016. Total Entidades	53
Gráfico 14. Proyectos ejecutados según si el municipio tiene la obligación de tener Plan. %. 2013-2016. Total Ayuntamientos	54
Gráfico 15. Proyectos ejecutados según sí disponen de indicadores de evaluación. %. 2013-2016. Total Entidades	55
Gráfico 16. Proyectos ejecutados según sí disponen de indicadores de evaluación y tipo de Administración Pública. %. 2013-2016. Total Entidades	56
Gráfico 17. Entidades según si tienen en cuenta la perspectiva de género a la hora de ejecutar las acciones en materia de prevención. %. 2017. Total Entidades	57



Gráfico 18. Dificultades a la hora de ejecutar proyectos en el ámbito de la prevención (Respuesta Múltiple). %. 2017. Total Entidades.....	58
Gráfico 19. Proyectos ejecutados según ámbito de actuación. %. 2013-2016. Total Entidades.....	60
Gráfico 20. Proyectos ejecutados según ámbito de actuación y según si la Administración tiene o no la obligación de tener Plan. %. 2013-2016. Total Ayuntamientos.....	62
Gráfico 21. Proyectos ejecutados según ámbito de actuación y anualidad. %. 2013-2016. Total Entidades. Sólo incluidos los ámbitos estrictos del Plan.....	63
Gráfico 22. Proyectos ejecutados según número de beneficiarios y ámbitos. 2013-2016. Total Entidades.....	64
Gráfico 23. Proyectos ejecutados según tipo de Administración que lo ejecuta y ámbito. %. 2013-2016. Total Entidades.....	65
Gráfico 24. Proyectos ejecutados según sí disponen de indicadores de evaluación y ámbito. %. 2013-2016. Total Entidades	67
Gráfico 25. Número de personas dedicadas al ámbito de drogodependencias según tipo de Administración. Media. 2013- 2017. Total entidades.....	68
Gráfico 26. Número de personas dedicadas al ámbito de drogodependencias según si la Entidad tiene Plan o no. Media. 2013- 2017. Total Ayuntamientos.....	69
Gráfico 27. Entidades que tienen personal exclusivamente para el ámbito de las drogodependencias. %. 2013-2016. Total entidades	70
Gráfico 28. Entidades según disponibilidad de Plan sobre Drogas según obligación de tenerlo o no. %. 2017. Total entidades.....	71
Gráfico 29. Entidades según disponibilidad de Plan sobre Drogas y según tipo de Administración Pública. %. 2017. Total entidades.....	72
Gráfico 30. Entidades según Año de aprobación de los Planes sobre Drogas. %. 2017. Entidades con Plan sobre Drogas (n=21)	73
Gráfico 31. Entidades según Año de finalización de la vigencia de los Planes sobre Drogas. %. 2017. Entidades con Plan sobre Drogas	74
Gráfico 32. Entidades según disponibilidad de partida presupuestaria para Planes sobre Drogas. %. 2017. Entidades con Plan sobre Drogas (n=21)	75
Gráfico 33. Entidades que disponen de algún documento de planificación (no un plan propiamente dicho) según obligación de tenerlo o no. %. 2017. Entidades sin Plan (n=56).....	76



Gráfico 34. Motivos por los cuales no dispone de Plan sobre drogas su entidad (Respuesta Múltiple). %. 2017. Entidades sin Plan (n=56).....	77
Gráfico 35. Entidades según opiniones acerca de la difusión del Plan. %. 2017. Total Entidades.....	78
Gráfico 36. Grado de acuerdo de 1 a 10 sobre diferentes afirmaciones sobre el ámbito de las drogodependencias, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo. Media. 2017. Total Entidades.....	80
Gráfico 37. . Usuarios bajo tratamiento según anualidades. 2014-2016. Total usuarios	94
Gráfico 38. Usuarios bajo tratamiento según sexo. 2014-2016. %.....	95
Gráfico 39. Usuarios bajo tratamiento según edad. 2014-2016. %.....	96
Gráfico 40. Usuarios bajo tratamiento según nivel de estudios. 2014-2016. %.....	97
Gráfico 41. Usuarios bajo tratamiento según Situación Laboral. 2014-2016. %.....	98
Gráfico 42. Usuarios bajo tratamiento según Fuente de Referencia. 2014-2016. % ...	99
Gráfico 43. Usuarios bajo tratamiento según Nacionalidad. 2014-2016. %.....	100
Gráfico 44. Usuarios bajo tratamiento según droga principal. 2014-2016. %	101
Gráfico 45. Usuarios bajo tratamiento según frecuencia de consumo los últimos 30 días. 2014-2016. %	102
Gráfico 46. Usuarios bajo tratamiento según vía de administración. 2014-2016. %..	103
Gráfico 47. Usuarios bajo tratamiento según estado serológico respecto a VIH. 2014-2016. %	103
Gráfico 48. Media de edad de los usuarios bajo tratamiento en relación al inicio al consumo. 2014-2016. Edad media	104
Gráfico 49. Media de edad de los usuarios bajo tratamiento en relación con el inicio de tratamiento. 2014-2016. Edad media	105
Gráfico 50. Droga principal consumida por los usuarios según sexo. 2014-2016. %.	106
Gráfico 51. Droga principal consumida por los usuarios según edad. 2014-2016. %	108
Gráfico 52. Droga principal consumida por los usuarios según nivel de estudios. 2014-2016. %	109
Gráfico 53. Droga principal consumida por los usuarios según situación laboral. 2014-2016. %	110
Gráfico 54. Droga principal consumida por los usuarios según frecuencia de consumo. 2014-2016. %	111



Gráfico 55. Droga principal consumida por los usuarios según vía de administración 2014-2016. %	112
Gráfico 56. Droga principal consumida por los usuarios según resultado del test serológico 2014-2016. %	113
Gráfico 57. Droga principal consumida por los usuarios según edad de inicio en el consumo. 2014-2016. Edad media	114
Gráfico 58. Droga principal consumida por los usuarios según edad de admisión al servicio. 2014-2016. Edad media.....	115
Gráfico 59. Evolución del personal de los servicios. Personal medio. 2013-2016. Total Entidades de Tratamiento.....	116
Gráfico 60. Entidades cuyo protocolo de atención ha sido validado científicamente. %. 2013-2016. Total Entidades de Tratamiento	117
Gráfico 61. Entidades que aplican en sus intervenciones la perspectiva de género. %. 2013-2016. Total Entidades de Tratamiento	118
Gráfico 62. Entidades que han ejecutado acciones de formación. %. 2013-2016. Total Entidades de Tratamiento.....	120
Gráfico 63. Proporción de financiación del Gobierno de Canarias. % medio anual. 2013-2017. Total Entidades de Tratamiento	121
Gráfico 64. Tipos de mecanismos de coordinación con otras entidades en materia de tratamiento. % 2013-2017. Respuesta múltiple. Total Entidades de Tratamiento.....	122
Gráfico 65. Entidades según opiniones acerca de la difusión del Plan. %. 2017. Total Entidades de tratamiento	123
Gráfico 66. Grado de acuerdo de 1 a 10 sobre diferentes afirmaciones sobre el ámbito de las drogodependencias, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo. Media. 2017. Total Entidades de tratamiento	125
Gráfico 67. Entidades según si su entidad ha ejecutado algún programa de formación en materia de prevención de drogas. %. 2017. Total Entidades	140
Gráfico 68. . Entidades según la regularidad con la que asisten a programas de formación en materia de prevención impartidos tanto por su entidad como por otras entidades. %. 2017. Total Entidades.....	141
Gráfico 69. Entidades según el tipo de formación que consideran prioritaria recibir. %. 2017. Total Entidades	142
Gráfico 70 Profesionales que han recibido algún tipo de formación o taller durante el periodo.....	143



Gráfico 71. Número de talleres y formaciones durante el periodo.....	144
Gráfico 72. Entidades según disponibilidad de un diagnóstico sobre consumo de drogas en su territorio. %. 2017. Total Entidades	146
Gráfico 73. Entidades según órgano que financió el diagnóstico sobre consumo. %. 2017. Entidades con diagnóstico (n=19)	146
Gráfico 74. Entidades según sí disponen de mecanismos para coordinarse con otras entidades a la hora de ejecutar proyectos de prevención. %. 2017. Total de Entidades	147
Gráfico 75. Entidades según el tipo de mecanismo del que disponen para coordinarse con otras entidades a la hora de ejecutar proyectos de prevención. (Respuesta Múltiple). %. 2017. Entidades con mecanismos de coordinación (n=51)	148
Gráfico 76. Entidades según si tienen en cuenta la actuación de otras entidades a la hora de ejecutar sus proyectos en prevención. %. 2017. Total de Entidades.....	149
Gráfico 77. Entidades según si el resto de sus áreas dedicadas a la reducción de la oferta (que no es prevención) velan por la reducción de la misma. %. 2017. Total Entidades.....	150
Gráfico 78. Entidades según motivos por los que el resto de sus áreas dedicadas a la reducción de la oferta (que no es prevención) no velan por la reducción de la misma. %. 2017. Entidades que afirman que los responsables de velar por la reducción de la oferta no lo hacen (n=33).....	150