



II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS



GOBIERNO DE CANARIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS 2003-2008 (3.10)

Introducción

1. Contextualización del fenómeno de las drogodependencias en Canarias y metodología de elaboración del Plan.
2. Análisis del fenómeno de las drogodependencias en Canarias
 - 2.1- Estudio sobre el consumo de drogas en Canarias
 - 2.2- Análisis de los recursos de atención a las drogodependencias
 - 2.3- Evolución de la demanda asistencial
3. Legislación
4. Principios rectores del II Plan Canario sobre Drogas
5. Objetivos generales del II Plan Canario sobre Drogas
6. Criterios de actuación preferentes para el II Plan Canario sobre Drogas
7. Área de prevención
 - 7.1- Criterios de actuación en el área de prevención
 - 7.2- Objetivos del área de prevención
 - 7.3- Actuaciones en prevención
 - 7.4- Pautas de intervención
 - 7.5- Instrumentos de registro y evaluación en prevención
8. Área de asistencia
 - 8.1- Criterios de actuación en el área de asistencia
 - 8.2- Objetivos del área de asistencia
 - 8.3- Actuaciones en asistencia
 - 8.4- Circuito terapéutico y niveles de intervención
 - 8.5- Pautas de intervención en asistencia

8.6- Instrumentos de registro y evaluación del área de asistencia

9. Área de integración social

9.1- Criterios de actuación en el área de integración social

9.2- Objetivo del área de integración social

9.3- Actuaciones en integración social

9.4- Pautas de intervención en integración social

9.5- Instrumentos de registro y evaluación del área de integración social

10. Área de formación

10.1- Criterios de actuación en el área de formación

10.2- Objetivos del área de formación

10.3- Actuaciones en la formación en drogodependencias

10.4- Pautas de intervención en la formación en drogodependencias

10.5- Instrumentos de registro y evaluación del área de formación

11. Área de investigación

11.1- Criterios de actuación en el área de investigación

11.2- Objetivos del área de investigación

11.3- Actuaciones en investigación

11.4- Pautas de intervención en la investigación en drogodependencias

11.5- Instrumentos de registro y evaluación del área de investigación

12. Área de coordinación

12.1- Criterios de actuación en el área de coordinación

12.2- Objetivos del área de coordinación

12.3- Actuaciones para la coordinación

12.4- Pautas de intervención en la coordinación

12.5- Instrumentos de registro y evaluación de la coordinación

13. Área de evaluación

13.1- Criterios de actuación en el área de evaluación

13.2- Objetivos del área de evaluación

13.3- Actuaciones en el área de evaluación

13.4- Pautas de intervención en la evaluación

13.5- Instrumentos de registro y evaluación

14. Competencias y funciones de las administraciones públicas y de las organizaciones privadas.

15. Acuerdo del Consejo de Gobierno de 24 de marzo de 2003, por el que se aprueba el II Plan Canario sobre Drogas

INTRODUCCIÓN

El Gobierno de Canarias, consciente de la gran trascendencia social y de las consecuencias del abuso en el consumo de drogas, en cumplimiento y de acuerdo con las directrices de la Ley 9/1998 de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias, ha considerado necesario formular el II Plan Canario sobre Drogas, como instrumento para el ordenamiento y la planificación de las actuaciones que en la materia se lleven a cabo dentro de la Comunidad Autónoma de Canarias, en el periodo de tiempo comprendido entre el año 2003 y 2008

Respecto a las características del Plan, la Ley señala que será vinculante para todas las administraciones, entidades, instituciones y personas de carácter público y privado que desarrollen actuaciones en materia de drogas dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias.

La formulación del II Plan Canario sobre Drogas ha correspondido a la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, concretándose en la Dirección General de Atención a las Drogodependencias y para su elaboración y redacción se ha partido del I Plan Canario sobre Drogas, el Plan de Salud de Canarias, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, así como las Directrices Europeas y la opinión de profesionales y personas vinculadas al sector.

El II Plan Canario sobre Drogas es el resultado de la experiencia acumulada y de la valoración y evaluación de las actuaciones anteriores; de la reflexión y el debate profesional y social; del consenso de directrices; de los cambios del fenómeno y del entorno social; y la cooperación y coordinación entre las diferentes administraciones públicas y organizaciones privadas.

El ordenamiento y la planificación es un ejercicio necesario para que desde el conocimiento del presente se pueda proponer un futuro al servicio de la sociedad. Por ello este documento identifica y propone objetivos, medidas y pautas para la intervención.

Las prioridades para los próximos seis años irán orientadas fundamentalmente hacia la prevención, entendida dentro de un marco de intervención universal desde los diferentes sistemas públicos y la acción comunitaria. En asistencia especializada se marcará el acento en los procesos de calidad, al mismo tiempo que se propiciará el acercamiento y la coordinación entre el Sistema Especializado de Atención a Drogodependientes y el Sistema Público de la Salud así como a los Sistemas Públicos de Servicios Sociales y Empleo, directamente implicados en los procesos de integración social. El II Plan Canario sobre Drogas trata en todo su contenido de afirmar la cultura de la coordinación intra e interinstitucional, al objeto de sustituir la duplicación de recursos y esfuerzos por la suma de éstos.

Es relevante el desarrollo del sistema de registro y evaluación de las actuaciones que permite conocer y valorar los procesos de intervención desde las diferentes áreas y los resultados obtenidos partiendo de los objetivos diseñados.

El documento para su presentación se ha dividido en dieciséis apartados. Se comienza con la contextualización del fenómeno y la metodología utilizada para la formulación del II Plan Canario sobre Drogas. Se continúa con el análisis del fenómeno planteando el diagnóstico de la realidad del mismo. Para ello, se presentan de una forma breve y sintética aquellos aspectos más relevantes del estudio realizado en relación a la epidemiología del consumo de drogas en Canarias, a la evolución de la demanda asistencial en los últimos cuatro años, al perfil del usuario de la red asistencial de drogodependencias, al indicador de urgencias hospitalarias y, por último, a la valoración de la oferta asistencial.

El tercer apartado presenta la legislación vigente en los distintos marcos: internacional, nacional y autonómico. Se continúa con la descripción y desarrollo de los Principios rectores del II Plan Canario sobre Drogas que están presentes en el desarrollo de todo el proceso de formulación. Así se plantea que los principios básicos de los que se deberá partir y tener en cuenta a lo largo del proceso de planificación son: la racionalidad, la participación, la transformación social, la calidad y eficiencia de los servicios prestados, la flexibilidad, la innovación, la normalización y la atención a la norma. Se contemplan estos principios como ejes transversales en los que se fundamenta y desarrolla el Plan.

El quinto y sexto apartado se relaciona con los objetivos generales del Plan y los criterios de actuación, quedando ya definidas las áreas de intervención en: prevención, asistencia, integración social, formación, investigación, coordinación y evaluación.

En los siete apartados siguientes se trabajan cada una de las áreas de intervención con un esquema común. Así, inicialmente se señalan los objetivos del área, posteriormente se indican las actuaciones y las pautas de intervención, entendiéndose por éstas la guía para la ejecución de las actuaciones. Se concluye con los instrumentos de registro y valoración de las actuaciones del área.

Los tres últimos apartados hacen referencia a las competencias y funciones de las administraciones públicas y de las organizaciones privadas; a los recursos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos en el Plan y finalmente a los mecanismos de evaluación.

La ejecución de este Plan requiere de la cooperación y coordinación de "todos" los implicados en la atención de las dificultades sociales. Las drogodependencias son un fenómeno transversal, difícilmente abordable desde una única Consejería del Gobierno de Canarias o desde un solo nivel de la Administración. Su atención requiere el "bien hacer" de todo el Gobierno y de forma más especial de las Consejerías de Sanidad y Consumo; de Educación, de Cultura y Deportes; de Empleo y Asuntos Sociales, de los Cabildos y Ayuntamientos, de las Universidades, de las Empresas y organizaciones empresariales, de los trabajadores y sus organizaciones sindicales, de las restantes organizaciones privadas, de las familias y de todos los ciudadanos.

Este ha de ser el mensaje primero y último. El que todos nos sintamos comprometidos en la tarea de abordar el fenómeno, el que todos pongamos nuestro empeño sean cuales sean los roles que nos encontremos desempeñando en la comunidad: padres, profesores, políticos, empresarios, sanitarios, trabajadores de los social, psicólogos, juristas, etc.

1.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN CANARIAS Y METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Las islas Canarias están situadas en el océano Atlántico, frente a las costas meridionales de Marruecos. Distan unos cien kilómetros del borde continental africano y mil de la península Ibérica. Es un archipiélago español compuesto por siete islas y dos islotes que se encuentra entre las latitudes 27° 37' y 29° 25' Norte y las longitudes 13° 20' y 18° 10' al Oeste de Greenwich, implicando una hora de retraso con relación al resto de España.

Canarias es una comunidad autónoma compuesta por dos provincias: Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas. La primera cuenta con cuatro islas: Tenerife, La Gomera, El Hierro y La Palma y la segunda con tres: Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote. La extensión total de ellas asciende a 7.446,62 kilómetros cuadrados.

En el Archipiélago Canario habitan más de un millón y medio de personas (1.606.549) y según el ISTAC la población canaria seguirá creciendo. Entre 1985 y 1995 creció una tasa media anual de 1,08 por ciento, cuadruplicando casi la tasa nacional, situada en el 0,26 por ciento. El 93,3% de la población se concentra en las islas Tenerife y Gran Canaria, islas que representan el 48% del territorio canario. Según el informe anual 2000 del CES de Canarias, esta cifra da una idea de la polarización de la población canaria, así como de la elevada densidad de población que muestran ambas islas: 466 habitantes por kilómetro cuadrado en Gran Canaria y 326 en Tenerife. La densidad para Canarias se sitúa en 215 habitantes por kilómetro cuadrado para 1996 y 218 para 1998, siendo la media nacional en este último año de 79 habitantes por kilómetro cuadrado.

La tasa de natalidad es superior al resto de España y la de mortalidad inferior, siendo el comportamiento de estas dos variables las que explican el mayor ritmo de crecimiento de la población. En los últimos años las tendencias respecto a la natalidad se han modificado dado que se mantienen una cierta estabilidad. En relación a las defunciones señalar su tendencia al crecimiento. El estudio conjunto de ambos conduce al análisis del crecimiento vegetativo, presentando este último un carácter negativo al igual que el resto de la nación.

La relevancia de las migraciones se observan en el importante aumento de población, entre 1991 y 1995 asciende a 134.714 personas de las que un 74% es debido a la llegada de personas de fuera de la comunidad autónoma. Este dato está subestimado ya que no recoge la inmigración ilegal, tan frecuente en los últimos años.

Otro fenómeno de gran relevancia para las islas relacionado con la población es el turismo. Según datos de AENA, referenciados en estadísticas del ISTAC, la importancia del contingente de turistas que pasa por la Comunidad representa entre un 12,9% y un 14,6% de la población de hecho, haciendo incrementar la cifra de población total entorno al 15-17%.

El análisis de la situación laboral entre los años 1976 y 1999 realizada por la CES de Canarias indica que:

- En el año 1999 la población activa en Canarias asciende a 680.980 personas, presentando una tasa de crecimiento anual acumulada del 2%, el doble que la registrada en el conjunto nacional, que se sitúa en el 0,95%. En el mismo año los ocupados en Canarias son 582.020, con una tasa de crecimiento anual acumulada de 1,72%, muy superior al 0,42% registrada a nivel nacional. Puede afirmarse que en Canarias se ha creado más empleo que en el resto de España.
- La población parada en Canarias en el año 1999 supone 98.950 personas y la tasa de crecimiento anual regional se eleva a 4,22%, siendo la nacional de 6,34%. Estos datos indican que el empleo generado en la región ha permitido frenar el crecimiento del paro con mayor intensidad en el Archipiélago que en el resto de la nación.
- Desde comienzos de la década de los ochenta la tasa de actividad en Canarias presenta una tendencia creciente, situándose siempre por encima de la nacional y siguiendo ambas una evolución similar.
- La tasa de ocupación en Canarias en 1999 representa un 85,47%, ligeramente superior a la nacional de un 84,14%.
- La tasa de paro en Canarias creció de forma importante hasta 1993, donde alcanza su máximo valor (28,34%). Desde ese momento se observa una evolución decreciente, llegando en los últimos años a estar por debajo de la nacional. En 1999 se sitúa en 14,53%, frente a la nacional que representa el 15,86%. Aún así la tasa de paro sigue siendo elevada si la comparamos con otros países occidentales.

- La distribución por sectores de la población canaria indica la terciarización de la economía, es decir el empleo se ha desplazado del sector primario al sector servicios. Así el tanto por ciento de población ocupada empleada en servicios en 1999 asciende al 72,97%.
- En la evolución del empleo según el sexo destaca la diferencia existente entre hombres y mujeres. En 1999 hay 365.230 de hombres activos y 216.8000 mujeres, pero con el paso de los años esta distancia se acorta, incrementándose la participación de la mujer en el mercado laboral.
- En el número de parados según la edad es especialmente relevantes el grupo referidos a 20-24 años.
- El número de personas que en Canarias buscan empleo por primera vez en 1999 asciende a 21.170, aproximadamente el 21% de los parados de la región. Se trata preferentemente de mujeres de los grupos más jóvenes.

Según la Viceconsejería de Asuntos Sociales, el 5% de la población canaria sólo percibe mensualmente (21.400 pts. en 1995) una cantidad equivalente al 25% de la renta media disponible en el archipiélago. Una de cada cuatro personas vive bajo el umbral de la pobreza y unas 20.000 padecen pobreza extrema, es decir su renta mensual es inferior a 12.840pts (1995). Los colectivos más afectados por esta situación son las personas mayores, los jóvenes y las mujeres, siendo los factores favorecedores de esta situación el desempleo y la precariedad laboral, la deficiente formación y cualificación, el modelo de crecimiento urbano y problemas de salud y minusvalías.

1.1- Metodología. Descripción del proceso de formulación del II Plan Canario sobre Drogas

El proceso de formulación del II Plan Canario sobre Drogas 2003-2008 comienza, en el mes de octubre de 2000, con la constitución del equipo interprofesional y la redacción del “Documento Base”, en el que se establece la fundamentación, los objetivos, la metodología básica y las directrices que permitan llegar a configurar el nuevo Plan. Este Documento Base fue dado a conocer a todos los recursos de atención a las drogodependencias de Canarias, en dos reuniones celebradas en Santa Cruz de Tenerife (8-11-2000) y en Las Palmas de Gran Canaria (15-11-2000).

Un segundo paso en el proceso de planificación fue la realización del diagnóstico de las drogodependencias en la Comunidad Canaria. Para ello se realizó el análisis del fenómeno y el de la respuesta que se está ofreciendo al mismo. Se entiende que el conocimiento del problema así como de los recursos existentes permite avanzar en el planeamiento, establecer prioridades, objetivos y estrategias de acción. También permite el reconocer los síntomas o signos reales y concretos de una situación problemática y supone la elaboración de un inventario de necesidades y recursos, así como el análisis de los mismos.

El proceso de elaboración del diagnóstico contó con las siguientes fases:

- Conocimiento General del fenómeno de las drogodependencias en Canarias desde:
 - Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1999.
 - Encuesta Escolar sobre Drogas 1998.
 - Estudio Epidemiológico 1997/98: El consumo de drogas y factores asociados en Canarias.
 - Estudio: Incidencia de las Drogas en el Mundo Laboral en Canarias 1999.

- Conocimiento de los Usuarios y de las Demandas de Tratamiento en los Centros de Atención a las Drogodependencias en Canarias y perfil de los Usuarios de dichos Centros desde el Sistema de Información sobre Inicios de Tratamiento (S.E.I.T.)

- Conocimiento de los recursos, servicios, programas y proyectos existentes en Canarias que actúan sobre el problema de las Drogodependencias:
 - Centros especializados en la atención a las Drogodependencias:
 - Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD).
 - Centros de Acogida Inmediata.
 - Servicios de Información.
 - Unidades Hospitalarias de desintoxicación (UDH).
 - Centros de Día.
 - Comunidades Terapéuticas.
 - Centros de Incorporación Social.
 - Programas Específicos en Centros Penitenciarios.
 - Centros y Programas de Metadona.
 - Programas de Prevención.

- Servicios, programas y proyectos específicos de Atención a las Drogodependencias.
 - Consejería de Sanidad y Consumo: Dirección General de Salud Pública (Equipo de Tabaco y Equipo de Alcohol), Dirección General de Programas Asistenciales (Centros de Atención Primaria, Centros de Salud Mental).
 - En los Cabildos Insulares.
 - En los Ayuntamientos.
 - En la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales.
 - En Empresas y sindicatos.
 - Sanciones Administrativas.
 - En las Universidades: formación de grado y postgrado.
 - Otros: Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (Ejército, Policía Nacional, Guardia Civil, Policía Local), Colegios profesionales, etc.
- Servicios, programas y proyectos inespecíficos de Atención a las drogodependencias.
- Opinión-valoración de los profesionales de las drogodependencias, de la salud y de los servicios sociales sobre: la situación actual del problema de las drogodependencias (prevención, tratamiento, inserción, formación, investigación) en Canarias, los recursos para hacer frente al problema y sobre propuestas al Plan.

Los instrumentos que fueron confeccionados para el análisis de los recursos de atención a las drogodependencias fueron:

- Cuestionario de la Institución.
- Cuestionario de C.A.D. y Centros de Información y/o orientación.
- Cuestionario de Unidades de Desintoxicación Hospitalaria
- Cuestionario de Centro de Día y Comunidad Terapéutica.
- Cuestionario de Tratamientos de Mantenimiento con Sustitutivos Opiáceos.
- Cuestionario de Programas Específicos en Centros Penitenciarios.
- Cuestionario para los programas de prevención.

El primer cuestionario recoge la información sobre la Institución dispensadora de recursos. Este instrumento sirve de presentación de los restantes. Cuenta con veinte preguntas referidas a aspectos generales de la organización.

Para la realización de estos instrumentos se contó con la colaboración de todas instituciones implicadas en la atención a las drogodependencias, así como con un número importante de profesionales que realizan su labor en las mismas.

El tercer paso se concreta en la realización de un Encuentro Interprofesional y tres Encuentros Insulares para la Formulación del II Plan Canario sobre Drogas. Estos se plantean con el fin de ofertar un avance inicial del diagnóstico, así como establecer un marco de reflexión y debate sobre cuáles han de ser los objetivos y estrategias a contemplar en el Plan.

Se parte del Principio de Participación, ya señalado en el “Documento Base”, entendiendo que la contribución de todos (sistemas públicos y sociedad civil organizada) implicará que los objetivos y las estrategias utilizadas respondan a las aspiraciones de la mayoría, y que los recursos y administraciones se sientan comprometidos. Por otra parte, la ausencia de participación puede conducir a que se planteen o enuncien objetivos equívocos o irreales, que poco o nada tengan que ver con las necesidades verdaderas y/o sentidas por la comunidad. Sólo la participación de “todos” puede garantizar el éxito en la formulación del Plan.

Estos encuentros representaron un momento importante para la formulación del Plan ya que los profesionales, políticos y representantes de organizaciones que los configuraron demostraron y demuestran su interés una gran sensibilidad por el sector de las drogodependencias. Sus aportaciones han sido recogidas de forma expresa a lo largo del desarrollo del Plan.

En estos encuentros, el planeamiento de la atención a las drogodependencias en Canarias da un paso más hacia su formulación, con el inicio del proceso de la determinación de objetivos y estrategias para la intervención. Momento este trascendente por su peso e influencia en el resto de pasos y elementos que configurarán el Plan. Los criterios básicos de actuación, los principios, los objetivos, las áreas las

medidas, las funciones de las instituciones, y los recursos necesarios, que siempre han de estar en consonancia con los objetivos y estrategias propuestos.

Se plantearon como objetivos de los encuentros:

- Informar sobre el análisis del estudio del estado de las drogodependencias en Canarias.
- Avanzar en el proceso de formulación del Plan Canario sobre Drogas en la determinación de objetivos y estrategias.
- Favorecer la participación de los implicados en el proceso de atención a las drogodependencias en Canarias.
- Posibilitar el encuentro interprofesional e intersectorial.

Se parte de una metodología activa y participativa, trabajando en pequeños grupos con posterior puesta en común y redacción de conclusiones.

El número de mesas de trabajo del encuentro interprofesional ascendió a diez: Objetivos generales y estrategias del Plan Canario sobre Drogas; Educación para la salud en el Plan Canario sobre Drogas; Circuito terapéutico y protocolos; Recursos asistenciales; Formación en drogodependencias; La inserción social; Investigación en drogodependencias y Evaluación; Intervención comunitaria y Dinámica asistencial en la atención al usuario drogodependiente.

Las mesas de trabajo estaban compuestas por un moderador y diez profesionales y, de entre estos últimos, se elegía el secretario. Para favorecer el proceso de discusión se facilitaron en cada una de las mesas varias preguntas sobre las que establecer el debate. Estas preguntas podían ser modificadas si los integrantes de la mesa así lo decidieran.

Las características de los profesionales que participaron en el encuentro son:

- Profesionales especializados en drogodependencias, que desarrollan su labor en los centros específicos de atención a las drogodependencias y que estaban participado en la formulación del Plan Canario sobre Drogas.
- Otros Profesionales especializados en drogodependencias.

- Profesionales de otras Áreas, Sectores o Instituciones relacionados con las drogodependencias: Educación, Salud, Servicios Sociales, Menores, Juventud, Mujer, Universidad, etc.

El número de mesas de trabajo en los encuentros Insulares ascendieron a cinco: Atención específica a las drogodependencias y a las patologías asociadas al consumo; Prevención de las drogodependencias; Investigación; formación y evaluación en drogodependencias; Objetivos, estrategias y medidas para la inserción y Prevención de la oferta de drogas.

La metodología de los encuentros insulares fue similar a la del encuentro interprofesional y las conclusiones de ambos sirvieron de base para la redacción de objetivos y estrategias del Plan.

2.- ANALISIS DE FENOMENO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN CANARIAS

Para la descripción y análisis de las drogodependencias en Canarias, se han utilizado los siguientes indicadores básicos y /o estudios epidemiológicos:

- Indicadores de vigilancia epidemiológica: admisión a tratamiento, urgencias hospitalarias y mortalidad.
- Diagnóstico recursos y programas asistenciales
- Estudio epidemiológico a población general
- Estudio epidemiológico sobre la incidencia de las drogas
En el medio laboral.
- Informe 2001 del Observatorio Nacional sobre Drogas

2.1.- Estudios sobre el consumo de drogas en Canarias

Ante las dificultades personales, familiares y sociales que las drogas producen, así como las demandas de ayudas y atención que se van generando entre los mismos usuarios, o en colectivos más amplios (asociaciones de madres y padres de alumnos, vecinales, juveniles, de familias, de afectados, etc.), las instituciones públicas y privadas en sus diversos niveles, están dando una respuesta en varios frentes: atención a los drogodependientes, investigación, formación y prevención, medidas de salud pública, etc.

Con el fin de conocer la situación del consumo de drogas, el Gobierno de Canarias se ha planteado en diversos momentos la realización de estudios epidemiológicos que completen la información sistematizada de la que dispone regularmente, a través del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías de Canarias, adscrito al Observatorio Español sobre Drogas. Así, en el año 1997 se realizó el estudio epidemiológico "El Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias" dirigido a la población en general y en 1998 "El Estudio Laboral sobre el Consumo de Drogas en Canarias". En este documento se pretende hacer un breve resumen de dichos estudios completando la información con otras fuentes, como la "Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1998" y la "Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997".

Objetivos de las investigaciones

Hace ya algún tiempo que el consumo de drogas se ha venido estudiando desde diferentes perspectivas (epidemiológicas, sociales, antropológicas, etc.); así como en diferentes ámbitos y segmentos sociales (nacional y autonómico, entre escolares, padres de alumnos, jóvenes, trabajadores, etc.). Los enfoques y los resultados han sido, como era de esperar, muy variados, pero entre las investigaciones más solventes realizadas en nuestro país se observan una serie de objetivos comunes de conocimiento.

Estos objetivos de conocimiento también han estado básicamente presentes en estudios sobre el consumo de drogas en España y en los de diversas comunidades autónomas, así como en los de sectores específicos como el mundo laboral. Estos objetivos se pueden clasificar en seis grandes grupos:

- *Conocimiento de las prevalencias y patrones de consumo de las diferentes drogas.*
- *Características demográficas y sociales de los usuarios de cada una de ellas.*
- *Evolución de los consumos en el tiempo y tendencias que se apuntan, especialmente en las drogas emergentes.*
- *Principales motivaciones y factores de riesgo asociados o presentes en las distintas drogas y consecuencias personales y sociales derivadas del uso de las mismas.*
- *Opiniones y actitudes de la población ante la realidad de las drogas, presencia de las mismas en su medio y actuaciones y medidas ante el problema de las drogas.*
- *Conocimiento, uso y valoración de las actuaciones y servicios institucionales ante las drogas, tanto entre usuarios efectivos o potenciales, como entre el conjunto de la población.*

Estos seis grandes grupos de objetivos generales de conocimiento se componen, a su vez, de diversos objetivos específicos o temáticas concretas de investigación.

Centrándose en la realidad de la Comunidad de Canarias y teniendo en cuenta el conocimiento ya adquirido en los estudios citados, a modo de planteamiento inicial y en la línea de la orientación de los objetivos generales expuestos anteriormente, en las investigaciones citadas se han tenido presentes los siguientes objetivos o temáticas específicas:

1. Prevalencias en el consumo de los diferentes tipos de sustancias: las drogas legales (tabaco y alcohol), los psicofármacos (tranquilizantes, hipnóticos, analgésicos morfínicos y otros opiáceos), las drogas ilegales (inhalables, cannabis, anfetaminas y speed, alucinógenos, heroína, cocaína, drogas de síntesis, crack).
2. Patrones de consumo de cada tipo de sustancias, en torno a cuatro clases de indicadores: secuencias de uso en el tiempo, edades de inicio en el consumo, vías de consumo y modos del mismo.
3. Perfiles de los consumidores de los distintos tipos de drogas según: sexo y edad, nivel educativo, ocupación y profesión, estado civil, con quién viven actualmente, clase social subjetiva, provincia, hábitats, zonas.
4. Evolución de la realidad de las drogas y tendencias: dado que se han incluido muchos de los indicadores que se han ido manteniendo en el tiempo en otros estudios nacionales y autonómicos, se ha realizado una comparación de las prevalencias de Canarias con las de otros lugares, lo cual nos permite señalar las posibles tendencias que apuntan diferentes aspectos o fenómenos asociados.
5. Principales Motivaciones en el consumo de drogas: se tratan las distintas motivaciones (familiares, sociales, personales,...) del consumo de las diferentes drogas.

6. Factores de Riesgo: junto a las motivaciones explicitadas por los usuarios de drogas y la presencia social y oferta de las mismas, hay un tercer elemento que interviene en los procesos de iniciación y consolidación del consumo de drogas. Se trata de los factores de riesgo que intervienen en la generación o reforzamiento de los consumos -familiares, sociales, personales y laborales-.
7. Las consecuencias del uso de drogas y la posibilidad de dejarlas. En este bloque se han estudiado las consecuencias y problemas del uso de drogas, la dependencia subjetiva en el consumo de drogas y la opinión y actitudes de la población ante las drogas y medidas para luchar contra las mismas. En el caso del estudio en el medio laboral se han incluido también las consecuencias laborales del consumo y los problemas que éste genera en el trabajo (absentismo, disminución de la productividad, accidentes laborales, sanciones, despidos, etc.).
8. Opinión y actitudes de la población ante las drogas y medidas para luchar contra las mismas. En el estudio del medio laboral se incluyó también la opinión de los empresarios y directores ante las consecuencias de las drogas y los problemas que producen en el trabajo.
9. Conocimiento y valoración del Plan Autonómico de Drogodependencias y algunas actuaciones.

Metodología de las investigaciones

Las investigaciones se han realizado mediante encuestas de carácter epidemiológico y opinático, entre la población de Canarias (general y laboral), cuyas características técnicas han sido las siguientes:

El Universo o población estadística de la encuesta ha sido, en el caso del estudio de población general, el conjunto de personas de 15 a 65 años residentes en todas y cada una de las islas de la Comunidad de Canarias, así como en todas las entidades de población o hábitats. Todo ello sobre la base del Censo de Población y Viviendas de

1991 y el Padrón Municipal de Habitantes de 1996 (Instituto Canario de Estadística y elaboraciones propias de EDIS para el diseño de la Muestra). Para el Estudio sobre el Consumo de Drogas en el medio laboral las fuentes estadísticas para definir el universo de la investigación fueron el Padrón Municipal de 1996 y, sobre todo, la última encuesta de población activa de 1998 de la Comunidad Canaria.

Las Muestras son representativas de dichos universos o poblaciones y cumplen las siguientes condiciones: son aleatorias polietápicas y han sido estratificadas por variables. Así, para ambos estudios se tuvieron en cuenta: provincias, hábitats, islas, sexo y edad. Para el estudio sobre el Consumo de Drogas en el medio Laboral se incluyó también la variable de ramas de actividad agrupadas.

El conjunto de la Muestra, para el estudio epidemiológico de la población general, asciende a un total de 1.500 entrevistas distribuidas en 45 municipios, que se reparten, en los distintos barrios y secciones censales, en un total de 98 puntos de muestreo efectivo.

Además de las variables de estratificación muestral vistas anteriormente, se han incluido otras variables de clasificación de la población a efectos del análisis mediante los cruces con las variables de consumos, opiniones y actitudes. Estas variables de clasificación son el sexo, el rol familiar, los estudios, la actividad principal y la clase social subjetiva.

En el estudio hay unas proporciones muy equilibradas y representativas del conjunto de la población canaria, entre 15 y 65 años, en todas las variables. En lo que se refiere a la actividad hay un 46% con ocupación (empresarios, profesionales, cuadros medios, funcionarios y trabajadores), un 9.3% de parados (que sobre el conjunto de población activa supondría un 16.8%) y, finalmente, el 41.7% es población inactiva económicamente (estudiantes, amas de casa y pensionistas); proporciones que se aproximan mucho a la realidad del conjunto de la población, si se tienen en cuenta las franjas de edades incluidas en la muestra. Obviamente, si se hubieran incluido a personas de más de 65 años los colectivos de amas de casa y pensionistas hubieran sido mayores.

Sin duda, la gran pluralidad de la población que respondió a la encuesta, tanto por su amplia distribución territorial, como por la variedad de los segmentos sociales incluidos, hacen que los resultados obtenidos sean representativos de las diferentes opiniones, actitudes y conductas de la población canaria ante las drogas.

El conjunto de la muestra para el Estudio en el medio laboral asciende a 1.000 trabajadores ocupados, 200 trabajadores en paro y 100 empresarios o directores de personal. En lo relativo a la muestra estratégica a empresarios y directores de personal, se estratificó proporcionalmente sobre cuatro grandes sectores económicos: agrario, construcción, industria y servicios.

La presentación de los resultados

Inicialmente se realizan los informes comenzando con la presentación, en la que se incluyen objetivos del estudio y metodología para su realización. Se continúa con los resultados sobre el consumo de los diferentes tipos de drogas en la población canaria (tabaco, alcohol, inhalables, cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína, otros opiáceos, alucinógenos, anfetaminas, crack, tranquilizantes e hipnóticos); terminando el informe con las motivaciones, factores de riesgo y consecuencias derivadas del consumo de drogas, así como con la opinión y actitudes de la población canaria ante el consumo de drogas.

Para la presentación de los resultados del estudio en el medio laboral se optó por seguir el esquema utilizado por el estudio epidemiológico sobre "el consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias" e ir introduciendo en éste la información relativa al "Estudio Laboral sobre el Consumo de Drogas en Canarias" y otros estudios.

2.1.1- El consumo de tabaco

El tabaco es una de las drogas más consumida en Canarias. Así, un 53.8% de la población canaria entre 15 y 65 años indica haber fumado, aunque no lo haga en este momento.

Tabla 1. El consumo de tabaco en Canarias

concepto	%
Nunca han fumado	46,00
No fuman actualmente, pero antes sí	11,30
Sólo fuman ocasionalmente	6,30
Son fumadores diarios	36,20
NS/NC	0,20
Total	100
Base	1.500

Del conjunto de los que sí han fumado tabaco, un 11.3% han abandonado su uso y un 42.5% fuman en la actualidad; a su vez, de éstos, un 6.3% son fumadores ocasionales y un 36.2% fumadores diarios. Esta tasa de fumadores diarios es muy parecida a la observada a nivel nacional y para otras comunidades autónomas, sin embargo es inferior a la observada para la población general en 1984¹, que ascendía a 41.4%, y también menor que la que se indicaba para los trabajadores en 1987², que era del 54.1% .

Sin embargo, en 1993³ y 1994⁴ otros dos estudios nacionales a población española general cifraba los fumadores diarios entre un 32 y un 34 por ciento. A estos dos estudios habría que añadir el realizado en el medio laboral en 1996⁵, donde los fumadores diarios eran un 48.3%. Finalmente, en la Encuesta Domiciliaria sobre el uso de drogas 1997⁶, se estimaba que fumaban diariamente el 30.4% de la población mayor de quince años. Según la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de 1998⁷, la proporción de escolares que fuma diariamente se sitúa en el 21.6%. Esta alta prevalencia se compagina con la moderación en el número de cigarrillos consumidos, ya que el consumo medio de cigarrillos al día entre los escolares se sitúan en 7.7 cigarrillos/día.

1 "El consumo de drogas en España" (1984). EDIS-Ministerio de Trabajo y Cruz Roja Española. Madrid.

2 "La incidencia de las drogas en el Medio Laboral" (1987). EDIS-UGT. Madrid.

3 "Encuesta Nacional de Salud" (1993). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

4 "Opiniones y Comportamientos de los Españoles ante el Consumo de Drogas, Tabaco y Alcohol" (1994). Delegación del Gobierno Plan Nacional sobre Drogas-CIS. Madrid.

5 "La incidencia de las Drogas en el Medio Laboral" (1996). FAD-EDIS: Madrid.

6 "Encuesta Domiciliaria sobre el uso de Drogas" (1997). DGPNSD-EDIS. Madrid.

7 "Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar" (1998). DGPNSD-EDIS. Madrid.

El consumo de tabaco en la Población Laboral en Canarias⁸ asciende al 38.5% entre los ocupados y al 40% entre los parados.

Si tenemos en cuenta que la población considerada en el estudio epidemiológico del consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Canaria, incluye a 1.110.000 de personas aproximadamente, podemos estimar que en la población canaria entre 15 a 65 años fumarían en la actualidad unas 471.750 personas, de ellas unas 69.930 de forma ocasional y otras 401.820 diariamente.

Según el estudio epidemiológico señalado, los fumadores diarios moderados son tan sólo un 12.2% del total, siendo el 87.8% medio-altos y extremos. La media diaria de cigarrillos fumados es alta: 19.71. Estos datos son muy semejantes a los del medio laboral, ya que los fumadores moderados representan el 12.4% y los fumadores medios-altos y extremos el 87.6%. La media de cigarrillos fumados por día es de 19.52 en los trabajadores ocupados y 18.68 en los parados.

Las edades de inicio en el uso del tabaco en Canarias están muy concentradas en la adolescencia. El grupo de edad en el que se produce un mayor número de inicios es el de 14 a 16 años, con un 42.5% del total. A los 19 años ya se iniciaron en el uso del tabaco el 82.1% del total de fumadores. Para la población escolar española, la edad media de comienzo del consumo de tabaco por primera vez es de 13.1 años y de 14.4 para la edad media de comienzo de consumo diario.

En Canarias la media global de inicio en el uso del tabaco se sitúa en los 16.76 años. Los hombres se inician casi un año antes que las mujeres: 16.35 y 17.39, respectivamente. Los trabajadores ocupados presentan una edad media de inicio de 16.74 años y los parados de 15.51. Esta edad media global de inicio en el uso de tabaco en Canarias es muy similar a la observada en Andalucía (16.22), Galicia (16.17) o la Comunidad Valenciana (16.83).

Las mujeres, en general, fuman a diario menos que los hombres: el 29.1% frente al 43.3%; siendo también la mayor proporción de las que nunca han fumado: un 57.8% de las mujeres por un 34.6% de los hombres. Sin embargo, los hombres han abandonado el

⁸ "La incidencia de las drogas en el medio laboral en Canarias" (1998).EDIS-FAD. Madrid.

uso del tabaco en doble proporción que las mujeres: un 15.6% y un 7.1%, respectivamente.

Considerando las edades de un modo general, vemos que entre los 15 y los 24 años se produce una fuerte escalada en el consumo de tabaco a diario, alcanzando las proporciones más altas entre los 25 y los 39 años. A partir de los 40 años se inicia un cierto descenso que es más perceptible a partir de los 50. En este último grupo el abandono del tabaco es ya muy significativo, con un 22.7% que han dejado de fumar.

Así pues, si tenemos en cuenta que las proporciones más altas de fumadores diarios se producen entre los 20 y los 49 años, entre un 39.2% y un 39.7%, vemos que el hábito de fumar a diario en un amplio segmento de la población canaria se extiende a un dilatado período de tiempo de treinta años.

Podemos concluir indicando que el uso del tabaco está muy extendido en toda la Comunidad de Canarias: todo tipo de hábitats, en todas las zonas, en segmentos de población de diversos niveles de estudios y de todas las clases sociales. Es, sin duda, una droga de gran difusión e integración social.

Sin embargo, dentro de la generalidad de su uso, hay algunos segmentos de población cuyas tasas de consumo son algo mayores que la tasa media. En primer lugar cabe destacar los ya mencionados anteriormente de los hombres y los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 49 años. También son más elevadas en la provincia de Las Palmas, en los núcleos urbanos, en las poblaciones turísticas, entre los cabezas de familia y los hijos emancipados.

En la encuesta laboral se indica que un gran número de fumadores actuales (el 54.8% de los ocupados y el 50.6% de los parados) señalan que les gustaría dejar de fumar, mientras que un 45.1% y un 49.4% respectivamente responden que no lo desean o que no se lo han planteado. Un 44.1% de los trabajadores ocupados y el 39.5% en los parados han intentado dejar de fumar en alguna ocasión. La media de intentos frustrados de los actuales fumadores es de 3.13 en los ocupados y de 2.47 en los parados.

Los trabajadores que en Canarias han dejado de fumar señalan como principales razones para abandonar el consumo: el perjuicio para la salud, el que no les gustaba fumar y el que era un gasto inútil. Estas razones están también señaladas en otros estudios realizados en la población laboral.

2.1.2- El consumo de alcohol

Al igual que el tabaco, el alcohol es una droga muy socializada e integrada culturalmente, siendo la que tiene un consumo más extendido entre la población, tanto general como laboral.

Entre un 80 y un 90 por ciento, según los distintos segmentos de población de que se trate, indican haber tomado algún tipo de bebida alcohólica en alguna ocasión. Según la última Encuesta Nacional Domiciliaria sobre el Uso de Drogas⁹, podemos ver que en 1997 un 60.7% de la población española de 15 a 65 años indicaba haber consumido alcohol en el último mes.

Por otra parte, en la encuesta¹⁰ realizada, también a nivel nacional, entre padres y madres, se observaba que en un 67% de los hogares se consumían bebidas alcohólicas de forma habitual, al tiempo que un 73.4% de estos padres y madres igualmente tomaban alcohol fuera de sus casas con alguna regularidad. También señalaban que un 30% de sus hijos e hijas consumían alcohol en casa, e incluso un 15% de los padres y madres habían percibido en alguna o algunas ocasiones un uso abusivo del alcohol por sus hijos fuera de casa.

El consumo de alcohol aún es más acusado entre la población laboral pues, según se pudo observar en el estudio nacional de FAD-EDIS (1996), un 95.1% de los trabajadores ocupados y el 96.7% de los parados lo habían consumido en alguna ocasión, habiéndolo hecho también en los últimos treinta días el 81.2% y 77.9%, respectivamente.

9 "Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2" (1999) página 17. DGPNSD. Ministerio del Interior. Madrid.

10 "Los padres y madres ante el uso de alcohol de los jóvenes" (1998) CEAPA-EDIS. Madrid.

No obstante, la amplia extensión del alcohol y la aceptación social que su uso conlleva, no significa necesariamente que su consumo haya aumentado en los últimos años. Por el contrario, parece observarse un cierto descenso, tanto en el consumo general como en el uso abusivo. El consumo en el último mes entre la población de 15 a 65 años, en 1997, alcanzó a un 60.7% y en 1985 al 69%¹¹ en la población de quince años en adelante.

En lo que se refiere a la cantidad de litros de las distintas bebidas alcohólicas compradas en España, para los diferentes ámbitos de consumo (hogares, hostelería, restaurantes, bares, instituciones, etc.) también se observa, en otro estudio oficial¹², un claro descenso entre 1995 y 1997, habiendo pasado la cantidad vendida de 3.974 millones de litros a 3.773, lo que supone una disminución global del 5.8% (en los licores y bebidas de alta graduación el descenso es de un 18.08%). Y aunque en 1998 el consumo general habría aumentado un 1.5%, los licores seguían descendiendo un 4.62%.

Desde otra perspectiva, si entendemos por un uso abusivo la ingesta diaria de alcohol puro (en su equivalencia en las distintas bebidas) de más de 75 ml. por los hombres y de más de 50 ml. por las mujeres, también se observa, en los diversos estudios de ámbito autonómico y en los nacionales referidos a la población laboral, un descenso de bebedores abusivos de varios puntos porcentuales. Según la mencionada Encuesta Nacional Domiciliaria de 1997 los bebedores abusivos en población general serían un 9.9% en días laborables y el 10.1% en los días de fin de semana, mientras que en 1985¹³ eran de un 10.8% y un 13%, respectivamente. Por otra parte, en población laboral los bebedores abusivos en 1987 se situaban en torno al 20%, mientras que en 1996 eran un 14%, según los estudios citados de UGT-EDIS y FAD-EDIS, respectivamente.

Si bien en general el uso de alcohol parece haber descendido en los últimos años, actualmente se dan algunos hechos significativos, como son, el uso abusivo que los jóvenes hacen en los días de fin de semana y, muy especialmente, el consumo que se da entre las mujeres más jóvenes.

11 "Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1995". Ministerio del Interior. Madrid 1996.

12 "Panel de Consumo Alimentario 1995, 1996, 1997 y 1998" Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Madrid.

13 "El Consumo de Drogas en España" (1985) EDIS. Madrid.

El uso del alcohol entre la población laboral canaria presenta un recorrido estadístico entre el 92.2% de alguna vez en la vida y el 39.4% el día anterior, en los ocupados, y entre el 92.5% y el 29.5%, respectivamente, en los parados. Esto significaría unos índices de continuidad mínimos del 43.2% en los ocupados y del 31.2% en los parados.

Tabla 2. Edades medias de inicio en el uso de alcohol en población laboral

	Ocupados	Parados
	%	%
España (1996)	16.22	15.67
Comunidad de Madrid (1996)	16.24	16.15
Andalucía (1997)	16.53	16.23
Comunidad Valenciana (1998)	16.11	15.65
Canarias (1999)	16.92	16.18

Según estos datos cabe deducir que no hay grandes diferencias en las edades medias de inicio en el uso de alcohol en los cinco estudios actualmente disponibles en población laboral. En todo caso parece que la población laboral canaria ocupada es algo más tardía que la de las otras comunidades y que el conjunto nacional; y lo mismo ocurre con los parados, exceptuando los de Andalucía.

Un 58% de la población residente en Canarias de 15 a 65 años indica que en el último mes sí ha tomado algún tipo de bebida alcohólica. Esta proporción es muy próxima a las obtenidas en Valencia (56.4%), Galicia (54%) y Andalucía (53.4%).

Sobre datos globales de población de 15 años en adelante, en la Encuesta Domiciliaria sobre uso de Drogas se observa que un 49.2% había tomado alguna bebida alcohólica en el último mes. Las frecuencias de consumo de bebidas alcohólicas se pueden clasificar en tres tipos: el de los que toman alcohol con poca frecuencia (1 a 3 veces al mes) en el que se encontrarían un 33.5% de los canarios de 15 a 65 años; el de frecuencia media (1 a 4 veces por semana) en la que se incluirían un 18.6% y, finalmente, un 6% que lo harían con una frecuencia alta, a diario o casi a diario.

Según los resultados obtenidos en el estudio epidemiológico, podemos ver que los que no bebieron alcohol en el último mes o lo hicieron con poca frecuencia son,

principalmente, las mujeres y los más jóvenes (15 a 19 años y 20 a 24), los más mayores (50 a 65 años) y población inactiva económicamente: amas de casa, pensionistas y estudiantes.

Con un perfil bastante diferenciado tenemos a los que bebieron con media o alta frecuencia, destacando los siguientes segmentos poblacionales: hombres, de 25 a 49 años y población económicamente activa, ocupada y no ocupada. Entre los ocupados sobresalen los empresarios, los profesionales, los cuadros medios y los trabajadores, encontrando un segmento importante de parados entre los no ocupados. Cabe también señalar que en la frecuencia media (1 a 4 veces por semana) están un 17.2% de los estudiantes, sin duda como bebedores de fin de semana, así como un 23.2% de los de 20 a 24 años y un 18.2% de los de 15 a 19.

Las variables territoriales (zona y hábitat) no discriminan tanto, ya que el alcohol es consumido en todas partes, aunque sí se observan unas diferencias más claras en las poblaciones turísticas, en las que el consumo de alcohol en las frecuencias medias y altas es mayor que en las no turísticas.

Si tenemos en cuenta los datos de inicio en el consumo del tabaco, veremos el gran paralelismo con las edades de inicio en el alcohol. El grupo más importante de edad de inicio en el alcohol también es el 14 a 16 años, con un 42.4%, habiéndose iniciado ya a los 19 años el 85.7%. La edad media global de inicio en el uso del alcohol es de 16.72 años, poco más tardía que la de la Comunidad Valenciana (16.16) y muy cercana a las de Andalucía (16.75) y Galicia (16.61).

Del total de personas que bebieron en el día anterior, las clases de bebidas más consumidas fueron la cerveza, que se tomó en un 54.2% de los casos, seguida de los vasos de vino (grandes o pequeños) con un 30.8%. Las bebidas de mayor graduación alcohólica (licores varios, whisky y combinados) suman conjuntamente un 47.3% del total de las bebidas consumidas. Finalmente, los vermouths, aperitivos, finos, carajillos y champaña o cavas, significaron un 7.1%.

Estas cifras expresan muy bien las preferencias por uno u otro tipo de bebidas, pero el verdadero sentido de lo que se bebe está en la cantidad tomada y en su equivalencia en

alcohol puro. Por ello se solicitó que indicaran la cantidad (en vasos, copas...) tomadas en ese día de cada una de ellas. Una vez hecha la conversión en mililitros puros de alcohol obtenemos unas medias diarias, bien en el conjunto de la población tomando como base el total de la muestra (1.500), bien estableciendo el cálculo solamente a partir del número de entrevistados que indicaron haber bebido en el día anterior a la entrevista.

Tabla 3. Medias de consumo de alcohol en ml./día en días laborables y de fin de semana y promedio diario general

TODA LA POBLACIÓN ENTREVISTADA (1.500)	
Días laborables	12.47 ml.
Días de fin de semana	25.02 ml.
Promedio diario general	16.77 ml.
SÓLO LOS BEBEDORES DÍA ANTERIOR (390)	
Días laborables	58.06 ml
Días de fin de semana	73.49 ml
Promedio diario general	65.04 ml.

En el conjunto de la población el consumo diario en promedio general fue de 16.77 ml., siendo la media en los fines de semana más del doble (25.02 ml.) que la de los días laborables (12.47). Estas son unas medias abstractas, pues incluyen a los que bebieron y a los que no, pero son de gran interés porque expresan la perspectiva general del consumo de alcohol en una determinada sociedad.

Desde una perspectiva más concreta y, si se quiere, más real, el promedio diario general de consumo entre sólo los que bebieron alcohol en el día anterior vemos que se eleva a 65.04 ml., siendo de 58.06 ml. en días laborables y de 73.49 ml. en días de fin de semana.

Si tomamos los dos colectivos, el general y el de los bebedores del día anterior, y los cruzamos con los consumos de cada uno de los días de la semana, podemos ver que los días de fin de semana (sábado y domingo) son los que tienen un consumo de alcohol mayor, alcanzando entre los bebedores 73.3 ml. y 95.1 ml. respectivamente.

En lo que se refiere a las medias consumidas según el sexo y la edad se observa que la ingesta de alcohol en ml. es superior en los hombres que en las mujeres, tanto en el conjunto general como entre los bebedores del día anterior.

Por grupos de edad sobresalen los de 20 a 24 años y los de 25 a 29, en los dos colectivos. Entre los bebedores cabe señalar también a los de 15 a 19 años y, en unas medias algo menores, a los adultos de 40 a 49 años.

De todo esto cabe concluir que, si bien la mayoría de la población canaria de 15 a 65 años no bebió el día anterior a la entrevista, del 26% que sí lo hizo hay un patrón de uso del alcohol en días laborables que, sin llegar a ser mayoritariamente abusivo, alcanza unos promedios en ml. de cierta consideración, especialmente entre los adultos de 30 a 49 años; y otro patrón de consumo de fin de semana que sí es claramente abusivo entre ciertos segmentos de jóvenes, especialmente los de 20 a 24 años y los de 25 a 29, así como otro un poco menor de los de 15 a 19 años.

Estos datos son en sí ilustrativos, pero aún siguen siendo medias generales. El siguiente paso consiste en elaborar una tipología de bebedores según la ingesta realizada de alcohol en el día anterior a la entrevista.

A partir de aquí la tipología resultante, según los datos de la encuesta sería la siguiente:

Tabla 4. Tipología de bebedores

Tipología	Población General	Hombres	Mujeres
Abstinentes	74.2	63.8	84.7
Ligeros	8.4	10.8	6.0
Moderados	8.1	11.7	4.4
Altos	2.7	4.4	1.1
Excesivos	3.5	5.6	1.5
Gran Riesgo	3.0	3.7	2.3
Total	100 %	100 %	100 %
Base	-1500	752	748

$$X^2 = 92.1 \quad 5 \text{ g.l.} \quad P < .00001$$

Y si resumimos las tres últimas categorías:

BEBEDORES ABUSIVOS

(Altos+Excesivos+Gran Riesgo)

Población General	Hombres	Mujeres
9,20 %	13,70 %	4,90 %

Las proporciones de bebedores abusivos son altas, especialmente la de los hombres y la general. Sin embargo, para una mejor comprensión de las mismas y a efectos de una posible comparación con otras encuestas, cabe hacer una precisión respecto a la población incluida en la muestra (15 a 65 años) y la disminución de los ml. de la mujer respecto al hombre.

Hay que señalar, como se ha hecho en otras ocasiones, que si no hubiera habido límite de edad en los 65 años y si se hubiera tomado para las mujeres el mismo umbral que para los hombres, los resultados hubieran sido, de forma muy aproximada, los siguientes: hombres bebedores abusivos 10.9%, mujeres bebedoras abusivas 2.5%, tasa total de bebedores abusivos 6.8%. A partir de esta inducción general de bebedores abusivos en Canarias (del 6.8%), podemos ver que dicha tasa es algo mayor que la observada en la Comunidad Valenciana (5.85) y algo menor que las de Galicia (8.4%) y Andalucía (7.8).

El segmento de población que en mayor proporción no bebió alcohol en el día anterior es el de 15 a 19 años con un 81.1%. A éste le seguiría el de mayor edad, 50-65 años, con el 75.5%; aunque en estos dos grupos también se observan unos claros porcentajes de bebedores abusivos (altos+excesivos+gran riesgo) con un 9.2% entre los más jóvenes y el 7.6% entre los más mayores.

Los grupos de edad en que se dio un mayor consumo de alcohol abusivo el día anterior a la entrevista fueron los de 20 a 24 años, con un 12.9% de los mismos, y en el de 25 a 29 con el 10.5%. En los estratos siguientes, aunque en una proporción menor, también hay unas tasas altas entre los 30 y los 49 años, entre el 8.1% y el 9.5%.

Según esta nueva información vemos que la distribución de los bebedores hombres tiene dos modas estadísticas, la primera en los 20-24 años con el 13.9% (que en realidad se extendería a los de 25-29 con un 13.7%) y la del segmento de 40 a 49 años con un 18.7%.

Entre las mujeres la moda se sitúa en los 20-24 años con un 10.7% que bebieron abusivamente. Hay que hacer notar también que los dos puntos más altos en la distribución se sitúan en los grupos inmediatamente anterior (15-19 con el 7.7%) y posterior (25-29 con el 7%). En los segmentos siguientes las tasas decaen hasta casi desaparecer a partir de los 40 años.

En el alcohol se observa una pauta de aproximación del consumo abusivo de alcohol entre hombres y mujeres jóvenes. De tal modo que si este fenómeno se extendiera en los próximos años podría presentar una clara significación epidemiológica.

Por lo demás, entre los bebedores ligeros y moderados los hombres son los que beben en mayor proporción, especialmente entre los 30 y los 34 años con un 33.1%, por un 14% de las mujeres. Estas últimas son siempre más abstinentes que los hombres en todos los grupos de edad, alcanzando la mayor proporción entre los 15 y los 19 años con un 85.6%, por un 79.1% de los hombres de la misma edad.

De estos datos podemos concluir que el alcohol es usado abusivamente principalmente por hombres en casi todas las edades y por mujeres jóvenes; por cabezas de familia e hijos emancipados y no; por población económicamente activa ocupada (empresarios, profesionales y cuadros y trabajadores asalariados) y no ocupada (parados), así como por un segmento de estudiantes.

En las variables de carácter territorial las diferencias también son significativas, pero las tasas están más distribuidas, destacando en todo caso las zonas turísticas y, en hábitats, los de 5.000-10.000 y los de más de 250.000.

Por estudios y clase social también hay una amplia extensión del uso de alcohol abusivo, extendiéndose a personas de distintos niveles educativos y diversa condición

social; destacando quizás un poco más los de BUP-COU (básicamente jóvenes), así como personas de clase social media-alta y alta.

2.1.3- El consumo de inhalables

Los resultados obtenidos en el estudio epidemiológico señalan que el uso de inhalables en Canarias es reducido y esporádico. Un 1.1% de la población los han usado alguna vez, un 0.4% lo hicieron en los últimos doce meses y el 0.1% en los últimos treinta días, no observándose un uso regular o habitual. Estos datos son muy semejantes a los aportados por el estudio del consumo de drogas en el medio laboral realizado dos años después en Canarias. Por otra parte, indicar que el uso de inhalables en Canarias en los últimos treinta días es el mismo que el observado en Galicia, Andalucía y la Comunidad Valenciana.

Según la Encuesta Escolar de 1998¹⁴ entre 1994 y 1998 se ha incrementado el consumo de inhalables en España, pasando del 1.8% al 2.7% para el indicador de consumo en el último año. Por otra parte, en el informe se señala que el 4.1% de los escolares han experimentado con estas sustancias alguna vez.

La Encuesta Domiciliaria sobre uso de Drogas de 1997 indica, respecto al consumo de inhalables, que su uso es residual y suele estar asociado al consumo de otras drogas. También indica que un 0.7% de la población dice haberlos usado alguna vez.

En Canarias la mayoría de los usuarios de inhalables comenzaron a usarlos antes de los 14 años (48.6%), llegando a un 84% del total de casos a los 17 años. La edad global media de inicio son los 15.16 años, siendo los 15.18 para los hombres y los 14.89 para las mujeres. En el estudio entre la población trabajadora, los grupos de edad más importantes en el inicio del uso de inhalables son los de 15 a 17 años en los ocupados y los 18-21 en los parados, siendo la edad media de inicio los 17.64 años en los trabajadores ocupados y los 17.50 en los parados.

El perfil de los consumidores de inhalables -en los últimos doce meses- presenta los siguiente rasgos: predominio de los hombres; con edades comprendidas entre los 15 y

los 24 años; con estudios de BUP-COU, FP y medios-superiores; parados y estudiantes y de clase social baja y media-baja.

Según el Estudio Laboral sobre el Consumo de drogas en Canarias, un 1.2% de los trabajadores ocupados y el 3% de los parados han usado inhalables alguna vez. De ellos, un 0.5% y el 1.5% respectivamente lo hicieron en los últimos 12 meses y en el último mes el 0.3% y 1.4%.

2.1.4- El consumo de cannabis

El cannabis es la droga ilegal consumida con mayor frecuencia en España y en la Unión Europea. Así, un 22% de la población canaria de 12 a 65 años ha consumido alguna vez hachís, marihuana o cualquier otro derivado del cannabis. De ellos, un 11.4% indica haberlo hecho también durante los últimos doce meses y un 9.3% siguió usándolo en los últimos 30 días. Dentro de este último período de tiempo, un 4.4% indica tener un consumo frecuente o habitual.

Tabla 5. El consumo de cannabis en Canarias

TODA LA POBLACIÓN ENTREVISTADA (1.500)	
Ha consumido alguna vez	22,01%
Ha consumido en los últimos doce meses	11,40%
Ha consumido en los últimos 30 días	9,30%
Consume habitualmente	4,40%

A partir de estos datos podemos estimar que unas 103.200 personas entre 15 y 65 años habrían usado cannabis en Canarias en los últimos treinta días, de ellos casi la mitad, unos 49.000 lo harían de forma muy frecuente o habitual.

Según el informe sobre el problema de las drogodependencias en la Unión Europea del 2000¹⁵, el consumo de cannabis a lo largo de toda la vida ha aumentado durante la última década en la mayoría de los países. Pero esto no implica un crecimiento paralelo

14 Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (1998). PNSD. Madrid.

15 “2000 Informe Anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea” O.E.D.T

del consumo reciente, ya que la prevalencia para los últimos doce meses ha aumentado en general mucho menos que el consumo a lo largo de toda la vida, por lo que éste aumento se debe principalmente al consumo ocasional. Sin embargo, en Canarias la prevalencia del consumo del cannabis en los últimos doce meses, el último mes y diario, es bastante mayor que la observada tanto en la U.E. como en España, que según la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas de 1997¹⁶ era de un 7.5% en los últimos doce meses, un 4% en el último mes y un 0.9% diario, lo que hace de la situación geográfica de Canarias un factor importante.

A su vez, el grado de contacto de la población laboral canaria con el cannabis es muy alto. Dos de cada diez de los trabajadores ocupados y casi tres de los parados, indican haberlo usado alguna vez en la vida, siendo alta también la prevalencia de los que han consumido en los últimos doce meses (9% de los ocupados y 15.6% de los parados) y en el último mes (6.3% y 13% respectivamente)¹⁷.

El cannabis es también la droga más consumida entre los escolares. Un 28.5% lo han probado alguna vez y un 17.2% lo han usado en el último mes¹⁸. Entre 1996 y 1998 se ha producido un incremento de un 8.2% de escolares que afirman haber consumido cannabis en el último año, aumento inferior al detectado en el período 1994-96. Este incremento del consumo de cannabis es más importante entre los escolares de 14 años.

En lo que se refiere a las edades de inicio en el uso de cannabis en Canarias, el grupo de edad en el que se producen más inicios es el de 15 a 17 años, con un 40.2%, seguido del de 18 a 21 con otro 34.7%. La edad media de inicio al consumo es de 17.91 años, inferior a la nacional (18.9 años) y a las presentadas por el Estudio Laboral (18.36 años en los ocupados y 18.29 en los parados); aunque superior, por el contrario, a la de la Encuesta Escolar, que la sitúa en los 14.8% debido a la mayor representación de población joven.

16 “Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas” (1997). DGPNSD-EDIS. Madrid.

17 “Estudio Laboral sobre el Consumo de Drogas en Canarias”. FAD-EDIS. Madrid

18 “Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar” (1998). DGPNSD-EDIS. Madrid.

2.1.5- El consumo de cocaína

Después del cannabis, la cocaína es la sustancia ilegal más usada entre la población canaria. Según los datos obtenidos en el estudio epidemiológico, un 9% la usaron alguna vez. De ellos, un 5.4% lo hizo también en los últimos doce meses y un 3.7% continuó haciéndolo en los últimos treinta días. En este último período de tiempo un 2.4% hizo un consumo esporádico (inferior a una vez por semana) y el 0.4% indica un consumo frecuente o habitual, lo que significa que algo más de cuatro de cada diez personas que indicaron haber usado cocaína en alguna ocasión siguieron tomándola en el último mes.

Tabla 7. El consumo de cocaína en Canarias

TODA LA POBLACIÓN ENTREVISTADA (1.500)	%
Ha consumido alguna vez	9.0
Ha consumido en los últimos doce meses	5.4
Ha consumido en los últimos 30 días	3.7
Consume habitualmente	0.4

El porcentaje de los que consumen cocaína en Canarias es muy superior al registrado en España y en la Unión Europea. Así, la Encuesta Domiciliaria de 1997¹⁹ recoge un 3.2% para los que han consumido alguna vez, un 1.53% en el último año y un 0.8% en el último mes; mientras que la cifra para los que han probado cocaína alguna vez en la U.E. oscila entre el 0.5% y el 3%²⁰.

La cocaína es una sustancia bastante consumida entre la población laboral, tanto en España como en Canarias. En el último estudio nacional en el medio laboral²¹ se señalaba la progresiva expansión en relación con la primera encuesta nacional realizada entre los trabajadores en 1987²². En la población laboral canaria un 8.5% de los ocupados y un 12.1% de los parados ha consumido cocaína alguna vez. De éstos, un 4.6% de los ocupados y un 6.5% de los parados lo hizo en el último año y el 2.7% y el 6%, respectivamente, en el último mes. La estimación del número aproximado de

19 “Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas” (1997). DGPNSD-EDIS. Madrid

20 2000 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea”. O.E.D.T

21 “la incidencia de las Drogas en el Medio Laboral” (1996). FAD-EDIS. Madrid

22 “La incidencia de las drogas en el Medio Laboral” (1987). EDIS-UGT. Madrid

trabajadores que en el último mes habría consumido cocaína se situaría en unos 15.000 ocupados y unos 7.000 parados²³. La proporción mayor se da en empresas medias y medio-grandes, sin diferencias significativas por rama de actividad, aunque un poco más en Agricultura-Pesca, Comercio-Hostelería y Construcción.

En cuanto a la población escolar, a nivel nacional el uso de la cocaína ha crecido de forma significativa con respecto a 1996. El porcentaje de los que habían consumido en los últimos doce meses aumentó 2.4 veces entre 1994 y 1998²⁴, afectando a los chicos y chicas y a todos los grupos de edad, aunque en términos relativos fue más importante entre los más jóvenes.

Los inicios más abundantes en el uso de la cocaína de la población general de Canarias, de 15 a 65 años, se dan entre los 18 y los 21 años, con un 43.3%, lo que sitúa la edad media de inicio en los 19.29 años, siendo de 19.17 en los hombres y 19.75 en las mujeres. Esta edad media es inferior a la de la población laboral canaria, de 20.46 años en los ocupados y 21.13 años en los parados.

Como cuestión específica se preguntó a los usuarios de cocaína por qué vía la consumían más frecuentemente, si inyectada o por otras vías (esnifada, inhalada, fumada, etc). En los 124 casos obtenidos de usuarios de esta sustancia, casi todos, el 99%, indicaron que lo hacían más frecuentemente por otras vías, tan sólo uno de cada cien lo hacía inyectándose. En la Comunidad Valenciana los datos son muy semejantes, un 98% por otras vías y un 2% inyectada.

Respecto al perfil básico de los que usaron cocaína en los últimos doce meses en Canarias podemos destacar los siguientes rasgos: hombres de edades comprendidas entre los 20 y los 29 años, con niveles culturales medios-altos (BUP-COU, FP) y medios-superiores. Su uso está extendido entre todas las clases sociales, aunque destacan algo las prevalencias en los estratos de clase media y alta.

En su distribución territorial no se observan mayores diferencias entre las dos provincias. El uso de cocaína está bastante extendido en los diferentes hábitats, aunque

23 "Estudio Laboral sobre el Consumo de Drogas en Canarias". EDIS-FAD. Madrid

24 "Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar" (1998). PNSD. Madrid

sobresale en las poblaciones de más de 100.000 habitantes. De esto se deriva que el uso de cocaína está distribuido de un modo homogéneo en todos los territorios y clases sociales.

2.1.6- El consumo de drogas de síntesis

Las diversas sustancias englobadas bajo la denominación de drogas de síntesis, desde su irrupción a finales de los años ochenta en ciertos lugares muy determinados, se han ido extendiendo por la mayoría de las comunidades autónomas, especialmente en consumos ocasionales entre los adolescentes y los jóvenes y muy asociadas al ocio de fin de semana.

En Canarias, un 4.2% de la población de 15 a 65 años las ha consumido alguna vez. De ellos un 2.6% las usaron en los últimos doce meses y un 1.9% lo hizo en los últimos treinta días. En este último período de tiempo los consumos de estas sustancias son bastante esporádicos, tan sólo un 0.4% indica estar haciéndolo una vez por semana, no observándose ningún consumo más frecuente. La estimación del número aproximado de usuarios de drogas de síntesis sería de unos 21.000 en el último mes y de unos 4.000 a 6.000 en la frecuencia de una vez por semana.

El consumo en el último mes en Canarias es algo superior al observado en la Comunidad Valenciana, en Andalucía -ambas con el 1.3%- y en Galicia, con el 1%. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los consumos de drogas de síntesis en Canarias no son tan frecuentes, ya que en el uso de 2 a 6 veces por semana, no encontramos ninguna prevalencia, mientras que en la Comunidad Valenciana ascendía al 0.3%. Se trata, probablemente, de un tipo de drogas que, estando presente en Canarias en una cierta proporción, no han alcanzado en esta comunidad, por lo menos hasta el momento, un uso tan regular como el de otras sustancias.

En este apartado de las drogas de síntesis no estableceremos comparaciones con los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre el uso de Drogas y la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar, puesto que hacen referencia exclusivamente al consumo de Éxtasis.

En lo referente a la población laboral canaria, las prevalencias de uso de las drogas de síntesis son relativamente importantes: el 4.1% de los trabajadores ocupados y el 7.5% de los parados las han probado alguna vez, bajando el consumo en los últimos doce meses -un 2.3% en los ocupados y un 4.5% en los parados- y en el último mes -un 2% y un 3%, respectivamente²⁵-. La tasa de los trabajadores ocupados que han usado alguna vez las drogas de síntesis es similar a la nacional²⁶, de un 4.3%, pero superior a la de los parados (5%). En el consumo en los últimos doce meses y en el último mes, la tasa de los trabajadores parados en Canarias es la más alta después de la Comunidad de Madrid.

En lo que se refiere a las edades de inicio, para la población canaria entre 15 y 65 años, el grupo de edad en el que se da mayor número de casos, o moda estadística, es el de 18 a 21, con un 39.1% del total, aunque cabe también señalar que hasta los 17 se han producido un 35.2% de los inicios. La edad global media de inicio son los 19.31 años, siendo los 19.58 en los hombres y los 18.31 en las mujeres. Hay que señalar que, al contrario que en otras drogas, en el uso de drogas de síntesis, las mujeres son más precoces que los hombres.

En la población canaria trabajadora, el grupo de edad en el que se producen más inicios es también el de 18 a 21 años, con un 47.4% de los trabajadores ocupados y un 33.3% de los parados. La distribución de edades de inicio para estos últimos es más homogénea que para los trabajadores ocupados.

El perfil básico de los consumidores de drogas de síntesis en Canarias en los últimos doce meses es el siguiente: los hombres de 20 a 24 años no emancipados, de nivel educativo medio-alto, trabajadores, pero sobre todo estudiantes y parados. Socialmente es un fenómeno que afecta a los hijos de familias de clase media (media-media y media-alta).

El uso de las drogas de síntesis está uniformemente extendido en Canarias, no observándose diferencias significativas entre las dos provincias, siendo algo superior en los núcleos urbanos, especialmente de más de 250.000 habitantes y en las zonas turísticas.

25 “Estudio Laboral sobre el Consumo de Drogas en Canarias”(1998). EDIS-FAD. Madrid

26 “La Incidencia de las Drogas en el Medio Laboral” (1996). EDIS-FAD. Madrid.

En cuanto a la población laboral canaria se da una mayor prevalencia en las mujeres y en las personas más jóvenes. No hay grandes diferencias por tamaño de la empresa ni por rama de actividad, aunque sobresalen ligeramente las empresas medias de Transportes, Comercio-Hostelería y Agricultura-Pesca.

2.1.7- El consumo de heroína

El consumo de heroína parece estar experimentando en los últimos años un cierto proceso de contención o incluso de descenso. Sin embargo, no se trata de un problema superado, puesto que su consumo lleva asociado, en la mayoría de los casos, la dependencia a la sustancia, lo que hace que el número de personas atendidas en los centros no descienda significativamente, si bien sí lo hace la tasa de mortalidad al tiempo que han ido cambiando las vías de uso, disminuyendo sensiblemente la administración inyectada.

Las prevalencias que se observan en ciertos territorios aún indican una relativa presencia de esta sustancia sin que pueda pronosticarse una clara y duradera disminución de la misma. Ésta parece ser la situación del consumo de heroína en Canarias, donde un 1.6% de la población de 15 a 65 años la ha usado alguna vez, un 0.9% lo ha hecho en los últimos doce meses, y un 0.8% la seguía tomando en el último mes; lo que indica una continuidad de uso de la heroína muy elevada en el período de los últimos doce meses y el último mes, pues casi nueve de cada diez personas continúan usándola.

Si tomamos como referente el consumo de heroína en el último mes en Canarias, la prevalencia con respecto a otras comunidades autónomas es ligeramente mayor, siendo más visible la diferencia entre los consumidores frecuentes o habituales (dos a seis veces por semana o diariamente); pues mientras en dichas comunidades se sitúan en torno al 0.2%, en Canarias se alcanza un 0.4%.

Esta diferencia es aún mayor si la comparamos con la tasa recogida en la Encuesta Domiciliaria de 1997²⁷ para el consumo de heroína en el último mes en España, que era de un 0.15%.

En cuanto a la población laboral canaria²⁸, el 1.1% de los trabajadores ocupados y el 2.5% de los parados indican haber probado alguna vez la heroína. De ellos, el 0.7% de los ocupados y el 1% de los parados la han consumido en los últimos doce meses y el 0.5% y el 1%, respectivamente, en el último mes. La prevalencia de uso de heroína en los últimos doce meses entre la población laboral ocupada canaria es similar a la de Madrid y algo mayor que la de Andalucía y el promedio nacional.

En lo relativo a las edades de inicio en el uso de heroína de la población canaria de 15 a 65 años, la mitad de los usuarios se iniciaron en el uso entre los 18 y los 21 años y un 30.2% entre los 22 y los 25. La edad global media de inicio es de 19.06 años; en los hombres los 18.75 y en las mujeres los 20.53.

En la población laboral canaria, el grupo de edad más importante de inicio en el consumo de heroína es también el de 18 a 21 años, seguido, a diferencia de la población de 15 a 65 años, del grupo de 26 y más años. La edad media en el inicio es superior, siendo los 20.9 años para los trabajadores ocupados y los 21.20 años para los parados.

El perfil principal de los consumidores de heroína en Canarias en los últimos doce meses es el siguiente: hombres con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años, hijos emancipados y no emancipados, parados -probablemente como consecuencia de su drogodependencia- y, a mucha distancia, los trabajadores de la industria y los servicios. La vía de uso es en el 75% de los casos diferente a la inyectada (inhalada, fumada, etc.) y el porcentaje mayor de los que se inyectan heroína se encuentra entre los hombres de 34 a 39 años.

La variable de clase social tiene unas diferencias muy significativas, pues el consumo actual de heroína se da en personas de clase baja y media-baja, en muchos casos como consecuencia del proceso de deterioro personal y social que esta drogodependencia

27 “Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas” (1997). DGPNSD. Madrid

produce. En las variables territoriales la significación es menor, concentrándose algo más el consumo en los núcleos urbanos superiores a 50.000 habitantes.

2.1.8- El consumo de otros opiáceos

A parte de la heroína se preguntó también por el consumo de otros opiáceos, indicando algunos nombres comerciales a título de ejemplo. Estas sustancias en unos casos son utilizadas como analgésicos potentes o en otros usos terapéuticos, pero en otros muchos tienen un uso asociado o sustitutivo de la heroína.

Los datos obtenidos de su uso en Canarias son los siguientes: un 0.6% señalan haberlos consumido alguna vez, un 0.4% lo hicieron en los últimos doce meses y, de ellos, un 0.3% los tomaban también en el último mes. A su vez, entre los que los usaron en este último período de tiempo un 0.2% lo hicieron menos de una vez por semana y otro 0.1% una vez por semana.

La prevalencia en el uso de otros opiáceos en Canarias en el último mes es un poco menor que en Galicia y en la Comunidad Valenciana -el 0.5% en ambas- y similar al de Andalucía, con un 0.3%.

En lo que se refiere al número de posibles consumidores de otros opiáceos, podemos estimar, de forma aproximada, que se situaría, en el último mes, entre las 3.000 y las 5.000 personas. Los datos disponibles no permiten dar un número probable de usuarios frecuentes o habituales.

Las edades de inicio en el uso de otros opiáceos son las de 18 a 21 años, con un 25.4% y, sobre todo, de 22 a 25, con el 54.2%. A los 25 años se han producido ya el 90% de los casos. La edad media de inicio son los 21.73 años: 21.51 en los hombres y 21.97 en las mujeres.

El perfil de los usuarios de otros opiáceos en los últimos doce meses es el siguiente: las diferencias según el sexo no son significativas, observándose un 0.4% en ambos casos, pero sí lo son por la edad, destacando las prevalencias de los de 25 a 29 años, con 1.5%

28 “Estudio Laboral sobre el Consumo de Drogas en Canarias” (1999). FAD-EDIS.

y de 30 a 35, con el 1.8%. También lo son por zonas y por población, observándose que las mayores prevalencias se dan en las poblaciones turísticas (1.8%).

2.1.9- El consumo de alucinógenos

Después del descenso que experimentó el consumo de alucinógenos en la década de los años ochenta, los estudios realizados en los últimos años parecen indicar una cierta recuperación de su uso, especialmente en unos colectivos también muy relacionados con las drogas de síntesis, la cocaína y el cannabis.

En Canarias un 4.1% de la población entre 15 y 65 años indican haber usado alucinógenos alguna vez. De ellos, un 1.3% lo hicieron en los últimos doce meses y un 0.7% los usaba actualmente en el período del último mes. Estos consumos son bastante esporádicos, pues tan sólo un 0.1% indica haberlos usado en el último mes una vez por semana.

La continuidad de uso sería, pues, la siguiente:

- Últimos doce meses/alguna vez: 31.7%
- Último mes/últimos doce meses: 51.8%
- Índice general de continuidad de uso: 17.1%

Aunque la continuidad de uso es bastante elevada en el período del último mes respecto a los últimos doce meses, el índice general es uno de los más bajos, pues tan sólo un 17% de los que los han usado alguna vez los consumieron en el último mes.

Si tomamos como referencia el 0.7% de consumo en el último mes observado en Canarias (el 0.6% si no hubiera límite de edad en los 65 años), vemos que es muy semejante al observado en otras Comunidades: la Valenciana con 0.6%, Galicia con 0.5% y Andalucía con 0.8%.

En cuanto al número probable de personas que en Canarias usaron alucinógenos en el último mes, se puede estimar que, de forma aproximada, se situaría entre las 5.000 y las 7.000 personas; no siendo posible ya estimar un consumo más regular.

Respecto a las edades de inicio en el consumo de alucinógenos, los datos obtenidos son los siguientes:

Años	%	% Acumulado
Hasta los 14	40,20%	10,20%
De 15 a 17	45,80%	56,00%
De 18 a 21	20,30%	76,30%
De 22 a 25	10,10%	86,40%
De 26 en adelante	13,60%	100,00%

El grupo de edad en el que se dieron más inicios en el uso de alucinógenos es el de 15 a 17 años, con un 45.8%. A los 21 se han producido ya el 76.3% del total de inicios. La edad media de inicio son los 18.35 años, siendo 18.25 en los hombres y 18.76 en las mujeres.

En lo que se refiere al perfil básico de los que usaron alucinógenos en los últimos doce meses es el siguiente: los hombres un 2.1% por un 0.5% las mujeres; los de 15 a 19 años un 3.2%, de 20 a 24 años un 2.4% y de 25 a 29 años el 2%.

Estos consumos son, principalmente, en poblaciones urbanas grandes, sin que se aprecien diferencias relevantes por provincias. Tampoco hay grandes diferencias por zonas, pero sí son algo mayores en las zonas no turísticas (1.3%) que en las turísticas (0.7%).

Sí son apreciables y significativas las diferencias en el rol familiar, dándose el consumo únicamente en hijos, tanto emancipados como no. También lo son en la variable de ocupación, concentrándose el consumo entre los estudiantes y los parados. Y no lo son el nivel de estudios ni la clase social.

2.1.10- El consumo de anfetaminas

El uso de anfetaminas y speed está actualmente muy asociado al consumo de otras sustancias, tales como las drogas de síntesis, los alucinógenos o la cocaína. Los

patrones de consumo son bastante esporádicos u ocasionales, siendo muy pocos los consumidores frecuentes o habituales. Hay que señalar que estas sustancias son muchas veces utilizadas sin prescripción facultativa y obtenidas en el mercado ilegal.

En Canarias, un 4.6% de las personas de 15 a 65 años las han usado alguna vez, un 1.2% lo hicieron en el último año y el 0.7% en el último mes; de éstos, tan sólo un 0.1% lo hace de un modo frecuente (de dos a seis veces por semana). Aunque la continuidad de uso en los últimos treinta días respecto a los últimos doce meses es alta, el índice general de continuidad de uso es bajo, pues tan sólo un 15% de los que las usaron alguna vez, las usaban en el último mes.

La prevalencia del consumo de anfetaminas y speed en Canarias es más alta que el promedio nacional observado en 1997²⁹, que indicaba que un 2.5% de la población entre 15 y 65 años las había tomado alguna vez, un 0.87% en el último año y un 0.24% en el último mes.

En lo que se refiere a la población laboral canaria, el 1.9% de los trabajadores ocupados y el 3% de los parados ha consumido anfetaminas en el último mes, siendo la frecuencia de consumo en este tiempo de una vez por semana. La tasa de los parados canarios que han consumido anfetaminas en el último mes es alta, solamente superada por la de la Comunidad de Madrid³⁰.

Según la Encuesta Escolar de 1998³¹, la proporción de estudiantes en España que habían consumido speed y anfetaminas en el último año se situaba en el 3.8%, inferior en 0.3 puntos a la registrada en 1996. Este descenso afecta principalmente a los escolares de 16 y más años, mientras que entre los de 14 y 15 años se detecta un aumento. Los consumos son notablemente superiores entre los varones.

En cuanto a las edades de inicio del uso de anfetaminas y speed en la población canaria de 15 a 65 años, los dos grupos de edad en que se dan más inicios en el uso de estas sustancias son los de 15 a 17 años y los de 18 a 21, estando situada la edad media de

29 “Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas” (1997). DGPNSD. Madrid.

30 “Estudio Laboral sobre el consumo de drogas en Canarias” (1999). FAD-EDIS. Madrid.

31 “Encuesta sobre drogas a la población escolar” (1998). DGPNSD. Madrid.

inicio en los 19.17 años: los 18.05 para los hombres y los 22.92 para las mujeres. En la población laboral canaria también se observa que las anfetaminas son sustancias de uso eminentemente juvenil: un 90.3% de los trabajadores ocupados y el 80% de los parados iniciaron su consumo antes de los 26 años, con una edad media de inicio de 19.70 años para los ocupados y los 18.50 años para los parados.

El perfil básico de los que en los últimos doce meses usaron anfetaminas o speed en Canarias es el siguiente: principalmente hombres de 15 a 24 años; emancipados o no; estudiantes, parados y trabajadores; de clase media-media y media-alta.

No es relevante el nivel educativo ni si es zona turística o no, pero sí se observa una prevalencia mayor en poblaciones de más de 250.000 habitantes.

2.1.11- El consumo de crack

El crack, sustancia derivada de la cocaína, registra un bajo nivel de consumo en España, con una prevalencia poco significativa, concentrada, fundamentalmente, en el colectivo de consumidores de heroína. Un 0.4% de la población ha probado el crack en alguna ocasión, un 0.15% en el último año y un 0.04% en el último mes. El consumo de crack y heroína junto con otros opiáceos, constituye uno de los tipos básicos de policonsumo.

En Canarias se observa también esta asociación de consumidores de crack y heroína, con una tasa mayor que la nacional. Así, el 1.3% de la población de 15 a 65 años indica haberlo usado alguna vez, un 0.8% en los últimos doce meses y un 0.6% en el último mes. La continuidad de uso del crack es bastante alta, probablemente por ser policonsumidores en situación de adicción los que lo utilizan fundamentalmente.

En la población laboral canaria se observan diferencias significativas entre los trabajadores ocupados y los parados: un 0.8% de los trabajadores ocupados frente a un 2.5% de los parados ha probado crack alguna vez. De ellos, un 0.4% y un 0.2%, respectivamente, lo ha hecho en el último año y el 0.2% y 0.6% en el último mes.

Respecto a las edades de inicio en el uso de crack en Canarias, son los 18 a 21 años (43.1%) y los 22 a 25 (40.2%) los dos grupos más importantes. La edad media de inicio

son los 22.65 años, siendo los 22.71 para los hombres y los 22 años para las mujeres. La edad media de inicio es más alta que la nacional (21.4 años) y es, a su vez, más baja que la de la población laboral canaria: 23.38 años para los trabajadores ocupados y 24.20 años para los parados.

El perfil básico de los consumidores de crack en los últimos doce meses es el siguiente: hombres de 25 a 29 años de clase baja y media-baja. En el inicio del consumo la mayor parte eran trabajadores de la industria o los servicios y estudiantes. Actualmente las proporciones se han invertido: la mayoría son parados y tan sólo uno de cada tres está trabajando.

En las variables territoriales se observan diferencias significativas entre las dos provincias, con un consumo mayor en Las Palmas.

2.1.12- El consumo de tranquilizantes

En los capítulos 1 y 2 hemos visto el consumo de las drogas legales: el tabaco y el alcohol. Y en los apartados anteriores al que nos ocupa se ha analizado el uso de una serie de drogas ilegales. Pero existen también algunas otras sustancias de efectos psicotrópicos cuyo uso está muy extendido, siendo su consumo, en la mayoría de los casos, para fines terapéuticos y bajo prescripción médica. No obstante, está comprobado que, en determinadas circunstancias, también se usan como drogas de abuso y generan el autoconsumo. Dentro de este grupo de psicofármacos hemos incluido en la encuesta los dos más representativos: los tranquilizantes y los hipnóticos.

En lo que se refiere a los tranquilizantes, en el cuestionario se explicaba a los entrevistados que se trataba de pastillas para calmar los nervios o la ansiedad y se le leía, a título de ejemplo, algunas de las marcas más conocidas. Los resultados sobre su consumo entre la población de Canarias de 15 a 65 años es el siguiente: un 9.8% indica haberlos usado alguna vez, el 5.4% lo hizo en los últimos doce meses y un 4.5% los estaba usando en el último mes. El consumo frecuente o habitual es bastante amplio, pues un 2.6% señalan que el último mes lo usaron con una periodicidad de 2 a 6 veces a la semana o diariamente.

La continuidad de uso de los tranquilizantes es la siguiente:

- Últimos doce meses/alguna vez: 55.1%
- Último mes/últimos doce meses: 83.3%
- Índice general de continuidad de uso: 45.9%

Para poder comparar las prevalencias del uso de tranquilizantes en Canarias con las de otras comunidades, aquí el límite de edad en los 65 años actúa de forma inversa a lo visto en las sustancias de uso mayoritariamente joven, puesto que los psicofármacos en general -y los tranquilizantes en particular- tienen sus tasas de consumo más altas en edades medias y mayores. Sobre el consumo en la frecuencia de “alguna vez” significaría un incremento de casi dos puntos y si tomamos como referencia comparativa el último mes, el 4.5% podría equivaler, aproximadamente, a un 5.5% en población de 15 años en adelante, sin límite en los 65 años. El uso de estas sustancias en el último mes en la Comunidad Valenciana es del 5.7%, en Andalucía de un 5.2% y en Galicia del 4.4%.

Refiriéndonos de nuevo a población canaria de 15 a 65 años, la estimación de usuarios de tranquilizantes en términos absolutos se situaría, en el último mes, en torno a las 50.000 personas, de las que unas 29.000 a 31.000 los estarían usando de forma frecuente o habitual.

Los dos grupos más importantes en el inicio del uso de tranquilizantes son los de 18 a 25 años, con un 30.1% y los de 26 a 35 años con el 30.1%. A los 35 años se han producido ya el 74.4% del total de inicios, quedando una cuarta parte de la población que se ha iniciado después de los 36 años. La media de inicio son los 29.9% años, siendo en los hombres los 24.87 años por los 33.34 en las mujeres.

El perfil básico (tabla 3.20) de los que usaron tranquilizantes en los últimos doce meses es el siguiente: un 3.7% de los hombres por un 7.1% de las mujeres, siendo la única sustancia en la que, en términos globales, la población femenina es más consumidora, casi el doble que los hombres. Los de 30 a 34 años el 6.1%, de 35 a 39 el 6.2%, de 40 a 49 el 7.2% y de 50 a 65 el 6.1%. Ambas variables son significativas, con $P < .01203$ y

$P < .00015$, dándose en los hábitats urbanos, especialmente con más de 250.000 habitantes en un 9.5% ($P < .00001$).

El uso de los tranquilizantes se produce principalmente en la provincia de Las Palmas ($P < .06085$), en las zonas de Las Palmas de Gran Canaria-San Bartolomé de Tirajana y Santa Cruz de Tenerife ($P < .00001$); en los cónyuges y los hijos no emancipados ($P < .00022$); profesionales y cuadros, parados y amas de casa ($P < .00001$), así como en todas las clases sociales, especialmente en la baja y en la alta ($P < .00182$).

2.1.13- El consumo de hipnóticos

Respecto al grupo de hipnóticos o somníferos no se puede distinguir, en una encuesta a población general y en un cuestionario no específico, la composición o distinción farmacológica (barbitúricos o benzodiazepinas), pues el usuario, especialmente el de prescripción médica, no tiene un conocimiento claro sobre esta diferenciación. Por ello se explicaba a los entrevistados que se trataba de “pastillas para dormir” y, a modo de ejemplo, se le citaban algunas de las marcas más conocidas.

Los datos obtenidos en la encuesta indican que el consumo de hipnóticos en Canarias es el siguiente: un 4.2% de la población de 15 a 65 años los ha usado alguna vez; de ellos, un 2.9% lo hicieron en los últimos doce meses y un 2.3% seguían consumiendo en el último mes. En este último período de tiempo el consumo frecuente o habitual era del 1.5%.

La continuidad de uso de los hipnóticos es la siguiente:

- Últimos doce meses/alguna vez: 69.1%
- Último mes/últimos doce meses: 79.3%
- Índice general de continuidad de uso: 54.7%

La continuidad de uso de los hipnóticos, junto a la de la heroína y la de otros opiáceos, es de las más altas de las observadas.

En lo que se refiere a la comparación de las prevalencias de los hipnóticos en Canarias con las de otras comunidades ocurre lo mismo que con los tranquilizantes, pues si no hubiera límite de edad en los 65 años las prevalencias observadas en Canarias serían, aproximadamente casi un punto más en la tasa de “alguna vez” y casi medio en la del

último mes, de modo que en este período el 2.3% equivaldría a un 2.7%. El uso de hipnóticos en el último mes en la Comunidad Valenciana es del 3.4%, en Galicia del 2.7% y de un 1.5% en Andalucía.

En términos absolutos se puede estimar que en el período del último mes en Canarias usaron hipnóticos unas 25.000 personas, de las que unas 16.000 a 18.000 los estarían usando de forma frecuente o habitual.

Los dos grupos de edad en los que se dan una mayor cantidad de inicios en el uso de hipnóticos son los de 36 a 45 años, con un 22.9% y a partir de los 46, con un 32.4%. La edad media de inicio en el uso de estas sustancias son los 36.96 años, siendo muy igualada entre hombres y mujeres, con un 37.93 y el 36.02, respectivamente.

En lo que se refiere al perfil básico de los que usaron hipnóticos en los últimos doce meses, podemos ver en los hombres un 2.5% y en las mujeres el 3.2%. Los de 40 a 49 años el 5.2% y los de 50 a 65 un 4.9%. La variable de sexo no tiene diferencias significativas ($P < .49954$), pero sí lo son las de edad ($P < .00251$).

En las variables territoriales se observa unas prevalencias mayores (y significativas) en Las Palmas; en las poblaciones urbanas, sobre todo en las grandes; en las zonas de Las Palmas de Gran Canaria-San Bartolomé de Tirajana, Lanzarote-Fuerteventura y Santa Cruz de Tenerife-San Cristóbal de la Laguna ($P < .01655$ a $P < .01764$); aunque no son significativas las diferencias observadas entre las poblaciones turísticas y las que no lo son ($P < .43371$).

Sí lo son las de rol familiar ($P < .01184$), en la que las prevalencias mayores se observan en el cabeza de familia y el cónyuge. También las de nivel educativo ($P < .04661$), con tasas más altas entre los sin estudios o sólo primarios, por una parte, y los de medios-superiores por otra. Son muy significativas las de ocupación ($P < .00001$), en las que destacan claramente las tasas de las amas de casa y los pensionistas, seguidas a cierta distancia por los empresarios y los profesionales y cuadros y los parados. Por clase social, el uso se da en todos los estratos sociales, pero, al igual que en los tranquilizantes, las prevalencias son más altas en los extremos: la clase baja y la alta ($P < .00001$).

2.2- ANALISIS DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

Los siguientes datos han sido elaborados mediante el análisis de los cuestionarios remitidos a cada uno de los centros existentes en la Comunidad Autónoma de Canarias, cuyo ámbito de atención es el campo de las drogodependencias. El principal objetivo fue el obtener información sobre el modo de actuación de estos centros, así como las principales dificultades y opinión de los profesionales que desempeñan su labor en cualquiera de estos servicios.

Los resultados que se presentan a continuación constituyen un extracto del informe sobre los recursos de atención a las drogodependencias, en el que se analizan datos de 18 Instituciones, 35 Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD), de los cuales 25 cuentan con tratamiento de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, 17 Centros de Día, 3 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y 3 Servicios de Atención a las Drogodependencias en Centros Penitenciarios.

En primer lugar se comentarán los datos disponibles sobre las Instituciones, por ser los servicios aglutinadores del resto de centros, y posteriormente se analizarán resultados aislados del resto de recursos específicos de atención a las drogodependencias.

2.2.1- Informe sobre las instituciones

Los siguientes datos han sido elaborados a partir de las respuestas al cuestionario contestado por cada uno de las 18 instituciones dedicadas a la atención de las drogodependencias establecidas en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Respecto a la titularidad de las instituciones la mitad son públicas y la otra mitad de titularidad privada. En relación con la dependencia jurídica indicar que el mayor porcentaje corresponde a asociaciones privadas sin ánimo de lucro (44,4%).

DEPENDENCIA JURÍDICA	Frecuencia	Porcentaje
Ayuntamiento	7	38,9
Cabildo	2	11,1
Asociaciones Privadas sin ánimo de lucro	8	44,4
Otros	1	5,6
Total	18	100

AÑO DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	Frecuencia	Porcentaje
1956	1	5,60%
1977	1	5,60%
1983	1	5,60%
1986	1	5,60%
1989	3	16,70%
1990	2	11,10%
1991	2	11,10%
1992	1	5,60%
1995	1	5,60%
1998	3	16,70%
2000	1	5,60%
Total	17	94,40%

En la tabla anterior se observa que la mayoría de las instituciones comenzaron sus actividades en la última década.

ÁMBITO TERRITORIAL	Frecuencia	Porcentaje
Municipio	4	22,20%
Comarca	3	16,70%
Isla	4	22,20%
Comunidad Autónoma	4	22,20%
Estatad	1	5,60%
Otros	1	5,60%
Comarca + Comunidad Autónoma	1	5,60%
Total	18	100,00%

POBLACIÓN ASISTIDA	Frecuencia	Porcentaje
Alcohólicos	0	0,00%
Drogodependientes no alcohólicos	0	0,00%
Todo tipo de drogodependencias	8	44,40%
Otros	0	0,00%
Alcohólicos + Drogodependientes no alcohólicos	1	5,60%
Alcohólicos + Todo tipo de drogodependencias	2	11,10%
Alcohólicos + Otros	2	11,10%
Todo tipo de drogodependencias + Otros	1	5,60%
Todo tipo de drogodependencias + Otros	0	0,00%
Alcohólicos + Drogodependientes no alcohólicos + Todo tipo de drogodependencias	3	16,70%
Alcohólicos + Todo tipo de drogodependencias + Otros	1	5,60%
Total	18	100,00%

Casi la totalidad de las instituciones atienden todo tipo de drogodependencias y su ámbito de actuación territorial varía, siendo lo habitual el municipio, la isla o la totalidad de la Comunidad Autónoma.

Las fuentes habituales de financiación son la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Autónomo (en solitario o junto con Ayuntamiento y Cabildo) y otros organismos, como el ICFEM, además de poco significativas aportaciones de privados..

PRESUPUESTO ANUAL	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Cantidad (N =14)	7 000 000	260 000 000	95 000 000	77 000 000

N = número de centros de los que se disponen datos.

Con los datos disponibles de 14 instituciones podemos apreciar la diversidad existente en el presupuesto de las instituciones. El que cuenta con menor presupuesto dispone de 7 millones de pesetas anuales, y el que más, de 260 millones de pesetas al año.

FUENTES PRINCIPALES DE FINANCIACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Ayuntamiento	0	0,00%
Cabildo	0	0,00%
Gobierno Autónomo.	5	27,80%
Asociaciones	0	0,00%
Otros	0	0,00%
Ayuntamiento + Cabildo + Gobierno Autónomo	3	16,70%
Ayuntamiento + Cabildo + Gobierno Autónomo + Asociaciones + Otros	0	0,00%
Ayuntamiento + Cabildo + Gobierno Autónomo	0	0,00%
Ayuntamiento + Otros	1	5,60%
Ayuntamiento + Gobierno Autónomo	4	22,20%
Ayuntamiento + Cabildo + Gobierno Autónomo + Otros	2	11,10%
Cabildo + Gobierno Autónomo	2	11,10%
Gobierno Autónomo + Otros	1	5,60%
Total	18	100,00%

La mayoría de las instituciones cuentan con un Centro de Atención a las Drogodependencias (una de ellas cuenta con cinco), ninguna dispone de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, cinco disponen de un Centro de Día (una de ellas de dos), cinco cuentan con Comunidad Terapéutica, doce ofrecen dispensarios de metadona

(entre 1 y 5), seis poseen Servicio de Información, una Centro de acogida inmediata, tres cuentan con programas en centros penitenciarios, dos con Centros de Incorporación social, once programas de prevención y cuatro con otros recursos (pisos de apoyo al tratamiento, orientación laboral, farmacia, laboratorio y asesoría jurídica).

En las 18 instituciones trabajan un total de 393 profesionales. El colectivo con mayor número de trabajadores es el de psicólogos, seguido del de médicos y trabajadores sociales, farmacéuticos, etc..... Todas las instituciones cuentan con un psicólogo y un trabajador social como mínimo. Además algunas instituciones cuentan con otros profesionales como maestros, terapeutas, cocineros, graduados sociales, ordenanzas, chofer y criminólogos.

Entre los servicios externos contratados más habituales se encuentran los de limpieza, vigilancia y contabilidad, además de los de mantenimiento de ordenadores, asesoría laboral y gestoría.

Sólo cinco centros no disponen de apoyo externo para sus equipos profesionales. Los que sí disponen de este apoyo cuentan con la ayuda de voluntarios y/o alumnos en prácticas. Algunos también cuentan con la participación de equipos de servicios sociales polivalentes y objetores de conciencia.

2.2.2- Informe de los Centros de Atención a las Drogodependencias

La primero que llama la atención en el enorme volumen de datos analizados es la labor que se está realizando actualmente en la Comunidad Autónoma de Canarias en la atención de las drogodependencias, por más de 400 profesionales repartidos en más de 50 centros.

Este es un problema que implica no sólo a los individuos que lo padecen, sino a sus familias y a la sociedad. De ahí que sea necesario un trabajo conjunto para mejorar la atención de una parte de la población que se encuentra en una situación que nos afecta a todos.

Casi la totalidad de los centros prestan atención a todo tipo de drogodependencias. Los especializados en alguna droga en concreto, atienden problemas de alcoholismo.

En cuanto al presupuesto, existe gran disparidad tanto en si cuentan con presupuesto independiente como en la cuantía que manejan unos y otros centros. Puede deberse a los recursos empleados por cada uno de ellos y al tipo de atención prestada. Se necesitaría una evaluación exhaustiva de cada uno de los centros para determinar sus necesidades individualmente.

La mayor parte de los centros presta servicios de información y orientación. Dentro de este apartado de servicios prestados sorprende el elevado número de centros que desarrollan líneas de investigación, resultado que choca con el escaso porcentaje de centros que cuentan con profesionales dedicados a esta labor (por ejemplo, menos del 3% de los CAD) y con el escaso volumen de publicaciones. Casi en la totalidad de los centros se pueden realizar todas las fases de tratamiento.

El colectivo con mayor número de profesionales empleados corresponde al de psicólogos, seguido por el de trabajadores sociales y médicos. Existe un escaso número de voluntarios que desarrollen funciones de apoyo.

En cuanto a los niveles de atención la mayor parte de los centros realiza tanto intervención individual como familiar y grupal.

No existe unanimidad en cuanto a quién, qué y cómo se debe realizar una primera valoración del caso. Se cuenta con una serie de medidas y análisis que suelen ser comunes pero que no son utilizadas en su totalidad, ni por todos los centros.

Lo habitual consiste en realizar la historia clínica, el informe social, el informe psicológico y el informe médico. Además el diagnóstico se realiza casi siempre por el psicólogo, el trabajador social y el médico, pero en escasas ocasiones intervienen los tres simultáneamente. También pueden intervenir profesionales de otros campos. Esta situación conlleva que una misma persona pueda ser evaluada de distinta manera o en diferentes aspectos en las vertientes psicológica, orgánica y social en centros diferentes.

Tampoco existe un criterio común en cuanto a dónde derivar las patologías mentales y mucho menos en cuanto al modelo de terapia individual desarrollado en cada centro. Incluso en un mismo centro se utilizan conjuntamente modelos de intervención que poco tienen que ver entre sí. Lo mismo puede afirmarse de las intervenciones grupales y familiares. Son muy pocos los centros que realizan seguimiento de los casos.

Prácticamente la totalidad de los centros disponen de talleres de capacitación laboral y de ocio y tiempo libre. El problema es que no todos disponen de recursos de fomento del empleo. Lo que sí mantienen la mayoría de ellos es la relación con la administración de justicia mediante informes, peritaje y contactos específicos.

Los sistemas de coordinación de los equipos interprofesionales empleados más frecuentemente suelen ser: las reuniones de equipo, las comisiones de trabajo sobre temas concretos, el registro de observaciones y a través de anotaciones en la historia clínica. Tampoco aquí existen criterios comunes, incluso para determinar el inicio y conclusión del tratamiento.

Las drogas que presentan mayor demanda de tratamiento corresponden al alcohol, heroína, cocaína y cannabis. En el número de casos atendidos se aprecia un ligero descenso en los últimos años. Es imposible saber el número concreto de casos nuevos atendidos debido a que el mismo individuo puede recibir atención en varios centros. En este sentido es deseable un sistema de registro que permitiese la identificación de los casos manteniendo la confidencialidad de los datos.

Un dato a tener en cuenta son los problemas, asociados al consumo, que esta población presenta relacionados con la salud (SIDA, hepatitis, tuberculosis, problemas de malnutrición y psicopatologías) y con la administración de justicia.

Prácticamente la totalidad de los centros realizan memorias anuales. Lo que no suele ser tan frecuente son los estudios de seguimiento de casos (se realizan en la mitad de los centros). Lo mismo se puede afirmar de los indicadores de evaluación de los proyectos. Sin estos datos difícilmente podemos llegar a una conclusión sobre la eficacia real de las intervenciones.

Los proyectos de cambio más frecuentes en los centros son los que se refieren a infraestructura, coordinación o relación con otros centros, sistema de registros y sistemas de evaluación. No todos los proyectos de cambio corresponden a necesidades reales, y se apunta como dificultad más frecuente la falta de apoyo económico o financiación. Otra de las dificultades más frecuentes es la falta de recursos humanos.

Según los profesionales consultados las drogas más consumidas en nuestro país son el alcohol y el tabaco. Para la lucha general contra las drogas consideran como medidas más importantes las campañas publicitarias explicando los riesgos, la educación sobre drogas en la escuela, el tratamiento voluntario a consumidores de drogas, la administración médica de metadona a los consumidores de heroína, el control policial y de aduanas y restringir la publicidad sobre el alcohol. Consideran necesaria la administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos y la elaboración de leyes estrictas contra las drogas. Merecen poca importancia las medidas de legalización de drogas.

El trabajo que se está haciendo para tratar de evitar las drogodependencias es considerado eficaz pero insuficiente, igual que el trabajo que se está haciendo para atender a las personas con problemas de drogodependencias.

Por último, la formulación del Plan Canario sobre Drogas se considera imprescindible y necesario y útil.

2.3- Evolución de la demanda asistencial

Para la evaluación y diagnóstico de la oferta y demanda asistencial, se ha desarrollado por un lado una valoración y diagnóstico sobre la oferta y calidad asistencial y a su vez un análisis de la evolución de la demanda en los últimos cuatro años: 1997-2000.

2.3.1- Evolución de las Admisiones a Tratamiento en el periodo 1997-2000

Sustancias Psicoactivas

La evolución de las admisiones a tratamiento en los Centros de Atención a las Drogodependencias de Canarias muestra un incremento constante en los años iniciándose una estabilización y disminución a partir de 1996.

Evolución demanda asistencial . Sustancias Psicoactivas

Año	1997	1998	1999	2000
Nº de demandas	6.986	6.339	5.266	5.673

Esta disminución progresiva del volumen asistencial va relacionada con el incremento continuado de la permanencia observada en determinados programas. Está estrechamente ligado al desarrollo e implementación de los programas con sustitutivos opiáceos, que sacan de la “circulación” a muchos consumidores que antes iniciaban o demandaban tratamiento. No obstante, en el año 1999, Canarias figuraba a nivel estatal con la tasa más alta de personas tratadas por cien mil habitantes (267,1). También tenía la tasa más alta de personas atendidas sin tratamiento previo,(83,4) en el año 1999

Volumen Asistencial en Programas con Sustitutivos Opiáceos

Año	1997	1998	1999	2000
Nº de usuarios	3.392	4.540	5.091	5.503

La evolución de estos programas tiene un incremento continuado permanente, esto es debido a la alta tasa de retención que existe en los Programas con Sustitutivos Opiáceos, considerablemente mayor a la de cualquiera de los programas existentes.

Perfil del Usuario de la Red Asistencial de Drogodependencias. SEXO

AÑO	HOMBRES	MUJERES
1997	87,9 %	12,1 %
1998	81,0 %	19,1 %
1999	88,8 %	11,2 %
2000	88,0 %	12,0 %

El porcentaje de hombres continúa siendo más alto que el de mujeres. Correspondiendo el valor más bajo, para los hombres en 1998 y más elevado para las mujeres en el 98 y existiendo unos porcentajes en los demás años equivalentes en el 2000. La frecuencia

mayor de mujeres que acuden a los centros de atención a las drogodependencias no es la de usuario directo sino que tienen la condición de responsables del tratamiento con una función de acompañamiento.

Edad Media de al Inicio al Consumo

Año	Edad Media de Inicio
1997	21,18
1998	19,93
1999	20,69
2000	20,68

La edad media de inicio de la droga principal, oscila entre los 20 y 21 años en el periodo observado.

Edad Media de las Personas Tratadas

Año	Edad Media
1997	29,17
1998	30,32
1999	29,42
2000	30,8

La edad media de los sin tratamiento previo en 1999 se situó en 26,83 y 31,22 para los que habían realizado tratamiento previo. Prosigue el proceso iniciado en periodos anteriores del incremento de la edad media del conjunto de consumidores de opioides y cocaína, captados por los indicadores. La edad media más elevada correspondió a los admitidos por hipnóticos o sedantes y las más baja a los admitidos por MDMA y otros derivados de la feniletilamina.

Droga Principal de Admisión a Tratamiento

Sustancia/Año	1997	1998	1999	2000
Heroína	77.9 %	71.5 %	60.7 %	59.8 %
Otros Opiáceos	0.6 %	0.8 %	2.2 %	2.2 %
Cocaína	11.3 %	12.7 %	19.7 %	20.3 %
Anfetaminas	0.2 %	0.4 %	0.4 %	0.4 %
MDMD y derivados	0.2 %	0.1 %	0.1 %	0.1 %
Hipnóticos	0.4 %	0.5 %	0.6 %	0.9 %
Cannábicos	9.1 %	13.9 %	15.9 %	16.1 %
Alucinógenos			0.1 %	0.1 %
otros	0.3 %	0.1 %	0.2 %	0.2 %

Se mantiene la Heroína como droga principal que motiva los inicios a tratamiento en la red asistencial de drogodependencias.

Resaltar la evolución de demandas por cocaína , que se duplica en este período de tiempo siendo más notable entre los que inician tratamiento por primera vez.

En los últimos años se está produciendo un descenso en las admisiones por heroína, no ocurre así con las admisiones de cocaína, cuya tendencia de incremento se inicia en 1995, esta tendencia se acentúa aún más en 1999 y 2000.

Según datos reflejados en el 2000, de la demanda global de cocaína, cabe diferenciar que el 5,4% se debe al consumo de crack como droga principal.

Si hacemos alusión a otras drogas consumidas en los 30 días anteriores observamos como datos más relevantes: que el 52,9% manifestó haber consumido cocaína, el 30% crack, y el 16,1% Cannabis .

Volumen Asistencial según los diferentes tipos de recursos

Usuarios/Años	1997	1998	1999	2000
P.S. Opiáceos	3.392	4.540	5.091	5.503
Otros CAD	7.479	5.609	5.344	4.865
C. Terapéuticas	561	732	822	835
Unidades Hospitalarias	827	822	689	679
Modulares/prisiones	328	326	316	398
P.S. Opiáceos/prisiones	546	492	537	668
Total	13.133	12.521	12.799	12.948

Respecto al volumen asistencial pueden destacarse varios datos. Por una parte se aprecia un aumento de usuarios en todos los recursos excepto en las unidades hospitalarias y en “otros CAD”. En este último caso son los programas sustitutivos de opiáceos los que han tenido un aumento mayor.

Vía Principal de Consumo

Año	Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otras
1997	2,2 %	23,3 %	49,9 %	7,2 %	17,4 %	
1998	2,2 %	23,7 %	50,0 %	8,5 %	15,3 %	0,4 %
1999	3,6 %	25,3 %	42,4 %	13,7 %	15,0 %	0,1 %
2000	3,7 %	24,9 %	43,2 %	13,5 %	14,6 %	0,2 %

Se mantiene la tendencia iniciada en el cambio en la vía de administración, ya señalada en el año 1994, siendo la vía predominante la fumada /Inhalada.

Desde 1991 fecha de inicio de cobertura del indicador, se ha observado una importante evolución en la vía principal de administración de la heroína. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos” o “fumar en plata”). Entre 1993 y 1995 se produjo un descenso del consumo de heroína por vía parenteral en la mayoría de las comunidades autónomas siendo más acusado en Andalucía, Extremadura, Canarias y Castilla la Mancha. Entre 1997 y 2000 este descenso se ha mantenido.

El abandono paulatino de la vía parenteral y su sustitución por otras vías también se está produciendo en las admisiones a tratamiento por cocaína.

El aumento de admitidos a tratamiento por cocaína se ha debido sobre todo al incremento de los consumidores por vía intranasal. Se mantiene a su vez las tendencias del predominio de la población masculina.

Situación Laboral

Año	Trabajando	Parado sin empleo anterior	Parado con empleo anterior	Otros
1997	26,9 %	5,4 %	54,4 %	13,3 %
1998	32,8 %	5,2 %	49,1 %	12,8 %
1999	39,2 %	3,8 %	43,0 %	14,0 %
2000	40,7 %	3,6 %	40,6 %	15,1 %

Nivel de Estudios

Año	Sin estudios	Primaria 5ª	E.G.B. Elemental Eso	F.P. B:U.P.	Medios Superiores
1997	8,2 %	45,8 %	32,1 %	12,4 %	1,9 %
1998	8,5 %	44,1 %	32,1 %	13,5 %	1,9 %
1999	8,1 %	40,3 %	35,1 %	14,4 %	2,1 %
2000	7,0 %	40,1 %	35,2 %	15,2 %	2,5 %

En cuanto a los datos referidos de estratificación social, se mantiene el bajo nivel de estudios de la población asistida y la situación laboral inactiva.

2.3.2- Evolución del Indicador de Urgencias Hospitalarias. Periodo 1997-2000

Desde 1966 se ha observado una tendencia creciente de la frecuencia con que la cocaína ha sido mencionada en los episodios de urgencia, siempre en una proporción menor a las menciones por heroína. Sin embargo, en 1999 y 2000 la cocaína es la droga

mencionada con mayor frecuencia en los episodios de urgencias hospitalarias por reacción aguda a sustancias psicoactivas

Urgencias por consumo de sustancias Psicoactivas

Sustancias Psicoactivas	1997	1998	1999	2000
Heroína	62,4 %	60,9 %	52,1 %	37 %
Otros Opiáceos	10 %	10,9 %	6,3 %	1,2 %
Cocaína	43,5 %	46,9 %	58,5 %	51,9 %
Anfetaminas	5,3 %	6,3 %	3,5 %	1,2 %
MDMA y derivados	1,8 %	1,6 %	1,4 %	
Hipnóticos y sedantes	7,1 %	14,1 %	2,8 %	6,2 %
Cánnabis	12,4 %	9,4 %	6,3 %	
Alucinógenos			1,4 %	1,2 %
S.Volátiles				
Alcohol			8,5 %	
Otras	1,8 %	4,7 %	0,7 %	1,2 %

Según datos comparativos a nivel estatal se aprecian las siguientes diferencias, la cocaína fue la droga mencionada con más frecuencia en 1999 en el País Vasco, (64,7) Cataluña (60,4), Madrid (59,4), Canarias (858,5) y Murcia (40). La heroína fue la droga más mencionada en la Rioja (96,3), Castilla la Mancha (73,6) y el Principado de Asturias 72,2.

Los varones constituyeron la mayor parte de las personas atendidas en urgencias hospitalarias en el periodo observado. Según droga mencionada en la urgencia, el porcentaje de mujeres fue mayor en los episodios en que se menciona consumo de hipnóticos o sedantes.

Distribución de los episodios de urgencias según sexo

Año	HOMBRES	MUJERES
1997	75,6 %	24,4 %
1998	81,3 %	18,8 %
1999	90,8 %	9,2 %
2000	76,5 %	23,5 %

Los hombres constituyeron la mayor parte de las personas atendidas en urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas, pero en proporción algo inferior al indicador Tratamiento y Mortalidad. El porcentaje de mujeres fue mayor en los episodios en que se menciona consumo de hipnóticos, sedantes, alucinógenos, otros opiáceos distintos a la heroína y cocaína. Sin embargo se aprecia un incremento de la presencia de la mujeres en los episodios de urgencias hospitalarias en el año 2000.

La edad media de los atendidos por episodios de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas fue de 29, 2 en 1999.

2.3.3-Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas

El total de muertes en Canarias por reacción aguda a sustancia psicoactivas fue de 34 fallecidos en 1999 reflejándose una disminución considerable en el 2000, con 15 fallecidos.

Como en años anteriores, la mayoría de las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en 1999-2000 se deben al consumo de opiáceos o cocaína. A nivel estatal se detectan cifras más elevadas por reacción aguda a opiáceos o cocaína en Barcelona (7,9 muertes/100.000 habitantes) y Canarias (5,3 muertes por 100.000 habitantes), y más bajas (menores de 3,5/100.000) en el resto de la cinco grandes ciudades y áreas geográficas.

Características Demográficas de las Personas Fallecidas

Del conjunto de fallecidos en 1999, un 94,1% eran hombres, siendo esta una proporción más baja que en el resto de España. El porcentaje de mujeres es de 5,9%. Dicha presencia se incrementa en el año 2000, donde las mujeres representa el 13,3% de los fallecidos.

La edad media de los fallecidos fue de 30,7 años. Por razones geográficas la edad media más alta correspondió a los partidos judiciales de la Comunidad de Madrid (35,4 años) y a la Región de Murcia (33 años), y la más baja a Valencia (30,6 años) y Canarias 30,7 años.

Procedencias de los cadáveres

En la mayoría de los casos los cadáveres llegaron a los Institutos Anatómicos Forenses procedentes de domicilio (36,0%) pero con una incidencia muy cercana de los procedentes de la calle en un 32%.

3- LEGISLACIÓN

Este marco jurídico viene determinado por el conjunto de leyes, acuerdos, declaraciones y normas internacionales, nacionales y autonómicas directamente relacionadas con el derecho a la prestación de los servicios sociales y sanitarios, y sobre las políticas activas de prevención, asistencia e incorporación social en función del nivel de aplicación:

Marco Internacional. Retoma los valores y directrices de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, concretándose en el artículo 25 p.1, al señalar que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y 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 casos 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, en su art. 11, indica el derecho a la protección de la salud, eliminando en lo posible las causas de una salud deficiente y estableciendo 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. También estimula a prevenir las enfermedades epidémicas, endémicas y otras. En el art. 14, señala el derecho de la población al disfrute de los Servicios Sociales, para ello será necesario fomentar y organizar servicios que contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad y su adaptación al medio social.

Indicar que España forma parte de la Convención Única de Estupefacientes de Nueva York de 1961, de Naciones Unidas y del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1971 y de la Convención contra el tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1988, de Naciones Unidas.

Marco Nacional. La Constitución Española de 1978, en el artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su 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. También en el art. 9.2 se dice: “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, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos 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.

Real Decreto 1100/78, de 12 de mayo, sobre publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en RTVE.

Real Decreto 3032/78 de creación de la Comisión Interministerial para el Estudio de los problemas derivados del Consumo de Drogas.

Orden de 31 de enero de 1980, del Ministerio del Interior, sobre limitación al consumo de alcohol, prohibiendo la entrada y permanencia de menores de 16 años en locales de venta de alcohol.

Real Decreto de 1467/81, de 8 de mayo, que establece la prohibición de conducir con una tasa de alcohol superior a 0,8grs. por litro.

Real Decreto 709/81, de 5 de marzo, sobre publicidad y consumo de tabaco.

Orden de 30 de abril de 1982, para la creación de los "Grupos de Orientación y Prevención" dentro de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Resolución de 9 de septiembre de 1982, sobre la limitación y consumo de tabaco en centros docentes.

Orden de 20 de mayo de 1983, por la que se regulan los tratamientos con metadona.

Real Decreto 2072/83, de 28 de julio, por el que se modifica el R.D. del 5-03-82, sobre publicidad y consumo de tabaco: advertencia sobre su perjuicio.

Real Decreto 1990/1984, de 26 de septiembre, sobre el empleo racional de los medicamento y demás productos sanitarios y sobre la prevención de su uso indebido y de su tráfico ilícito.

Ley 7/1985 de 2 de abril, reguladora de Bases de Régimen Local, sobre las competencias a ejercer por los municipios en materia de prestación de servicios públicos que contribuyan a satisfacer necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal.

Real decreto 842/1985 de 25 de mayo, sobre las condiciones generales que, para uso doméstico, de la población infantil, deben reunir los disolventes, colas, pegamentos, pinturas, tintes, barnices y otros materiales análogos.

Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, de coordinación interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, que previamente fue aprobado en el Consejo de Ministros de 24 de julio del mismo año.

Orden de 31 de octubre de 1985 por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes a opiáceos.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que en su Título Preliminar establece que la presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en el Artículo 43 y concordantes de la Constitución, siendo titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio español.

Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.

Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, de Reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas.

Ley 5/1988, de 24 de marzo por la que se crea la Fiscalía Especial para la prevención y Represión del Tráfico Ilegal de drogas.

Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

Ley orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal.

Orden de 7 de noviembre de 1989, por la que se prohíbe la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas a los alumnos de los Centros escolares públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia.

Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regula los tratamientos con opiáceos a personas dependientes a los mismos.

Ley Orgánica 1/1990, de 4 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.

Ley 5/1990, de 19 de diciembre, sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 16 años.

Reales decretos 1006 y 1007/91, de 14 de junio, sobre el establecimiento de las enseñanzas mínimas en Educación Primaria y la ESO (Educación para la salud).

Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre protección de la Seguridad Ciudadana.

Real Decreto 2816/92, de 27 de agosto, que aprueba el Reglamento General de Espectáculos y Actividades recreativas y establece la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 16 años en los establecimientos, espectáculos y actividades recreativas.

Ley Orgánica 8/1992, de 23 de diciembre, de modificación del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de tráfico de drogas.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Decreto 7/1999, de 21 de enero, por el que se determina el formato y contenido de las señalizaciones relativas a las prohibiciones sobre bebidas alcohólicas y tabaco previstas en la Ley 9/1998, de 22 de julio.

Marco Autonómico. La Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, del Estatuto de Autonomía de Canarias, en los apartados 7 y 9 del artículo 32, confiere a la Comunidad Autónoma competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general.

La Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales de Canarias, en el art.4.2.f), considera área de actuación la prevención y tratamiento de todo tipo de drogodependencias, en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes y la reinserción social de los afectados. También contiene el mandato de la configuración como servicio social especializado, el de drogodependencias.

Decreto 68/1990, de 19 de abril, por el que se crea la Comisión de acreditación, evaluación y control de centros o servicios sanitarios en los que se realicen tratamientos con opiáceos.

Decreto 252/1991, de 3 de octubre, por el que se adapta la estructura de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales a la nueva organización y estructura de la administración de la Comunidad Autónoma Canaria y se crean la Dirección General de Atención a las Drogodependencias y la Dirección General de Protección de Menor y Familia.

Decreto 18/1992, de 7 de febrero, por el que se crea la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias.

Decreto 118/1992, de 9 de julio, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de Centros y Servicios Sociosanitarios de atención a drogodependientes.

Orden de 13 de agosto de 1992, 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 Sociosanitarios de atención a drogodependientes.

Decreto 232/1993, de 29 de julio, por el que se modifica parcialmente el Decreto 68/1990, de 19 de abril, por el que se crea la Comisión de acreditación, evaluación y control de Centros o Servicios Sanitarios en los que se realicen tratamientos con opiáceos.

La Ley 11/1994, de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias, atribuye al Sistema Canario de la Salud la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la protección frente a factores que amenazan la salud individual y colectiva y la ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y social del paciente.

Decreto 230/1994, de 25 de noviembre, por el que se aprueba el Plan Canario sobre Drogas durante el trienio 1995-1997.

En el Decreto 322/1995, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad y Consumo, en el artículo 5 se indican las funciones que corresponden al Consejero de Sanidad y Consumo. En la Sección 3ª, Artículo 8, se indica que la Dirección General de Atención a las Drogodependencias ejercerá las competencias y funciones que ostenta la Consejería en materia de atención a las drogodependencias y toxicomanías, incluso las de coordinación con el Plan Nacional sobre Drogas.

La Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores.

La Ley 4/1998, de 15 de mayo, de Voluntariado de Canarias.

Decreto 81/1998, de 28 de mayo, por el que se crea y regula La Comisión Asesora sobre Tabaquismo en Canarias, adscrita al Servicio Canario de la Salud.

La Ley del 9/1998, de 22 de julio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción Social en materia de Drogodependencias en Canarias.

Decreto 8/1999, de 21 de enero, por el que se modifica parcialmente el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad y Consumo y se crean las Comisiones Insulares de Coordinación sobre Drogodependencias y la Comisión de Comunicación social sobre Drogodependencias en Canarias.

4.- PRINCIPIOS RECTORES DEL II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS

La planificación permite concebir un futuro deseado, así como plantear los medios reales para alcanzarlo. Ha de contemplarse como el proceso mediante el cual se realiza un diagnóstico sobre la realidad social, estableciendo posteriormente prioridades y estrategias de acción. Esto implica el conocimiento de los recursos existentes y la determinación de los necesarios, así como un compromiso de finalidad, que no termina con la formulación del plan, sino que es un proceso de permanente adecuación y readaptación a la realidad cambiante.

Todo proceso de planeamiento requiere de una reflexión sobre los principios y finalidades de la misma. Así, en los distintos niveles de planificación de los Servicios Sociales y Sanitarios de nuestra Comunidad están implícitos un gran número de principios, que se fundamentan, entre otros, en los valores de justicia, solidaridad, participación, dignidad y en los derechos humanos y sociales.

La planificación en materia de drogas deberá partir de los principios de racionalidad; participación; transformación social; calidad y eficiencia de los servicios prestados; flexibilidad; innovación; normalización y atención a la norma. Y estos principios serán los ejes transversales en los que se fundamente el plan.

Desde la lógica de lo social el II Plan Canario sobre Drogas estará orientado a incrementar el bienestar social de los ciudadanos en los distintos espacios de su vida personal y social, en lo que constituye materia de responsabilidad pública. Se tratará de optimizar los presupuestos destinados a estos fines, mediante la toma de decisiones racionales, con criterios de eficiencia tendentes a mejorar los procesos de la propia planificación y gestión. También requerirá de la implicación y de la corresponsabilidad entre las instituciones de la Administración central, Gobierno de Canarias, Cabildos, Ayuntamientos, Instituciones privadas, colectivos, asociaciones y particulares que están implicados en la atención al problema. Universalizar las responsabilidades en el abordaje del fenómeno, se hace necesario si se desea ser eficaz y eficiente en las políticas sobre drogas, y más concretamente en las del área de prevención.

Por otra parte, el Plan deberá atender a las necesidades de todo el archipiélago como un sistema global, sin obviar la singularidad de la geografía y siendo por ello compatible con una adaptación según las particularidades de cada una de las islas.

Principio de Racionalidad. Se entiende la racionalidad como el método o la selección óptima de los medios para alcanzar unos fines, partiendo de un sistema de valores que resulte aceptable para los actores que se impliquen en el diseño y proceso de la planificación. Lo que le da mayor complejidad a la racionalidad es la multiplicidad de decisiones que han de discurrir de forma interrelacionada con una red de objetivos, el reconocimiento de los medios y la influencia de las fuerzas del entorno.

La racionalidad en la planificación está relacionada con criterios de: factibilidad, utilidad y de importancia, es decir, en los procesos de toma de decisiones tiene que analizarse si la opción elegida es posible llevarla a cabo (factibilidad); si dicha opción puede producir algún provecho (utilidad) y al mismo tiempo si es relevante para generar bienestar social y calidad de vida a los ciudadanos usuarios de los servicios sociales (importancia).

Principio Normativo. Las normas son el fruto del contexto organizacional y político, que contribuye al establecimiento de las grandes orientaciones que deben presidir todo proceso planificador, siendo el ordenamiento jurídico la materialización de esta afirmación

El valorar el principio de atención a la norma como un eje fundamental que sirve de base para el desarrollo del II Plan Canario sobre Drogas, nos obliga a considerar la influencia de este marco jurídico en la implantación y desarrollo del sistema, en tanto en cuanto son estos el objeto de esta propuesta metodológica de planificación.

Principio de Participación. Se opta en la elaboración del Plan por la participación, dado que la contribución de todos (sistemas públicos y sociedad civil organizada), implicará que los objetivos y las estrategias utilizadas respondan a las aspiraciones de la mayoría, y los recursos y administraciones se sientan comprometidos. La ausencia de participación puede crear indiferencia, no cooperación y desconfianza ante el propio plan y sus estrategias de acción. Por otra parte, puede conducir a que se planteen o

enuncien objetivos equívocos o irreales, que poco o nada tengan que ver con las necesidades verdaderas y/o sentidas por la comunidad. Sólo la participación de “todos” puede garantizar el éxito en la formulación del Plan.

El principio de participación está ampliamente contemplado en los derechos humanos y sociales, así como en la legislación internacional, nacional y autonómica. Así, en el contexto de las Comunidades Autónomas está ampliamente respaldado por el mandato constitucional, correspondiendo a los poderes públicos facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. También en las leyes de Servicios Sociales, a través del Consejo General de Participación en Servicios Sociales. En la Ley sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias, en el Capítulo II, Art.27-30, se hace referencia a la coordinación y a la participación social.

Principio de Transformación. Este principio hace contemplar los cambios que se han de generar sobre la realidad social y las situaciones problemáticas de las personas, con miras a conseguir una mayor calidad de vida. Como consecuencia, la planificación puede ser considerada como instrumento estratégico para configurar una nueva situación en una realidad cambiante. Frente a las dinámicas de cambio de la sociedad y del fenómeno de las drogas se hacen necesarias nuevas respuestas públicas que atiendan el problema desde las situaciones actuales. Al hablar de planificación es casi ineludible hacerlo en relación con el concepto de transformación y cambio.

Como propone el Plan Nacional sobre Drogas en la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008”, se deberá de priorizar la prevención como estrategia más importante para enfrentarse a este problema. Prevención que se basará en la educación y estará dirigida de forma destacada a los niños y jóvenes para fomentar su maduración emocional y social, orientada al fomento de su capacidad crítica, su autonomía como persona y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. La prevención se interesará preferentemente por evitar tanto el uso y el abuso de drogas, como por otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo y tendrá siempre presente la necesidad de implicación de los sistemas públicos y de la sociedad civil organizada.

La planificación es un proceso dinámico “de y para el cambio” de las demandas y de las necesidades sociales; lo es también para las “formas” de intervenir socialmente. Transforma la realidad y la acerca lo más posible a los objetivos propuestos. Este principio no propone el cambio por el cambio, lo que pretende conseguir es una serie de metas previamente indicadas.

Este principio de transformación se orienta en la práctica a introducir en la planificación esa visión de respuestas, tanto a las necesidades actuales como las del futuro. En este sentido, es preciso mirar el futuro como un mapa de necesidades que se nos presenta con rasgos nuevos. Siendo necesario revisar los sistemas de políticas activas y los sistemas de protección social.

Normalización. Referirse a la normalización como principio del Plan, es entender el fenómeno de las drogodependencias como un problema complejo, multifactorial y mutante, que requiere de una intervención global, integral y coordinada. Por otra parte, en los últimos años se ha extendido o expandido el consumo o el uso de drogas, variando de forma importante los patrones y las formas de consumo. El perfil actual de las personas consumidoras de drogas, así como el de las que presentan adicción a las mismas, no se ajusta a patrones más o menos establecidos y relacionados con situaciones multiproblemáticas. Cada día es un perfil más variado y que tiene relación directa con las sustancias consumidas. Por otra parte siguen siendo el alcohol y el tabaco las drogas de mayor uso y abuso en nuestra comunidad, sustancias que están plenamente integradas en las formas de vida y relación social de las personas.

A esta reflexión también hemos de añadir la mejora tanto cualitativa como cuantitativa de los servicios públicos de Sanidad, Educación, Servicios Sociales y Empleo, que hoy en su distribución en el territorio y su dotación de recursos personales y materiales les sitúa la capacidad necesaria para abordar aquellas soluciones que precisa el complejo problema de las drogodependencia.

El abordaje de los problemas derivados del consumo, así como la prevención de los mismos, requiere de una adecuación de la red actual a las nuevas formas de consumo. Esta adecuación de la red tenderá a la normalización en la atención al problema, lo que implicará a corto plazo un acercamiento de la red al Sistema Canario de Salud, en aspectos de carácter clínico; a Educación, en lo que se refiere a la prevención desde educación para la salud y al Servicio Público de Servicios Sociales y Empleo, en aquellos que estén relacionados, fundamentalmente, con la incorporación social, la intervención comunitaria y el empleo .

Flexibilidad. Todo proceso de planificación requiere de flexibilidad en la ejecución, dado que ha de ser necesario el adaptarse a las posibles modificaciones, que se vayan produciendo en una realidad cambiante. La rigidez en los procesos de planeamiento significará necesariamente, que se produzcan desfases, producto de la falta de readecuación de los programas o proyectos a las necesidades siempre en evolución y cambio.

El fenómeno de las drogodependencias no es estático, no permanece inamovible en el tiempo, todo lo contrario. Se podría afirmar, que en los últimos tiempos se está asistiendo con frecuencia a modificaciones sustanciales respecto a los productos consumidos, las formas de consumo, los escenarios, etc. Por lo tanto las decisiones adoptadas sobre los objetivos, políticas y estrategias deberán mostrarse flexibles y con capacidad de adaptación y reacción ante los cambios que acontezcan.

Calidad. Se propone la calidad como principio inspirador del Plan Canario sobre Drogas porque se entiende que es necesario seguir avanzando de forma ordenada y coherente, donde la calidad de los servicios ofertados y prestados esté presente. Con el fin de valorar la calidad de los mismos será preciso hacer un esfuerzo en la evaluación.

La evaluación deberá estar presente en todo el proceso de planificación, configurando la retroalimentación, estimación de necesidades, la conceptualización de la lógica del programa, de la intervención, de la cobertura, del proceso, de los resultados, etc. Es una función que complementa a la planificación y forma un todo

con ella, que se constituye, como una serie de pasos sistemáticos y organizados, que se inician ya desde el comienzo de la fase de diagnóstico y concluyen en el momento que se termina la ejecución, realizándose la medición final de los logros a fin de extraer conclusiones.

Por lo tanto el proceso planificación-evaluación, es una cadena continua de planificación y reprogramación, perfectamente alimentada desde la evaluación, con modificaciones y rectificaciones que permiten un justo equilibrio entre necesidades y recursos. El sistema de evaluación está fuertemente vinculado a la valoración de la calidad del propio proceso de planificación, de la ejecución, de los servicios ofertados y de los resultados obtenidos.

La evaluación está directamente relacionada con la calidad, en el sentido de que conocer la calidad de los servicios prestados sólo será posible si existe un riguroso sistema evaluativo.

Innovación. Es la capacidad de encontrar nuevas aportaciones, nuevos modos de expresión, sacar nuevas ideas, dar existencia a lo nuevo, aportando creatividad, espontaneidad, pensamiento abstracto, valentía, enriquecimiento, amplitud..., favoreciendo la capacidad de ver con antelación los resultados, incorporar a la cultura de trabajo las nuevas tecnologías de la información y la comunicación,

En el campo de las drogodependencias se ha hecho uso de la innovación en la programación de actuaciones y se deberá seguir esforzando en encontrar nuevas ideas frente a las diferentes situaciones. Esto no implica olvidarse de las medidas y estrategias que han demostrado su utilidad, todo lo contrario pretende profundizar en las mismas o acompañarlas.

Es de sobra conocido que el comportamiento del fenómeno de las drogas está cambiando en los últimos años, apareciendo nuevos patrones de consumo, nueva población que consume, reaparición de drogas y estabilización en el consumo de otras. Ha de ser preciso adaptarse a estos cambios y enfrentarse a ellos con creatividad y acciones innovadoras.

5.- OBJETIVOS GENERALES DEL II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS

El "II Plan Canario sobre Drogas", se plantea como un instrumento útil para la planificación, avance y ordenación de las actuaciones que, en materia de drogas, se realicen en la Comunidad Autónoma de Canarias, y da cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias. Sus Objetivos Generales son:

1 Favorecer la globalización en la atención a las drogodependencias indicando los principios, objetivos y criterios básicos de actuación, tanto a nivel general como desde las diferentes áreas de intervención.

2 Potenciar los procesos de reflexión, participación, cooperación y coordinación entre las instituciones y agentes públicos y privados implicados en la atención a las drogodependencias en Canarias, favoreciendo los procesos de sensibilización de la comunidad y de sus instituciones. Asimismo, señalar competencias, funciones y responsabilidades de las distintas administraciones públicas y las entidades privadas.

3 Consolidar una red de atención ágil, amplia, coordinada, integrada y normalizada en los sistemas públicos de salud, servicios sociales y empleo, que permitan conjuntamente con la iniciativa social organizada y adecuadamente vertebrada, ofrecer una respuesta asistencial a las necesidades de la población drogodependiente, garantizando la situación de equidad respecto a otras enfermedades.

4 Modificar en la población actitudes y comportamientos de exclusión respecto al drogodependiente, generando una conciencia social solidaria y participativa que favorezca la incorporación social y sociolaboral de las personas con problemas de dependencia a las drogas. Asimismo potenciar la colaboración y conexión de los programas de asistencia al drogodependiente con los de integración social y sociolaboral.

5 Dotar a la sociedad de instrumentos y argumentos que le permitan desarrollar hábitos y conductas saludables desde el concepto global de promoción de la salud y del bienestar: informando, educando, movilizándolo, formando, sensibilizando, generando una cultura responsable hacia el consumo y reduciendo los factores que favorecen el uso indebido de drogas; presentando una especial consideración a la coordinación y planificación interinstitucional en la comunidad.

6 Impulsar el estudio y la investigación aplicada del fenómeno de las drogodependencias y de las medidas de afrontamiento, y asegurar la formación en drogodependencias a los universitarios y profesionales de la salud, educación y servicios sociales y empleo .

7 Conocer, registrar y evaluar las acciones que se realizan desde las diferentes áreas de intervención del Plan, estableciendo para ello indicadores de calidad, eficiencia y eficacia, y dando respuesta a la necesidad de valorar y favorecer la toma de decisiones realista, que redunde en beneficio de la intervención social, procurando su mejoramiento y perfeccionamiento.

8 Contemplar la transversalidad y la conexión del II Plan Canario sobre Drogas con otros planes de carácter general o sectorial. Y coordinar las actividades que desde las diferentes Administraciones y Organizaciones se promuevan y realicen, a fin de asegurar que se atienden los criterios de actuación prioritarios consensuados en el Plan y se evita la duplicidad en las acciones.

9 Favorecer la reducción de la oferta y el tráfico de drogas potenciando los sistemas de información que permitan conocer la realidad del fenómeno y haciendo cumplir la normativa existente en el ámbito autonómico y municipal sobre promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco.

6- CRITERIOS DE ACTUACIÓN PREFERENTES PARA EL II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS

1 Para la formulación del II plan Canario sobre Drogas se parte de dos instrumentos previos de gran relevancia: el "Plan Canario sobre Drogas 1995-97" y la "Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias" en Canarias (BOC nº 94, de 28 de julio de 1998).

2 Las áreas de intervención para abordar el fenómeno de las drogodependencias serán: Prevención, Asistencia, Integración Social, Formación, Investigación, Coordinación y Evaluación.

3 La respuesta frente al fenómeno debe ser global, multidisciplinar e integrada, basada en los siguientes cuatro elementos claves: reducción de la demanda; reducción de la oferta y lucha contra el tráfico ilegal; cooperación y coordinación en los ámbitos municipal, insular, autonómico, estatal e internacional; tratamiento, e incorporación social de los afectados.

4 Será necesario entender y atender el problema de las drogodependencias en su justa medida, evitando magnificarlo de forma artificial, y sin generar estructuras de atención al fenómeno desmedidas. Optimizando cuantos recursos de los sistemas públicos y privados que en su trabajo cotidiano intervengan con la población

5 La prevención de las drogodependencias será una estrategia fundamental y preferente en la atención al fenómeno. Las acciones se dirigirán a la reducción de la demanda generándose mecanismos de protección en la población frente a las drogas. Para ello se proponen medidas de información, educación para la salud, formación e intervención sobre las condiciones sociales, en los ámbitos: escolar, familiar, laboral, comunitario, de la comunicación social y de la salud.

6 En el área de prevención será población objeto de especial atención los niños, adolescentes y jóvenes, atendiendo las medidas propuestas a los ámbitos familiar, escolar, de ocio y encuentro. Serán objeto de atención preferente los colectivos en especiales situaciones de riesgo, extendiéndose ésta a trabajadores y población en general a través de los ámbitos comunitario, de la comunicación social y de la salud.

7 Se garantizará la atención al drogodependiente en igualdad de condiciones que el resto de la población. Esta atención estará fundamentada en la coordinación de las Administraciones con responsabilidad competencial sobre la salud, los servicios sociales y el empleo.

8 La oferta terapéutica será accesible, profesionalizada y de carácter interdisciplinar, potenciando los programas asistenciales ambulatorios, próximos al entorno sociofamiliar de los usuarios.

9 Se deberá estar abiertos a las innovaciones que se vayan acreditando y demostrando útiles en el abordaje de soluciones al drogodependiente.

10 Se deberá prestar una atención especial al tabaco y el alcohol, ya que son, sin lugar a duda, las drogas con mayor prevalencia de consumo y que han demostrado causar daños a la salud individual y colectiva realmente graves.

11 La población destinataria del Plan Canario sobre Drogas son todas las personas residentes en Canarias, que se ven afectadas por una drogodependencia, que se encuentren en situaciones de riesgo de estarlo o porque se requiera de su colaboración para prevenir el problema. La atención al problema de las drogodependencias requiere de una sensibilización de la totalidad de la comunidad y de la colaboración de todos, ya que todos tenemos algo que aportar desde los diferentes papeles que jugamos en la vida social: padres, profesores, amigos, políticos, sanitarios, etc.

12 La integración de las acciones en materia de drogodependencias se realizarán en los sistemas competentes: sanitario, educativo, de servicios sociales y empleo de la Comunidad Canaria.

7.- ÁREA DE PREVENCIÓN

La Prevención de las drogodependencias es área prioritaria del II Plan Canario sobre Drogas y parte de los principios indicados por el Plan Nacional, atribuyendo especial relevancia a los criterios básicos de intervención en los programas señalados por la Comisión Interautonómica y la Conferencia Sectorial. Así, será necesario que los programas preventivos posibiliten la sinergia de actuaciones; que se de una corresponsabilidad social con la participación activa de los ciudadanos y que la estrategia básica sea la promoción de la salud. También se requiere tener en cuenta los diferentes objetivos que definen y configuran la prevención: reducir la disponibilidad de las sustancias que generan drogodependencias, fomentar en las personas mecanismos de resistencia frente al consumo y mejorar las condiciones ambientales donde se desarrollan las relaciones interpersonales.

Se plantea la prevención como la actuación que se debe de realizar sobre aquellas informaciones, actitudes o acciones que se relacionan con el consumo de drogas para eliminar o reducir los factores de riesgo y fomentar los factores de protección, utilizando para ello los recursos sociales, educativos, de animación social, tecnológicos, culturales o juveniles, etc. con el fin de evitar el consumo de sustancias y de promocionar la Salud. Se entiende la salud como un estado de equilibrio físico, mental y social, y la educación para la salud como un conjunto de actividades de información y de educación que incitan a las personas a querer estar en buena salud, a saber conseguirlo, y a hacer lo posible, individual y colectivamente para conservarla, y a recurrir en caso necesario, a los servicios adecuados.

Este tipo de actuaciones deben realizarse bajo las políticas de intervención educativa, social, sanitaria,... que se dan en una comunidad, entendiendo la comunidad como el marco físico o como plataforma natural para la coordinación y el diseño de las acciones

con la participación de todos los sectores que intervienen en un mismo territorio y la posterior intervención organizada de acuerdo con el modelo elegido.

La comunidad así entendida es la unidad básica para la coordinación, participación e integración de los recursos y del tejido social en la ejecución de las acciones.

Los ámbitos de la intervención comunitarios son espacios para el desarrollo del compromiso social con la prevención, escenarios de socialización y de construcción de la personalidad: educativo, laboral, familiar y ocio y tiempo libre.

La resistencia de la persona frente al consumo de drogas está relacionada principalmente con disponer de una información clara, objetiva y veraz sobre los efectos de las drogas; con mejorar la toma de decisiones; con favorecer la creatividad y con la modificación de actitudes positivas frente a las drogas, etc.

La mejora de las condiciones ambientales en materia de prevención tiene relación con la mejora de la comunicación entre jóvenes y adultos, padres e hijos, profesores y alumnos, jóvenes y adultos entre sí. También tiene relación con la promoción de la salud en la comunidad, con la mejora de las relaciones familiares, con la mejora de las condiciones laborales y con la adecuada ocupación del tiempo libre y ocio.

La prevención de las drogodependencias debe partir desde el marco de la educación para la salud, entendiendo ésta desde el concepto actual que no la restringe al ámbito educativo, sino que la amplía a todos los ámbitos de la vida: familia, comunidad, trabajo y en todos aquellos en los que se produce una interacción social; teniendo como horizonte la búsqueda de la promoción de la salud, la consolidación de valores, la creación de hábitos y conductas saludables.

Es obvio que los esfuerzos del trabajo en este campo deberían orientarse hacia la coordinación de los recursos de la comunidad más cercana a las intervenciones que se realicen con el fin de que cada sujeto, grupo o comunidad desarrollen su propio potencial y esté en condiciones de responder a los retos ambientales, de tal manera que cada ser humano pueda introducir en su realidad y en su proyecto de vida los cambios necesarios que hagan posibles el cuidado de la misma.

El modelo organizativo para el desarrollo de programas y proyectos preventivos encuentra su fundamento en la unificación, descentralización, coordinación y participación como respuesta racional al proceso de gestión de una red de servicios destinados a la generalidad de los ciudadanos, en el marco normalizado de la convivencia y de la reconstrucción comunitaria.

El medio que rodea a la población, especialmente juvenil, está cargado de amenazas que favorecen e incluso propician el consumo de drogas. Existe una gran presión de la oferta a través de un mercado organizado, una publicidad inteligente y bien dotada económicamente y una tolerancia del consumo por una parte importante de la sociedad. Del mismo modo, se puede afirmar que la comunidad presenta una importante batería de oportunidades, grandes y mejores oportunidades para formar e informar, conciencia y preocupación ciudadana contra el consumo de drogas, importantes recursos culturales, deportivos, educativos, sanitarios, sociales, de ocio, desde donde la prevención es posible y necesaria.

Las acciones con objetivos saludables que se ejecuten con niños, adolescentes, jóvenes, familias, etc. con la participación ciudadana desde las áreas de cultura, deportes, educación medio ambiental, sanidad, servicios sociales,... son en si mismas acciones preventivas de posibles dificultades sociales, si además en la programación se incluye la intencionalidad de que sirvan para mejorar las oportunidades contra el consumo de drogas se pondrá al sistema al servicio de la prevención.

7.1- Criterios de actuación en el área de prevención

El artículo 5 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias, señala como criterios de actuación en prevención:

1. Las actuaciones desarrolladas en materia de prevención de las drogodependencias por las Administraciones Públicas de Canarias, en colaboración con las entidades privadas e instituciones, deberán de estar enmarcadas en un ámbito general de promoción y educación para la salud.

2. Se favorecerán aquellas actuaciones tendentes a la creación de mecanismos de protección de la población canaria frente a las drogas, promoviendo pautas de acción alternativas y potenciando la sensibilidad social sobre el fenómeno de las drogodependencias y el fomento de la responsabilidad individual sobre la propia salud y la de la comunidad.
3. Los programas preventivos se dirigirán preferentemente a sectores concretos de la población, y combinarán su carácter educativo orientado a la modificación de actitudes y hábitos, con la promoción de comportamientos incompatibles con el consumo de drogas. Dichos programas deberán de ser sistemáticos en sus actuaciones, permanentes en el tiempo y susceptibles de ser evaluados.

Desarrollando estos criterios, se deberá tener en cuenta que:

- Es necesario e imprescindible implicar a los agentes sociales que están involucrados en los procesos de promoción y educación para la salud: padres, profesores, sanitarios, etc.
- La información que se transmita sobre las drogas y conductas susceptibles de generar dependencia, así como de los efectos y consecuencias derivadas del uso y/o abuso de las mismas, deberá ser clara, veraz, objetiva y científica.
- Debe generarse una conciencia social solidaria y participativa, hacia los drogodependientes, que permita variar el discurso reactivo hacia un discurso integrador.
- Se deberán de articular medidas de prevención destinadas a evitar o disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas.
- La Intervención se centrará en los factores de riesgo y protección individuales, familiares y sociales asociados al consumo de drogas o a conductas adictivas.

- La población general será beneficiaria de las actuaciones, aunque éstas se dirijan de forma preferente, a los menores, adolescentes, jóvenes y a grupos en situación de riesgo frente al consumo o a las consecuencias negativas del mismo.
- La participación activa de la población en la programación y ejecución de las acciones preventivas será imprescindible.
- Las actuaciones preventivas podrán ser desarrolladas a través de las nuevas tecnologías.
- Los ámbitos de actuación preferente que se proponen son: escolar, familiar, ocio y tiempo libre, laboral, comunitario y salud.
- Las actuaciones preventivas deberán ser desarrolladas por profesionales y coordinadas por el Centro Directivo Competente de Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias. El ámbito comunitario y familiar será responsabilidad de las Administraciones Locales y los ámbitos escolar, laboral y de salud de los organismos e instituciones competentes del Gobierno de Canarias.

7.2.- Objetivos del área de prevención

La Prevención entendida como todas aquellas medidas encaminadas a limitar, y en su caso eliminar la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias negativas asociadas a su consumo se plantea como objetivo general: *"Dotar a la sociedad de instrumentos y argumentos que le permitan desarrollar hábitos y conductas saludables desde el concepto global de promoción de la salud y del bienestar: informando, educando, movilizand, formando, sensibilizando, generando una cultura responsable hacia el consumo y reduciendo los factores que favorecen el uso indebido de drogas; presentando una especial consideración a la coordinación y planificación interinstitucional en la comunidad"*.

El objetivo general se desarrolla a través de los siguientes objetivos:

1. Impulsar desde el Centro Directivo Competente de atención a las Drogodependencias la creación de las estructuras de gestión y trabajo oportunas para la planificación, coordinación y evaluación de los programas de prevención.
2. Favorecer la formulación y desarrollo de programas de prevención compensados según zonas y tipología -universal, selectiva e indicada-, a fin de conseguir la cobertura de todos los segmentos sociales.
3. Sensibilizar a la comunidad sobre la necesidad de atender al fenómeno de las drogodependencias desde su propio espacio, haciendo uso también de las nuevas tecnologías y desde los ámbitos implicados,: escolar, sanitario, servicios sociales, comunitario, laboral y familiar.
4. Sensibilizar a las Administraciones Locales para que asuman y normalicen la prevención de las drogodependencias dentro de sus áreas o departamentos.
 - Potenciar encuentros entre los diferentes técnicos en prevención de las Administraciones Públicas, a través de jornadas, cursos, seminarios, etc.
 - Plantear reuniones y encuentros de coordinación e intercambio de información entre técnicos y políticos de las diferentes Administraciones Públicas.
 - Potenciar el uso de internet como medio de formación continuada entre los diferentes técnicos en prevención de las Administraciones Públicas.
5. Rentabilizar y potenciar estructuras de coordinación válidas desde los diversos niveles territoriales.
 - Participar activamente en las estructuras de coordinación inter-áreas desde los diferentes niveles territoriales.
 - Asesorar y participar en las distintas iniciativas que se fomenten para trabajar la prevención de forma coordinada, desde los distintos niveles territoriales.
 - Establecer estructuras de coordinación con otros recursos implicados.

6. Propiciar y garantizar una coordinación clara y fluida entre la Consejería de Sanidad y Consumo y la Consejería de Educación en materia de promoción de la salud, y con carácter singular en prevención de drogodependencias.

- Formar al profesorado y los agentes de la comunidad en materia de prevención del consumo de drogas, dotándolos de estrategias metodológicas adecuadas para el trabajo con el alumnado.
- Organizar un servicio de asesoramiento y seguimiento al profesorado, en cuanto a los recursos disponibles, que permitan complementar las actuaciones diseñadas y desarrolladas en los centros educativos.
- Conocer y valorar los diferentes recursos que se están utilizando sobre prevención del consumo de drogas, con el propósito de seleccionar aquellos recursos didácticos que se adapten a la realidad de nuestros centros educativos, propiciando la adaptación y/o elaboración de los que se consideren necesarios.
- Organizar y ofertar a la comunidad educativa de las islas, un banco de recursos (materiales didácticos, especialistas, internet etc...)

7. Potenciar, apoyar y realizar estudios e investigaciones sobre los planes municipales y otras acciones de ámbito territorial que se desarrollen en la Comunidad Canaria.

- Recopilar planes y programas a nivel insular en materia de prevención de las drogodependencias.
- Sondear dentro de la Comunidad Autónoma todas las acciones a nivel de municipio e islas en materia de prevención.

8. Proponer criterios globales, ajustados al Plan Nacional sobre Drogas para la prevención, desde el ámbito insular y municipal en la Comunidad Autónoma de Canarias.

- Realizar un marco teórico que fundamente las distintas acciones.
- Recoger todas las demandas sobre iniciativas territoriales e intersectoriales.
- Recoger, elaborar y consensuar con los distintos ámbitos, unos criterios globales para programas e intervenciones en prevención desde los distintos niveles territoriales.
- Proponer y coordinar la formación para la elaboración de planes.

9. Promover el empleo saludable del ocio y tiempo libre como medida preventiva en el uso y/o abuso de sustancias nocivas para la salud.

- Promover acciones de formación y reciclaje de animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores sociales, preferentemente juveniles, como agentes preventivos en drogodependencias.
- Favorecer la incorporación de estrategias preventivas y de educación para la salud en las actividades de ocio y tiempo libre.
- Promover y difundir la oferta normalizada de alternativas saludables de ocio y tiempo libre.

10. Prevenir en la familia la aparición de los problemas derivados del consumo de drogas, así como las del propio consumo.

- Fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar.
- Incrementar el sentido de competencia y la capacidad de resolución de problemas madres/padres.
- Concienciar a madres /padres de su papel como agentes de salud.
- Potenciar la implicación de madres/padres en otras actividades escolares comunitarias.

11. Mejorar el acceso a las familias y lograr incrementar su participación en los programas que se desarrollen para ellas.

- Dar respuesta a las necesidades e inquietudes de madres/padres.
- Disponer de un abanico de programas adaptados a las necesidades y características de los participantes en los mismos.
- Hacer uso de las nuevas tecnologías como medio para llegar a las familias y para que éstas accedan a toda la información relacionada con las drogas, drogodependencias y adicciones.

12. Priorizar el trabajo preventivo con familias multiproblemáticas.

- Desarrollar intervenciones destinadas a prevenir el consumo de drogas y otras conductas problemáticas.
- Implicar a padres/madres de niños y niñas de alto riesgo, en la participación de programas preventivos.
- Coordinar actuaciones con otros recursos implicados

13. Potenciar la ejecución de proyectos preventivos en el ámbito laboral, con la colaboración de todos los agentes implicados y usando las nuevas tecnologías, que permitan a los trabajadores adquirir mecanismos de protección.

- Contemplar a la empresa como espacio idóneo para realizar actividades de prevención.
- Favorecer en las empresas la puesta en marcha de planes preventivos desde la unidades de salud laboral.
- Posibilitar en las empresas la información y formación de los trabajadores en materia de drogas.
- Implicar a los servicios sociosanitarios de las empresas en la prevención de las drogodependencias, así como en la detección precoz de las mismas y en su tratamiento.

7.3.-Actuaciones en prevención

Los objetivos contemplados requerirán de las siguientes actuaciones para su consecución:

1. En el periodo que abarca el Plan se colaborará en las campañas de sensibilización e información promovidas cada año por el Plan Nacional sobre Drogas en el marco de la promoción de la salud.
2. A partir de la aprobación del Plan por el Gobierno de Canarias se trabajará en la creación y distribución de materiales de información sobre drogas/ drogodependencias para los diferentes sectores de población: jóvenes, padres, profesores, sanitarios, animadores, educadores, etc.
3. Para el año 2008 todos los centros educativos de Canarias contarán con programas de prevención del consumo de drogas dentro del área de educación para la salud o de promoción de la salud, implicando a la comunidad escolar (padres, profesores y alumnos, etc.).

4. Antes de finalizado el año 2003 se habrán formulado los programas de educación para la salud que se vayan a implementar en la Comunidad Canaria.

Desde el año 2003 en el ámbito laboral se impulsarán programas específicos relacionados con la seguridad y la salud laboral colaborando en la materia con el Instituto Canario de Seguridad laboral y las Direcciones Territoriales de Trabajo.

5. Desde el año 2003 se desarrollaran actividades de formación dirigidas a diferentes colectivos implicados en las tareas de prevención: profesores, profesionales de los servicios sociales comunitarios, sanitarios, colaborando con los departamentos y administraciones competentes de cada uno de los sistemas.
6. Desde el año 2003 se confeccionará un registro / inventario de recursos de prevención de las Islas Canarias que será actualizado de forma constante.
7. Para el año 2004 los equipos de atención primaria junto a los especializados en drogodependencias habrán desarrollado protocolos de diagnóstico precoz de consumo de drogas.
8. Con la implementación del Plan se continuará con las medidas de apoyo técnico y económico a las administraciones locales.
9. Para el año 2003 los Ayuntamientos dictarán ordenanzas que regulen y limiten la publicidad, venta y consumo de tabaco y alcohol, en desarrollo de la Ley 9/1998, de 22 de julio sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias y de la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de atención integral a los menores y de la Ley de Orden Público.
10. Antes de finalizado el año 2004 se elaborará una guía de intervención para trabajar la competencia social con adolescentes y con jóvenes.
11. En el año 2003 se constituirá un grupo técnico mixto (profesionales de la salud y de los servicios sociales) a fin de sentar las bases para la formulación de un proyecto de prevención comunitaria de las drogodependencias donde se de la

- participación de los diferentes agentes implicados en la intervención comunitaria.
12. Antes de finalizado el año 2003 se trabajará en el diseño de un proyecto de ocupación del tiempo libre y ocio destinado preferentemente a adolescentes y jóvenes.
 13. Antes de finalizar el año 2004 todos las islas (Cabildos) y municipios (Ayuntamientos) canarios con más de 20.000 habitantes contarán con una unidad de prevención-integración social de las drogodependencias. Estas unidades deberán formular por escrito los programas de intervención y realizar una labor continuada en el tiempo.
 14. Antes de finalizar el año 2003 se formulará uno o varios proyectos de intervención con las familias centrados en escuelas de padres y ocupación del tiempo libre y ocio.
 15. Desde el año 2003 en los programas de cooperación que establezca la Comunidad Autónoma con otras administraciones públicas u organismos privados, tendrán como requisito la presentación de la declaración expresa, por parte de los mismos, de no aceptar o intervenir en actividades en las que el soporte financiero, total o parcial, provenga de empresas que produzcan o comercialicen bebidas alcohólicas o tabaco, a cambio de publicidad.
 16. En el periodo que abarca el Plan se hará uso de las nuevas tecnologías (especialmente internet) como medio de difusión de información y documentación; como un canal más a través del cual realizar programas de prevención destinados a un sector específico o a la población general y como herramienta al servicio de la coordinación entre profesionales.

7.4.- Pautas de intervención

La prevención se operativiza a niveles de territorio y se consigue a través de la coordinación intersectorial, aspecto fundamental que aparece en la Estrategia Nacional

sobre Drogas 2000-2008, para evitar duplicidades en las acciones y para conseguir una mayor rentabilidad de los recursos.

Desde el plano legislativo, las Comunidades Autónomas, las islas y los municipios tienen asignadas una serie de competencias, que se operativizan fundamentalmente a niveles más micro (islas y municipios) donde son los Cabildos y los Ayuntamientos las administraciones más próximas al ciudadano.

Hay que justificar la necesidad de contemplar la prevención desde una órbita territorial desde los más macro a lo más micro (municipios, distritos, barrios). Esta necesidad viene fundamentada no sólo por la optimización de los recursos, sino también por la necesidad de aproximar los servicios a los ciudadano. A tales efectos, la Ley 9/1998, de 22 de julio sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias, contempla en su título quinto las competencias de las Administraciones Públicas, la obligación por parte de los Cabildos y Municipios de más de veinte mil habitantes de disponer de un Plan Insular o Municipal sobre Drogas, que incluya programas de prevención e integración social.

La Prevención abordada desde el territorio y dirigida a la Comunidad, entendida como la interacción de intereses y necesidades compartidas que surgen tanto de la condición del servicio donde se desarrollan como de la dinámica, es la unidad básica para la coordinación, participación e integración de los recursos del tejido social en la ejecución de las acciones. Las intervenciones en la comunidad estarán destinadas a propiciar la movilización, la implicación y la participación de instituciones y organizaciones de la propia comunidad en la definición de las necesidades y la elaboración de las respuestas.

Estos planes han de ser comprensivos abarcando todos los programas desarrollados en la misma, tales como programas escolares, familiares, ocio y tiempo libre, laborales, ... multifacéticos y adaptados a las características de los propios grupos.

Asimismo las políticas sobre drogas desarrolladas en una determinada comunidad deben garantizar su adecuación a sus peculiaridades y la aceptación de las mismas por parte de la población.

Es necesario que las iniciativas de la comunidad se vean apoyadas en el plano técnico por expertos que orienten las actuaciones y ayuden a evaluarlas.

En el ámbito educativo será imprescindible la coordinación con las administraciones competentes: Consejería de Educación Cultura y Deportes y Ayuntamientos. Los proyectos estarán dirigidos, preferentemente, a escolares de edades comprendidas entre 12 y 18 años, incluido dentro de las actividades del currículo escolar de la Enseñanza Secundaria Obligatoria. Adaptado a las características biopsicosociales de la zona, tipología del docente y discente, tanto individual como grupal.

Se creará un grupo multidisciplinar, de técnicos en prevención que dedicarán su actividad a la puesta en marcha de un centro de documentación, a la valoración de los programas en prevención de aplicación en Canarias así como al estudio de los programas que se aplican en otras zonas con la perspectiva de su adaptación, la creación de materiales adaptados a las singularidades de Canarias en sus diferentes territorios -municipal, insular, regional, supranacional-.

Se desarrollarán acuerdos de colaboración internacional, desde el Observatorio, para el desarrollo de políticas de cooperación internacional con especial atención en las zonas donde se ha producido una alta emigración de población de Canarias.

Los organismos implicados en la prevención de las drogodependencias en Canarias son: Consejería de Sanidad y Consumo (Dirección General de Atención a las Drogodependencias, Servicio Canario de Salud, y Escuela de servicios Sociales y Sanitarios); Consejería de Empleo y Asuntos Sociales (Viceconsejería de Asuntos Sociales, Dirección General de Servicios Sociales, Dirección General de Protección del Menor y la Familia, Dirección General de Juventud, Dirección General de Trabajo, Instituto Canario de la Mujer; Instituto Canario de Formación y Empleo, del Instituto Canario de Seguridad Laboral, Consejería de Educación, Cultura y Deportes (Dirección General de Deportes, Dirección General de Cultura, Viceconsejería de Educación); Los siete Cabildos Insulares (Departamentos de Sanidad, Educación y Cultura, Juventud, Mujer, Empleo, Servicios Sociales, Familia e Infancia); todos los Ayuntamientos de la Comunidad (Departamentos de Sanidad, Educación y Cultura, Juventud, Mujer,

Empleo, Servicios Sociales, Familia e Infancia); Organizaciones no gubernamentales; organizaciones sindicales y empresariales.

La población destinataria de los programas de prevención es la comunidad en general, con especial relevancia de los adolescentes y jóvenes, los trabajadores-empresas y la familia.

7.5.- Instrumentos de registro y evaluación en prevención

El área de Prevención contará con un sistema de registro y evaluación de actuaciones que se implementará desde el Observatorio Canario sobre Drogas y que estará basado fundamentalmente en soporte interactivo y bases de datos con presentación estándar en formato web. Tendrá a su vez formulario de registro que será desarrollado por el equipo multidisciplinar de prevención.

El sistema de evaluación será mixto, con sistemas externos e internos de evaluación. Éste último estará desarrollado desde el observatorio de drogas y del equipo multidisciplinar de prevención y como mínimo tendrá que recoger dentro de sus instrumentos de recogida de datos las características de los programas, el número de personas sobre las que se ha trabajado, la inversión realizada y los resultados obtenidos.

8.-ÁREA DE ASISTENCIA

Entendiendo las drogodependencias como una enfermedad, en la atención a ésta, se deberá garantizar su prestación en iguales condiciones que al resto de la población, asegurar la atención sanitaria y social adecuada y efectiva y facilitar su integración social.

La asistencia al drogodependiente y a sus familias, incorpora todos los dispositivos terapéuticos actuales y delimita las funciones de cada uno de ellos, garantizando la igualdad y homogeneidad de las prestaciones en la Comunidad Canaria.

El marco de referencia se fundamenta en la coordinación de las administraciones con competencias en salud y servicios sociales, desde dónde se estructura el sistema de

asistencia que contempla la participación de la red de Salud Mental, Atención Primaria y Servicios Sociales.

Dicho sistema define y establece los programas de calidad, con sustrato científico, que garantizan la atención a las necesidades y demandas de los usuarios drogodependientes y sus familias, generando una Red de Asistencia de cobertura universal.

Esta red se complementa con programas de especial atención a colectivos de usuarios que no contactan habitualmente con ésta red, no están en condiciones de abandonar el consumo o no lo desean en ese momento.

8.1- Criterios de actuación en el área de asistencia

La Ley 9/1998, de 22 de julio reconoce la condición de enfermos a los drogodependientes, así mismo garantiza su atención en iguales condiciones que el resto de la población.

Los criterios de actuación, que se señalan en el artículo 11, para los servicios sanitarios, sociales y socio sanitarios de la Comunidad Canaria adecuarán sus actuaciones teniendo en cuenta que:

- a) La oferta terapéutica deberá ser accesible y diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar. Dicha oferta se basará en programas asistenciales individualizados, flexibles en sus objetivos terapéuticos y desarrollados con un enfoque activo que estimule la demanda asistencial.
- b) La asistencia a las personas drogodependientes se prestará preferentemente en el ámbito comunitario, y siempre que sea aconsejable en la mayor proximidad a su entorno sociofamiliar, por lo que se potenciarán programas asistenciales en régimen ambulatorio así como cuantos recursos normalizados ofrece el actual sistema sanitario, incluyendo a las oficinas de farmacia.
- c) El objetivo final del proceso será, además de una buena calidad de vida, la integración social del drogodependiente.

- d) La evaluación continua de los procesos y resultados de los diferentes centros, servicios y modelos de atención.

En el desarrollo de estos criterios se tendrá en cuenta que:

- Los dispositivos que configuran la red de atención a las drogodependencias deberán estar coordinados, para asegurar al drogodependiente una intervención terapéutica integral e integrada.
- Se atenderán todo tipo de drogodependencias incluyendo, tabaco y alcohol.
- La asistencia al enfermo drogodependiente deberá realizarse desde la red normalizada del sistema Canario de Salud.
- La familia y el entorno afectivo inmediato del drogodependiente constituye el núcleo de atención e intervención profesional .
- Se deberán de potenciar los programas de reducción de daños para asegurar la mejora de las condiciones sociales y de salud del drogodependiente .

8.2.-Objetivos del área de asistencia

El objetivo general para el Área de Asistencia en el Plan Canario sobre Drogas plantea :
“Consolidar una red de atención ágil, amplia, integrada y normalizada en los sistemas públicos de salud y servicios sociales, que permitan, conjuntamente con la iniciativa social organizada y adecuadamente vertebrada, ofrecer una respuesta asistencial adecuada a las necesidades de la población drogodependiente”.

El objetivo general se desarrollará a través de los siguientes objetivos

1. Ofrecer al usuario drogodependiente y a sus familias asistencia biopsicosocial ambulatoria en todas las áreas de salud de la Comunidad Canaria.

2. . Establecer los mecanismos de coordinación de los Centros de Atención a las Drogodependencias con el Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma Canaria
3. Garantizar la disponibilidad terapéutica de los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos.
4. Consolidar la respuesta asistencial a los afectados por el tabaco y el alcohol.
5. Determinar las tasas de retención y de abstinencia en los tratamientos de las dependencias.
6. Habilitar mecanismos de captación de pacientes dependientes sin tratamiento previo atendidos en los Servicio de Atención Primaria.
7. Implementar y consolidar estrategias dirigidas a la captación y tratamiento de drogodependientes con perfiles de gran deterioro biopsicosocial.
8. Colaborando con el sistema penitenciario, administración competente en la materia, se mejorará la oferta terapéutica asistencial dirigida a población penitenciaria, tanto de Programas Modulares Libres de Drogas, como de Programas de Disminución de Daños, haciendo especial hincapié en las mujeres reclusas.
9. Potenciar e incrementar programas de reducción de daños y mejora en la calidad de vida de los adictos, especialmente de aquellos con patologías duales asociadas (tanto orgánicas como psiquiátricas).

8.3.-Actuaciones en asistencia

La atención sanitaria deberá incidir fundamentalmente en las patologías adictivas de mayor incidencia, tanto epidemiológica como asistencial. Igualmente, deberá priorizarse la implantación de tratamientos que hayan demostrado una mayor eficiencia a medio y largo plazo en la evolución de los enfermos.

Dada la elevada prevalencia de patologías asociadas al consumo (hepatitis, TBC, VIH, duales, etc.), será actuación prioritaria el desarrollo de programas sanitarios y, en especial, los dirigidos a la reducción del daño.

Tanto la universalización de los tratamientos con agonistas opiáceos como la coordinación en el tratamiento de todas las patologías adictivas entre las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), y los recursos de reinserción social se establecen como áreas de actuación preferente en la asistencia sanitaria.

Los objetivos contemplados deben alcanzarse mediante la realización de las siguientes actuaciones:

17. En el periodo de cumplimiento del Plan, se concretará el mapa básico asistencial de las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), en función de las necesidades y del modelo asistencial propuesto.
18. En los años 2003-2004 quedará definido y se llevará a cabo el sistema de coordinación de la atención especializada a los drogodependientes con el Servicio Canario de la Salud.
19. En el año 2005 se iniciará el proceso para la administración de agonistas opiáceos en centros o servicios sanitarios, donde el modelo asistencial lo determine y, siempre dentro del zona de salud a la que pertenezcan.
20. Antes de concluir el año 2005, el inicio de la administración de agonistas opiáceos deberá realizarse en un plazo máximo de 72 horas desde la indicación terapéutica efectiva por parte del equipo de tratamiento.
21. En el año 2004 todos los centros de atención primaria y especializada, contarán con recursos y programas especializados para el tratamiento del tabaco y el alcohol.

22. A partir del año 2004 se aplicará el Indicador de Evaluación y Calidad Asistencial en cada uno de los recursos de atención a las dependencias.
23. A partir del año 2004, los servicios de urgencias (ambulatoria, hospitalaria y móviles) contarán con un protocolo de información y derivación para usuarios de drogas no ubicados en el circuito terapéutico.
24. A partir del año 2004, todos los servicios sociales y sanitarios contarán con un protocolo de información y derivación para usuarios de drogas.
25. En el año 2005, el acceso a programas de reducción de daños, deberá ser efectivo para el total de drogodependientes que, o bien no deseen acudir a tratamiento libre de drogas, estén a la espera de iniciarlo o hayan abandonado o sufrido una recaída.
26. A partir del año 2005, las áreas de salud, deberán recoger en su cartera de servicio, programas de reducción de daños, que incluyan salud general, salud mental, actividades preventivas, asistencia sociolaboral y apoyo familiar, bien a través de los equipos de atención primaria como a través de las UADs.
27. A partir de año 2004 los drogodependientes que contacten con el sistema de salud o de atención a las drogodependencias, recibirán la oferta de vacunación de tétanos y hepatitis B.
28. En el año 2004, recibirán quimioprofilaxis antituberculosa la totalidad de los drogodependientes que la precisen, así como sus familiares y/o allegados.
29. Colaborando con el sistema penitenciario, administración competente en la materia, se y a partir de año 2004, se diseñaran e implantarán programas de reducción de daños en los centros penitenciarios de la Comunidad Canaria, que abarquen la extensión de los programas con sustitutivos opiáceos, con tratamiento psicosocial, a la totalidad de internos que lo soliciten, así como el desarrollo de programas de intercambio de jeringuillas.

8.4.- Circuito terapéutico y niveles de intervención

El modelo de intervención del II Plan Canario de Drogas, se fija como objetivo facilitar el acceso de los usuarios de drogas y sus familiares, al conjunto de prestaciones sociales, sanitarias, educativas y formativas del sistema público de atención de drogodependencias.

Dicho modelo, supone la aceptación, por parte de todos los centros, servicios y programas, de la responsabilidad pública y la coordinación institucional de actuaciones, basadas en los principios de descentralización, responsabilidad y autonomía en la gestión de programas y servicios, así como, la promoción de la participación activa de la sociedad y los propios afectados en el diseño de las políticas y programas de actuación.

La red de Asistencia e Integración Social debe estar debidamente autorizada y acreditada, y caracterizarse por su profesionalización, interdisciplinaridad y fácil accesibilidad.

En el diseño y elaboración del proyecto se contemplará la adecuación y redefinición de la tipología de centros y del proceso terapéutico.

Tipologías de centros y servicios de atención que propone el II PCD:

1. Unidades de Atención a las Drogodependencias (UADs):

Son centros o servicios de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que desarrollan actividades asistenciales de desintoxicación y deshabitación.

2. Servicios de Desintoxicación Hospitalaria (UDH):

Son los recursos que, dentro de un Centro Hospitalario, se destinan a los tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieran.

3. Centros de Día (CD):

Son centros que, en régimen de estancia de día, y por un tiempo determinado, realizan tratamientos de deshabituación e incorporación social, mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios, con el fin de facilitar su integración

4. Comunidades Terapéuticas (CT):

Son unidades de tratamiento residencial en régimen de internamiento, por un tiempo determinado, que realizan deshabituación, e incorporación social mediante terapia psicológica y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios, con objeto de facilitarles su integración.

Otros recursos y programas para la asistencia y tratamiento con mayor contenido social son:

- Centros de Encuentro y Acogida (CEA):

Son unidades que, en régimen de internamiento temporal y/o ambulatorio, intervienen en el ámbito social, sanitario y terapéutico, desde un modelo de disminución de daños, priorizando el objetivo de minimizar los daños provocados por las conductas adictivas.

8.5.- Pautas de intervención en asistencia

El diseño y desarrollo del Área Asistencial, implica necesariamente la consolidación de una red de atención amplia, desde donde se garantice el abordaje integral y global de las adicciones.

Para ello la potenciación y desarrollo de programas de atención como los “programas libres de drogas”, fin último de todo tratamiento, los programas de reducción de daños, los programas de especial atención a poblaciones específicas (reclusos, menores, mujeres y emigrantes) y los programas dirigidos a la Integración Social, deben

configurar, en diferentes niveles de atención, una red de atención lo suficientemente amplia y sólida para garantizar las directrices emanadas desde la Ley 9/1998 en materia de drogodependencias.

Dicha red de atención, integrada y normalizada desde los sistemas públicos de salud y servicios sociales, estructura el circuito terapéutico desde la Atención Primaria, la Salud Mental, los Servicios Sociales Comunitarios y los Recursos Privados y la Iniciativa Social.

La estructuración del circuito terapéutico desde el sistema público de salud, en diferentes niveles y según las condiciones de acceso y derivación, es el siguiente:

Primer nivel asistencial:

El primer nivel está constituido por los siguientes centros y servicios sociosanitarios, generales y específicos:

- Equipos de Atención Primaria del SCS
- Servicios Sociales, dependientes de la administración local/autonómica
- Unidades de prevención/información del SIDA/Centros de Salud Pública
- Centros de Encuentro y Acogida
- Centros/programas de valoración-información en juzgados y comisarías
- Otros programas de ONGs, Grupos de Autoayuda

Función:

Son funciones básicas de éste primer nivel asistencial a las personas con adicciones:

- 1.-Informar, orientar, asesorar, motivar, educar y promocionar la salud, y en su caso derivar hacia niveles básicos o especializados de intervención, sanitaria o social.
- 2.-Pronosticar, diagnosticar y detectar tempranamente; valorar previamente a los usuarios para la toma de decisiones terapéuticas.
- 3.-Atender la problemática social de los usuarios y las patología somáticas asociadas al uso/abuso adictivo.

- 4.-Apoyar el proceso de integración social.
- 5.-Ayudar y asesorar a los familiares y allegados.

Segundo nivel asistencial:

El segundo nivel está constituido por los siguientes centros y servicios generales y específicos:

- a.- Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD). Se constituyen como dispositivo de referencia del modelo, en su correspondiente área de salud o aquella más próxima.
- b.- Unidades de Salud Mental (USM); en cuanto refiere al tratamiento de la patología dual que pudiera concurrir.
- c.- Unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y de breve estancia (UIB): en iguales términos que las unidades de Salud Mental cuando fuera precisa hospitalización.
- d.- Hospitales Generales y centros de especialidades: en referencia a las patologías orgánicas concomitantes.

Funciones:

Son prestaciones del segundo nivel asistencial a las personas con trastornos adictivos:

- 1.-Planificar el proceso terapéutico de una forma individualizada: desintoxicar, deshabituar e integrar ambulatoriamente.
- 2.-Apoyar y coordinar los proceso de integración social y familiar, así como a los recursos del nivel primario y terciario de la intervención.
- 3.-Diseñar y desarrollar los programas sustitutivos de opiáceos y de reducción de daños.
- 4.-Atender patologías somáticas y psiquiátricas provocadas por el consumo de drogas.
- 5.-Atender las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
- 6.-Educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos de SIDA.
- 7.-Intervenir con la familia con el objetivo de la consecución de las metas terapéuticas.

Tercer nivel asistencial:

El tercer nivel asistencial está constituido por los siguientes centros y servicios sociales y sanitarios, generales y específicos:

- a.- Servicios de Desintoxicación Ambulatoria (SDT).
- b.- Comunidades Terapéuticas (CT).
- c.- Centros de Día (CD).
- d.- Otros.

Las funciones de estos recursos están recogidas en la definición de los servicios en el apartado 8.3 de éste mismo capítulo.

El acceso a estos centros y servicios queda condicionada a la previa valoración y solicitud efectuada por las Unidades de Atención a las Drogodependencias.

8.6.- Instrumentos de registro y evaluación del área de asistencia

El Área de Asistencia, contará con un sistema de evaluación del proceso que permita objetivar el funcionamiento de los programas de tratamiento, posibilitando la mejora de la calidad asistencial.

Así mismo utilizará un sistema de evaluación que permita medir los resultados de dichos programas, contando para ello con el diseño de un sistema de indicadores que permita objetivar el funcionamiento de los programa de tratamiento.

Serán objeto de registro y valoración los datos sobre los usuarios atendidos en los diferentes recursos, las características de dichos usuarios, la evolución en los tratamientos realizados, la retención y la calidad de servicio.

9.- ÁREA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Según el artículo 17, de la Ley 9/1998, sobre Inserción social "desde el primer momento de la acogida del paciente se trabaja con el objetivo de la inserción. Por ello cualquiera de los modelos de intervención que se aplique tenderá a promover y afianzar actitudes y hábitos de autonomía personal, autoestima y asunción de responsabilidades". También señala otros aspectos básicos sobre los que deberá centrarse la acción global que se realice:

- En el ámbito juvenil se impulsarán intervenciones que fomenten la formación de grupos que se conviertan en instrumentos de reintegración social de jóvenes marginados.
- Se aprovecharán los programas generales educativos de capacitación profesional, empleo, vivienda y red de servicios sociales.
- Desde el ámbito laboral se intentará acercar a los trabajadores con problemas de drogodependencias a la red asistencial.
- El fomento de programas que faciliten la reestructuración familiar y la adaptación del enfermo a ésta.

Según los principios de normalización expuestos en la Ley, las actuaciones que se diseñen y ejecuten para lograr la integración social de la persona en la sociedad utilizarán los recursos sociales ya existentes: los servicios sociales comunitarios y especializados, los de atención a la familia, los de formación profesional ocupacional, los de formación e inserción laboral y medidas generales de fomento del empleo. De esta forma se evita la duplicidad de recursos, los programas o recursos paralelos a los programados para la población general y la marginación asistencial que pueden producir los programas específicos para drogodependientes.

9.1- Criterios de actuación en el área de integración social

El artículo 17 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias, señala la inserción social y sobre ella indica:

- Desde el primer momento de la acogida del paciente se trabajará con el objetivo de la inserción. Por ello, cualquiera de los modelos de intervención que se aplique tenderá a promover y afianzar actitudes y hábitos de autonomía personal, autoestima y asunción de responsabilidades. Los servicios socio sanitarios que le hayan acompañado en su proceso terapéutico apoyarán al drogodependiente en el proceso por el cual él mismo se va incorporando a su comunidad natural.
- En el ámbito de la juventud, se impulsarán intervenciones que fomenten la formación de grupos que además de cumplir una importante función de prevención, se conviertan en instrumentos de reintegración de los jóvenes marginados de la sociedad, con especial incidencia en la inserción eficaz de los adolescentes en el mundo educativo. A estos efectos, se aprovecharán los correspondientes programas generales educativos de capacitación profesional, empleo, vivienda y la red de servicios sociales.
- En el ámbito laboral, se fomentarán aquellas actuaciones tendentes a acercar a los trabajadores con problemas de drogodependencias a la red asistencial, así como aquellas que tengan por finalidad la reserva del puesto de trabajo durante el proceso de recuperación.

Desde los distintos servicios se incentivará que los pacientes asuman iniciativas y compromisos para la preparación profesional y búsqueda de trabajo, bien por el contacto con empresas o agencias o incorporándose a algún grupo que promueva cooperativas o alternativas similares.

- Colaborando con el sistema penitenciario, administración competente en la materia, se fomentará la realización de programas de educación sanitaria y atención a reclusos drogodependientes. Así mismo, se propiciará la adecuada diversidad de

centros públicos o privados, debidamente acreditados que posibiliten las alternativas suficientes para el tratamiento y cumplimiento alternativo de las penas impuestas por órganos judiciales dentro de los límites impuestos por la legislación penal vigente.

- Se formularán estrategias de intervención dirigidas específicamente al apoyo y asistencia del entorno familiar del drogodependiente.

Desde estas indicaciones, se deberá de señalar que:

- Se entiende la integración social como una progresiva incorporación de la persona al medio familiar, social y laboral que le permita llevar una vida responsable y autónoma, sin la dependencia a las drogas y participando en la comunidad de una forma activa. Desde esta definición, el Plan establecerá las bases para posibilitar una apropiada integración de los adictos tanto en el ámbito familiar como en el social, en sentido amplio, con especial incidencia sobre la integración del sujeto en el mundo laboral.
- Los servicios sociales comunitarios serán el eje central para la incorporación social del enfermo drogodependiente.

9.2.- Objetivo del área de integración social

El objetivo general de este área de actuación se centra en *“modificar en la población actitudes y comportamientos de exclusión respecto al drogodependiente, generando una conciencia social solidaria y participativa que favorezca la incorporación social de las personas con problemas de dependencias a las drogas. Asimismo potenciar la colaboración y conexión de los programas asistenciales al drogodependiente con los de integración social”*.

El objetivo general se desarrollará a través de los siguientes objetivos específicos:

- 1.- Favorecer la sensibilidad y solidaridad social con las personas con problemas de adicción a drogas.

- 2.- Facilitar la integración en el medio familiar y unas adecuadas relaciones familiares que favorezcan la incorporación social.
- 3.- Posibilitar la participación activa de las personas en la vida social comunitaria desde los servicios sociales.
- 4.- Favorecer la formación profesional y la incorporación de los drogodependientes al medio laboral.
- 5.- Consolidar el número de camas residenciales disponibles, en la atención a las dependencias.
- 6.- Consolidar el número de Centros de Día existentes y de plazas disponibles en éstos.
- 7.- Desarrollar conjuntamente con la Administración General del Estado, programas de actuación para drogodependientes en Comisarías y Juzgados.
- 8.- Potenciar el ingreso de reclusos drogodependientes a programas formativo-laborales.
- 9.- Continuar con los programas terapéuticos penitenciarios existentes y desarrollar otros dirigidos específicamente a las mujeres.
- 10.- Desarrollar e impulsar la colaboración y coordinación entre la red de servicios sociales, empleo, salud y drogodependencias establecida en la Comunidad Canaria.
- 11.- Potenciar el uso de recursos sociales generales en los procesos de integración social de los drogodependientes.
- 12.- Favorecer que los Ayuntamientos con poblaciones superiores a 20.000 habitantes generen proyectos de integración para personas que presenten dificultades de incorporación social.

9.3.- Actuaciones en integración social

El cumplimiento de los objetivos previstos podrá ser efectivo mediante la realización de las siguientes actuaciones concretas:

30. Desde el año 2003 se implementará un plan específico de ayuda a las familias de los drogodependientes en la fase de deshabitación, en colaboración con las Unidades de Atención a las Drogodependencias. Este programa tendrá como objeto facilitar el proceso de participación del drogodependiente en el medio familiar y social.
31. Desde el año 2003 y durante toda la vigencia del Plan Canario sobre Drogas se dispondrá, a nivel autonómico y municipal, de programas de formación configurados por acciones normalizadas de formación profesional ocupacional y de formación e inserción laboral.
32. A partir del año 2003 las plazas en Centros de Día y Comunidades Terapéuticas, financiadas con fondos públicos, se incluirán en un mismo registro para la gestión unificada desde Dirección General de Drogodependencias.
33. Colaborando con el sistema penitenciario, administración competente en la materia, para el año 2004 se formalizará un programa penitenciario de atención a mujeres con problemas de drogadicción.
34. Antes de finalizar el año 2003 serán establecidas formulas consensuadas de coordinación con los Servicios Sociales Municipales y la red de recursos de formación laboral y empleo.

9.4.- Pautas de intervención en integración social

La Integración Social del drogodependiente es el objetivo principal de la intervención. De este modo, cualquier iniciativa que favorezca directamente este objetivo deberá priorizarse sobre las demás acciones programadas. Está consensuado que la integración

social está directamente relacionada con la incorporación del drogodependiente al mundo laboral.

Serán tres los ejes sobre los que se asiente la incorporación social: la familia, la formación-ocupación laboral y la participación activa en el medio social.

La coordinación interinstitucional es de vital importancia, dado que los recursos de integración social normalizados, ya existentes, serán los más adecuados para utilizar.

9.5.- Instrumentos de registro y evaluación del área de integración social

Para poder valorar adecuadamente la evolución de este área será preciso concretar unos parámetros y unos instrumentos que faciliten o ayuden en esta tarea.

Será necesario tener en cuenta los usuarios drogodependientes que modifican positivamente su relación consigo mismo y con su entorno en diferentes aspectos: personal, familiar, laboral, ocupación del tiempo libre y ocio, formación, etc. Por otra parte de esta forma será posible conocer la cantidad de personas drogodependientes que accedieron al empleo, que realizaron formación o que participaron de la vida familiar.

También será necesario conocer el número de personas que hicieron uso de los diferentes recursos de inserción, así como sus características; los programas de apoyo a la familia realizados; Intervenciones-actividades desarrolladas por los diferentes recursos y la calidad de servicio de los distintos centros.

10.- ÁREA DE FORMACIÓN

El Gobierno de Canarias siendo competente en todos los aspectos de la formación en la Comunidad a través de la Consejería de Educación Cultura y Deportes y bajo el principio de responsabilidad pública define las actuaciones en todos los niveles educativos en Canarias, queda obligado a asegurar a los profesionales una formación continuada y de alto nivel científico en esta materia, también se plantea la formación en otros sectores sociales que inciden en las drogodependencias -AMPAS, colectivos sociales, mediadores sociales en general-. La cobertura de la formación y la consecución

de los objetivos se hará coordinadamente con los sectores y organizaciones implicados, siendo la planificación y coordinación de la misma función del Centro Directivo Competente del Gobierno de Canarias de Atención las Drogodependencias que creará o liderará los órganos de coordinación adaptados a cada momento formativo.

Si consideramos como punto de partida la formación como un área horizontal en el organigrama de las áreas esto supone que el enfoque de la misma tenga un claro carácter transversal en su aplicación.

La importancia de la formación en las diferentes áreas de intervención: asistencia, prevención, reinserción, investigación, evaluación así como su adaptación a los diferentes grupos de edad educativa -primaria, secundaria, pregrado y postgrado- como a los diferentes colectivos sociales y profesionales es lo que marcará una mejor optimización de los recursos.

10.1- Criterios de actuación en el área de formación

El artículo 8 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias, señala en el apartado referido a la formación varias ideas que deberán tenerse en cuenta como criterios de actuación:

- La formación estará dirigida a colectivos y organizaciones relacionados con la prevención, asistencia e integración social de personas drogodependientes. También se dirigirá a personal sanitario, de servicios sociales, educadores, policías locales y cualquier otro cuya actividad profesional se relacione con las personas, especialmente con aquellas que se consideren población diana en la materia.

Por lo tanto es conveniente proponer como criterios en esta área:

- Tener como poblaciones prioritarias objeto de formación en drogodependencias a los estudiantes de carreras relacionadas con la salud, la educación, los servicios sociales y el empleo, favoreciendo la preparación específica en los diferentes currículum universitarios. También se favorecerá la formación de posgrado de profesionales.

- El Plan debe posibilitar que todos los profesionales relacionados con las drogodependencias estén en proceso permanente de formación teniendo así en consideración, la evolución del fenómeno.
- El Gobierno de Canarias y el resto de las Administraciones públicas de Canarias fomentarán la formación especializada y la investigación aplicada en materia de drogodependencias, tanto desde programas directamente concebidos y aplicados por la propia administración autonómica como mediante el fomento y financiación de otras actividades organizadas por otras instituciones y entidades.
- Se procurará que toda actividad formativa en materia de drogas que se quiera realizar en Canarias -ya sea desde una iniciativa privada o desde una iniciativa pública- esté orientada por el Plan Canario sobre Drogas. Siguiendo este criterio se coordinarán esfuerzos con otras entidades, ofreciendo la colaboración y participación del Centro Directivo Competente de la Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias en dichas actividades.

10.2.- Objetivos del área de formación

El objetivo general de este área se concreta en: *"Asegurar la formación en drogodependencias a la comunidad en general y de forma más específica a los universitarios y profesionales de la salud, educación y servicios sociales, así como a todos los profesionales implicados en esta materia"*.

El objetivo general se desarrolla a través de los siguientes objetivos:

1. Crear un foro de encuentro y trabajo que incorpore a todos los sectores donde se desarrolle la planificación, coordinación y evaluación de los programas formativos, que permita la consolidación de los válidos y la optimización de los recursos.
2. Favorecer programas compensados según zonas y tipologías universal, selectiva e indicada para conseguir una cobertura de todos los segmentos sociales.

3. Desarrollar programas de formación en competencia social, que permitan a la población potenciar hábitos y conductas saludables.
4. Definir las competencias específicas y asignaciones económicas que organismos e instituciones deban asignar a los programas de actuación.
5. Dar una formación continuada, homogénea y de alto nivel científico a todos los colectivos implicados.
6. Desarrollar programas de formación que permitan a los profesionales acercarse al conocimiento de los protocolos y sistemas de organización del sistema sanitario para favorecer la normalización de los recursos en el periodo de tiempo previsto.
7. Establecer con los órganos de formación de la Consejería de Sanidad acuerdos orientados a diseñar los programas de formación en drogodependencias que permita a los profesionales en especial de la red de atención especializada acceder a la formación.

10.3.-Actuaciones en la formación en drogodependencias

El cumplimiento de los objetivos previsto requerirá de las siguientes actuaciones:

35. Anualmente y en coordinación con los Cabildos y Ayuntamientos se programaran y desarrollarán actuaciones formativas a mediadores y líderes sociales, que formarán a la población en general sobre vida saludable, valores y habilidades sociales.
36. Durante la vigencia del Plan se desarrollarán el ámbito educativo, coordinado con las administraciones competentes en la materia, programas de formación en drogodependencias dirigido, preferentemente, a profesionales de dicho ámbito.
37. Desde el año 2004 se establecerán dentro de los currículos universitarios, tanto en pregrado como en postgrado, de las titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud y sociales, las asignaturas sobre drogodependencias.

38. Durante la vigencia del Plan desde el Centro Directivo Competente en Drogodependencias del Gobierno de Canarias se apoyará técnicamente a los diferentes planes que incluyan programas de formación continuada, relacionados con los programas que estén en ejecución de en cada momento.
39. Desde el año 2003 en colaboración con del Instituto Canario de Seguridad Laboral, organizaciones sindicales y empresariales se desarrollarán programas de formación en drogas dirigidos a agentes de salud laboral.

10.4.- Pautas de intervención en la formación en drogodependencias

La formación de profesionales se realizará preferentemente en el seno de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales, con la participación del Centro Directivo Competente en drogodependencias , homologando los programas de formación.

La programación en materia formativa se realizará anualmente y deberá contar con el desarrollo de los programas, justificación de los mismos, evaluación y recursos personales.

Se evitará la improvisación en las acciones formativas y los profesionales implicados en la misma serán de reconocido prestigio profesional curricular.

La formación en materia de drogas se realizará siempre con la supervisión del Centro Directivo Competente en Drogodependencias del Gobierno de Canarias.

10.5.- Instrumentos de registro y evaluación del área de formación

El sistema de registro se implementará se llevará mediante la creación de una bases de datos con presentación estándar en formato web.

El sistema de evaluación será bifocal, con sistemas externos de evaluación contratando a organizaciones especializadas en control de calidad y evaluación de contenidos.

El sistema de evaluación interno estará desarrollado desde el observatorio de drogas y del equipo de evaluación y como mínimo tendrá que recoger dentro de sus instrumentos de recogida de datos las características de los programas, recursos personales y materiales afectos a cada programa, así como los resultados ofrecidos.

11.- ÁREA DE INVESTIGACION

La investigación en drogodependencias se configura como un requisito indispensable que permita la evolución del sistema de atención a las drogodependencias. Es la herramienta principal de comunicación rigurosa que posee la comunidad científica y, por lo tanto, los profesionales en drogodependencias.

La investigación es innovadora. Asegura la renovación de los planteamientos terapéuticos de atención y de prevención de las drogodependencias. La expresión pública de los resultados de la investigación propicia frescura y dinamismo al abordaje de la adicción a sustancias, permitiendo, asimismo, la creación de nuevos proyectos y la atención a nuevas pautas de consumo.

11.1- Criterios de actuación en el área de investigación

El artículo 6 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias, señala dentro del apartado relativo a la información: "Los sistemas de información y vigilancia epidemiológica facilitarán los datos relativos a la frecuentación asistencial, la morbilidad y mortalidad por dependencia".

De forma específica, la Ley no presenta referencias al área de investigación, en relación a los criterios de actuación. Desde el Plan y en coherencia con lo señalado hasta el momento se proponen los siguientes:

- El Gobierno de Canarias desarrollará la investigación aplicada en materia de drogodependencias, tanto desde programas directamente concebidos y aplicados por la propia administración autonómica, como a través de la financiación a otras instituciones.

- Las investigaciones se adecuarán a las necesidades prioritarias de la Comunidad, favoreciendo el mayor grado de aplicabilidad directa de los resultados obtenidos a las demandas asistenciales y de prevención.
- Las Universidades Canarias deberán de ser instituciones desde las que se favorezcan los proyectos de investigación.
- La investigación ha de contribuir al conocimiento general y específico del fenómeno de las drogodependencias, así como a la valoración de las medidas puestas en marcha para abordarlo. También será importante conocer la evolución temporal y espacial que éste presenta.
- El área de investigación estará integrada en el Observatorio Canario sobre Drogas, y desde él se incentivará el estudio, se propondrán líneas de investigación y se favorecerá el establecimiento de equipos interdisciplinarios de investigación estables.

11.2.- Objetivos del área de investigación

Se plantea como objetivo general del área de investigación del II Plan Canario sobre Drogas: *"Impulsar el estudio y la investigación aplicada del fenómeno de las drogodependencias y de los medios de afrontamiento, constituyendo líneas de conocimiento científico desde las diferentes áreas del Plan Canario con el propósito de asegurar una atención a las adicciones dinámica e innovadora"*.

La importancia del establecimiento de líneas de investigación se sustenta en la necesidad de determinar que tipo de temas han de abordarse desde las diferentes vertientes de la atención a las drogodependencias en Canarias. Esto permitirá el establecimiento de redes de investigación en las cuales participe el Gobierno de Canarias a través del Centro Directivo Competente de la Atención a las Drogodependencias y en colaboración con las distintas entidades e instituciones implicadas en nuestro archipiélago.

El objetivo general se desarrolla a través de los siguientes objetivos:

- 1.-Poner en práctica un conjunto de líneas de investigación desde las áreas de prevención, asistencia, integración, coordinación, evaluación y formación que constituyan la principal vía de innovación de las mismas.
- 2.-Participar el área de investigación, a todas las instituciones implicadas en la intervención en drogodependencias, a las Universidades Canarias, y los centros directivos del Gobierno de Canarias relacionados con la sanidad, el empleo, los servicios sociales, la educación, la cultura y el deporte.
- 3.-Coordinar las diferentes áreas en relación a la investigación y establecer un cauce fluido de comunicación desde el área de coordinación garantizando el seguimiento sistemático de las diferentes líneas de investigación.
- 4.-Favorecer la formación investigadora y la participación en los foros de investigación en drogodependencias a nivel estatal e internacional, a los agentes que participen de forma directa en la misma.
- 5.-Reactivar la colaboración con las Universidades Canarias con el objetivo de incorporar la investigación en drogodependencias en el currículo investigador de las diferentes disciplinas que así lo requieran.
- 6.-Potenciar la participación en líneas de investigación sobre drogas a nivel nacional e internacional.

11. 3.- Actuaciones en investigación

40. Reactivar los acuerdos de colaboración con las universidades canarias en investigación a partir del año 2003.
41. Desde el 2003 y en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas y el Instituto Canario de Estadística se realizarán estudios de vigilancia

epidemiológica y de percepción del discurso del fenómeno de las drogodependencias en la población general y la escolar.

42. Antes del 2003 se iniciarán estudios de investigación en Canarias que faciliten la programación en prevención escolar y comunitaria.
43. Desde el año 2004 se establecerán becas de investigación en materia de drogas desde el Gobierno de Canarias.

11. 4.- Pautas de intervención en la investigación en drogodependencias

Para favorecer una labor ordenada y continua, desde el Centro Directivo Competente de la Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la coordinación y optimización de cuantas acciones se ejecuten en materia de investigación. Las propuestas de investigación así como la presentación de nuevas líneas que puedan resultar de interés para el estudio de la adicción a drogas en Canarias serán estudiadas y consensuadas con los diferentes agentes que intervienen en el sector.

11. 5.- Instrumentos de registro y evaluación del área de investigación

Los instrumentos a utilizar en este área serán los proyectos de investigación, artículos y memorias.

12.- ÁREA DE COORDINACIÓN

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

Considerar la prevención, asistencia, incorporación social, investigación, formación y evaluación como un proceso unitario y continuo de la atención al problema, implica necesariamente la coordinación de las diferentes áreas o sectores. También implica

coordinar a los agentes que intervienen en el proceso, sean tanto instituciones públicas como organizaciones privadas y/o personas.

La implicación de las diferentes Administraciones Públicas (estatal, autonómica, insular y local) con competencia en materia de drogas, sanidad, servicios sociales, empleo, educación, cultura y deportes requiere de una gran coordinación en el diseño y gestión de los programas a fin de evitar la duplicidad de las acciones y optimizar la utilización de los recursos.

El abordaje de las drogodependencias en Canarias tendrá como referencia el II Plan Canario sobre Drogas, la Estrategia Nacional sobre Drogas, el resto de Planes autonómicos, el Plan Europeo y las propuestas internacionales de lucha contra las drogas. El aislamiento no es posible ni aconsejable, todo lo contrario ya que se trata de un problema internacional, con peculiaridades en las diferentes comunidades.

Si tenemos en cuenta lo expuesto se puede apreciar que es necesaria y básica la coordinación en distintos niveles:

- Coordinación Estado / Autonomías / Administración Autónoma de Canarias
- Coordinación interinstitucional. Diferentes departamentos de la Administración Autónoma
- Coordinación interinstitucional. Diferentes departamentos de las Administraciones Insulares
- Coordinación interinstitucional . Diferentes departamentos de los Ayuntamientos
- Coordinación Administración autonómica / Insular / Ayuntamientos
- Coordinación intercentros de atención a las drogodependencias.
- Coordinación inter-áreas de intervención.
- Coordinación profesional.

Uno de los elementos claves para poder realizar una coordinación real y eficaz reside en la disponibilidad de la información por parte de todos los implicados. Así entenderemos, que la coordinación tiene dos grandes pilares sobre las que asentarse:

- Acceso fluido a una información actualizada y en todas las direcciones. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación
- Encuentro de las personas implicadas en la materia.

12.1- Criterios de actuación en el área de coordinación

El título IV de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias, se refiere a la planificación, coordinación y participación. Se concreta en el capítulo II: de la coordinación y de la participación social.

El Área de coordinación, al igual que la de evaluación es transversal al resto de áreas, las abarca y depende de todas. Se trata de un área instrumental ya que permitirá establecer las relaciones imprescindibles que permitan desarrollar el Plan y establecer los cauces a la participación social.

Los criterios que se desprenden de la propia Ley son:

- Se proponen como órganos de coordinación, seguimiento y evaluación del Plan Canario sobre Drogas: La Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias y las Comisiones Insulares de Coordinación. La estructura, composición y funcionamiento deberá de garantizar la participación de los sectores directamente implicados.
- Es necesario el fomento de las iniciativas sociales y del voluntariado que colabore con las administraciones públicas en tareas de prevención, asistencia e incorporación social, en los términos previstos en la legislación vigente.
- La coordinación será imprescindible entre los distintos niveles administrativos: estatal, autonómico, insular y municipal, a fin de garantizar la cobertura y complementariedad de las actuaciones.
- Se deberá de considerar el abordaje del fenómeno de forma global y como proceso unitario desde la prevención, asistencia, integración social, investigación, etc., coordinando adecuadamente las actividades de cada una de las áreas de actuación.

12.2.- Objetivos del área de coordinación

Se plantea como objetivo general del área de coordinación del II Plan Canario sobre Drogas el *"potenciar los procesos de reflexión, participación, cooperación y coordinación entre las instituciones públicas y privadas que están implicadas en la atención a las drogodependencias en Canarias, favoreciendo los procesos de sensibilización de la comunidad y de sus instituciones"*.

El objetivo general se desarrolla a través de los siguientes objetivos:

1. Favorecer la creación de foros de encuentro y trabajo para la mejor coordinación, seguimiento y evaluación del II Plan Canario sobre Drogas, los diferentes planes insulares, comarcales y municipales.
2. Promover el encuentro entre los profesionales especializados en drogodependencias, así como la de éstos con profesionales de otros sectores afines.
3. Facilitar la reflexión y reunión de personas que participan en programas y proyectos de drogodependencias desde el ámbito de los servicios sociales, el empleo, seguridad laboral, sanitarios, educativos, culturales, deportivos y comunitarios.
4. Promover la atención a las drogodependencias desde un punto de vista integrado preventivo, asistencial, inserción y de la investigación.
5. Publicar y distribuir el material y la información que se considere necesaria en las distintas áreas que abarca el Plan. Utilizando los diferentes soportes que ofrecen las nuevas tecnologías de la comunicación y la información
6. Promover la participación y opinión de los usuarios en las diferentes áreas que configuran el Plan.

12.3.-Actuaciones para la coordinación

Para favorecer la consecución de los objetivos se proponen las actuaciones siguientes:

44. Se continuará participando en el órgano de coordinación del Plan Nacional sobre Drogas: Comisión Interautonomía.
45. Antes de finalizado el año 2003 se efectuará la puesta en marcha de las Comisiones Insulares de coordinación.
46. Durante el año 2003 se pondrán en marcha de las Comisiones Locales de coordinación.
47. Durante el año 2003 se concretará la composición de la Comisión intercentros asegurándose como mínimo dos encuentros anuales al objeto de tratar aquellos temas que preocupan a los recursos en cualquiera de las áreas. Alternativamente y con carácter preferente se tratará de incorporar los trabajos a las diferentes comisiones ya creadas en las áreas de sanidad y servicios sociales
48. Desde el año 2003 y durante la vigencia del Plan el Centro Directivo Competente de la atención a las drogodependencias del Gobierno de Canarias organizará como mínimo dos sesiones formativas al año para facilitar el encuentro interprofesional.
49. Para el año 2003 se pondrá en marcha de una página Web de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias.
50. En el año 2003 se creará un foro de discusión y debate profesional en Internet.
51. Desde el año 2003 se iniciará un buzón de opinión y sugerencias en la página Web, en relación a las actividades relacionadas desde el Plan.
52. Desde el año 2003 y durante la vigencia del Plan la Dirección General de Atención a las Drogodependencias publicará los materiales necesarios para

desarrollar las actividades y cumplir los objetivos propuestos, encargándose de su posterior publicitación y distribución.

53. Desde la aprobación de este Plan, la Dirección General de Atención a las Drogodependencias continuará atendiendo las demandas de informes técnicos y asesoría.

12.4.- Pautas de intervención en la coordinación

La Dirección General de Atención a las Drogodependencias de Canarias participará de forma activa en todos los foros de encuentro y coordinación previstos en el Plan, ejerciendo una función dinamizadora y coordinadora.

Se elaborarán informes técnicos y prestación de asesoría a las administraciones públicas o entidades privadas que lo necesiten. También será importante la realización de proyectos de intervención conjunta entre las diferentes Administraciones públicas.

12.5.- Instrumentos de registro y evaluación del área de coordinación

A fin de poder establecer un control y seguimiento de este área se plantean como instrumentos de registro e indicadores de evaluación:

- Número de reuniones de las Comisiones Coordinadoras de Atención a las Drogodependencias. Temas tratados y relación de acuerdos llegados. Participantes, etc.
- Número de informes técnicos solicitados y Número de informes técnicos realizados. Materia por la que se solicita asesoría. Institución que solicita la asesoría.
- Participación de los profesionales en el foro de discusión y debate.

- Seguimiento, control del buzón de opinión y registro de sugerencias y respuestas aportadas desde la dirección General de Atención a las Drogodependencias de Canarias.

13.- ÁREA DE EVALUACIÓN

La evaluación está presente en la programación de las acciones derivadas del Plan. Es un proceso que se constituye con una serie de pasos sistemáticos y organizados, que se inician desde el comienzo de la fase de conocimiento y diagnóstico y concluyen en el momento en que termine la ejecución, realizándose la medición final de los logros a fin de extraer conclusiones. Configura la retroalimentación, estimación de necesidades, la conceptualización de la lógica de la intervención, de la cobertura, del proceso y de los resultados.

Por lo tanto, la evaluación es una cadena que permite la detección precoz de nuevas situaciones y desviaciones, y la continua reprogramación, con modificaciones y rectificaciones, consiguiendo un justo equilibrio entre necesidades y recursos. Los sistemas de evaluación constituyen una parte imprescindible del proceso de planeamiento y están fuertemente vinculados a la investigación, siendo necesario que cuenten con un riguroso método de recogida de datos y análisis.

Las funciones básicas u objetivos que se asignan a la evaluación son: el favorecer la contabilidad pública y servir de base para nuevas decisiones presupuestarias, ayudar a la toma de decisiones y a la justificación de las mismas, propiciar actuaciones sobre el programa y la contrastación de teorías.

13.1- Criterios de actuación en el área de evaluación

El artículo 25 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias, señala la evaluación como uno de los extremos a tener en cuenta en la formulación del II Plan Canario sobre Drogas. Así mismo en el punto 2, indica que: "El Plan Canario sobre Drogas deberá precisar de forma cuantitativa y cualitativa, en la medida de las posibilidades técnicas, y de la

eficiencia, sus objetivos, prioridades y estrategias, de modo que pueda medirse su impacto y evaluar sus resultados".

El Área de evaluación es transversal al resto de áreas, las abarca todas y depende de todas. Se trata de un área instrumental ya que permitirá conocer el proceso y los resultados de las actuaciones que se desarrollen desde el Plan. Este conocimiento permitirá establecer una retroalimentación positiva en los diferentes proyectos de intervención.

La evaluación de las actividades del Plan es necesaria e imprescindible.

- Se opta por la evaluación continua y permanente a fin de conocer la eficacia de las acciones, detectar precozmente desviaciones y corregirlas.
- La evaluación será (externa, interna o mixta) y se realizará desde el Observatorio Canario sobre Drogas.
- Todas las áreas deberán de ser evaluadas de forma independiente y para ello se contará con instrumentos e indicadores que serán señalados en cada una de ellas.
- Se evaluará también el fenómeno en su conjunto para poder orientar las futuras intervenciones y conocer los resultados de la intervención actual.

13.2.- Objetivos del área de evaluación

Se plantea como objetivo general del área de evaluación del II Plan Canario sobre Drogas: *"establecer un sistema de información y registro de las acciones que se realicen en las distintas áreas de intervención del Plan, para dar respuesta a la necesidad de valorar y favorecer la toma de decisiones realista, que redunde en beneficio de la intervención social, procurando su mejoramiento y perfeccionamiento"*.

La importancia de un sistema radica en que establece un orden entre los diversos elementos. Por lo tanto, un sistema de evaluación permite establecer una relación entre cuestiones relativas a la estructura, al proceso y a los resultados de las actuaciones. Los

sistemas de información son requisito imprescindible para establecer la evaluación empírica continuada. Posibilitan la recogida y sistematización de determinada información, así como su almacenamiento y tratamiento. También permiten establecer un proceso de investigación e información para la toma de decisiones y la reprogramación.

Se plantea el concretar la incidencia y prevalencia del consumo de drogas, conocer el perfil socio sanitario de los usuarios de los centros, establecer las tendencias y consecuencias del consumo, determinar la utilización de los recursos de la red, conocer la respuesta de las distintas organizaciones frente al fenómeno, conocer y valorar las actividades realizadas para prevenir el consumo, etc.

El objetivo general se desarrolla a través de los siguientes objetivos:

1. Poner en práctica un sistema de registro e información integrado por las áreas de prevención, asistencia, inserción, investigación, formación y coordinación. Este sistema de registro y evaluación responderá a criterios de igualdad para todos los recursos, permitiendo la obtención de información comparable y evaluable.
2. Participar en el sistema de registro, a todas las instituciones implicadas en la intervención en drogodependencias.
3. Unificar criterios que determinen la estructura de los programas y proyectos, así como del proceso para que sea posible evaluar.
4. Centralizar y garantizar el registro sistemático de la información relevante en drogodependencias, así como el tratamiento de la misma.
5. Favorecer la formación en materia de evaluación y del manejo de instrumentos de registro, a los agentes que participen de forma directa en la misma.
6. Garantizar la información cuantitativa y cualitativa que permita la toma de decisiones objetiva, realista y acorde con las necesidades existentes.

7. Conocer, registrar y valorar la atención o asistencia prestada a la población drogodependiente en los diferentes recursos de la red.
8. Conocer, registrar y valorar las admisiones a tratamiento por dependencia a drogas legales e ilegales, tanto en los centros específicos de atención a las drogodependencias como en los de atención primaria y especializada.
9. Conocer, registrar y valorar las urgencias hospitalarias y la incidencia de la mortalidad asociada a reacciones adversas por uso de drogas.
10. Conocer, registrar y valorar las unidades, programas, proyectos y acciones en relación a la prevención de las drogodependencias.
11. Establecer las características socio sanitarias de la población drogodependiente que demanda tratamiento.
12. Favorecer el conocimiento de la Calidad de Servicio, en los recursos de atención a las drogodependencias, desde la triple vertiente del usuario, los familiares y los profesionales.
13. Concretar mecanismos de retroalimentación de la información tratada a las fuentes de la misma.
14. Conocer, registrar y valorar los programas, proyectos, actividades y acciones relacionadas con la investigación en drogodependencias.
15. Conocer, registrar y valorar los programas, proyectos, actividades y acciones relacionadas con la formación en drogodependencias.
16. Conocer, registrar y valorar los programas, proyectos, actividades y acciones relacionadas con la coordinación en drogodependencias.
17. Conocer, registrar y valorar los programas, proyectos, actividades y acciones relacionadas con la integración social en drogodependencias.

18. Conocer, registrar y valorar las acciones e instrumentos relacionados con la evaluación en drogodependencias.

13. 3.- Actuaciones en el área de evaluación

Las actuaciones previstas para alcanzar los objetivos señalados son:

54. Mantener el registro de demandas de tratamiento, en los diferentes recursos de atención a las drogodependencias.
55. Mantener el registro de urgencias hospitalarias.
56. Mantener el registro de muerte por reacción adversa por consumo de drogas.
57. Antes de finalizado el 2003 se pondrá en marcha un registro de casos atendidos en los centros de atención a las drogodependencias, que completará al de demandas por tratamiento.
58. Antes de finalizar el 2003, la Dirección General de Drogodependencias propondrá a todos los recursos de la red y un modelo unificado de Memoria anual.
59. A partir del año 2003, se implementará desde la Dirección General de Drogodependencias un sistema de registro y evaluación de los programas de prevención subvencionados, que se realicen desde los Servicios Sociales Municipales.
60. A partir del año 2003, se implementará desde la Dirección General de Drogodependencias un sistema de registro y evaluación de los programas de prevención subvencionados que se realicen desde los centros educativos.
61. A partir del año 2003, se implementará desde la Dirección General de Drogodependencias un sistema de registro y evaluación de los programas de

- incorporación social que se realicen desde los recursos de atención a las drogodependencias o desde los Servicios Sociales Municipales.
62. Antes de finalizar el año 2003 se creará una red informatizada intercentros de atención a las drogodependencias, para la recogida e intercambio de información y de documentación.
 63. Antes de finalizar el año 2003 se deberá revisar y modificar, si procede, el Decreto... sobre acreditación, autorización y subvención de centros, partiendo de los criterios básicos de la calidad asistencial.
 64. Antes el año 2004 se creará el Observatorio Canario sobre Drogas.
 65. A partir del 2004, se implantarán instrumentos de valoración de la calidad de servicio (desde los usuarios y desde los profesionales) en todos los recursos acreditados, autorizados y/o subvencionados por la Dirección General de Drogodependencias del Gobierno de Canarias.
 66. Desde la aprobación de este Plan se irán configurando los diferentes instrumentos de registro y sistematización de la información de las actividades y acciones realizadas en drogodependencias. A partir del 2006 quedará implantado de forma definitiva el sistema de registro y evaluación para todas las áreas que configuran el II Plan Canario Sobre Drogas, así como los indicadores de cobertura, proceso y resultados intermedios y finales.

13. 4.- Pautas de intervención en la evaluación

Para favorecer una labor ordenada y continua se creará desde el Centro Directivo Competente de la Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias y dependiendo del mismo el Observatorio Canario de drogodependencias. La creación de este organismo supondrá concentrar la recogida de información relevante, la sistematización y el análisis de la misma en una unidad que tenga por objeto devolver dicha información y la valoración de la misma. El objetivo del Observatorio es

proporcionar una información fiable sobre el fenómeno de las drogodependencias y sus consecuencias.

Serán funciones del Observatorio, entre otras: la recogida y análisis de datos sobre los diferentes instrumentos de registro y evaluación, la recopilación de información sobre programas o proyectos desarrollados en la Comunidad Canaria, el facilitar información a las organizaciones implicadas en las drogodependencias, el garantizar la objetividad, comparabilidad y fiabilidad de la información, la difusión de la información y la cooperación con organismos y organizaciones canarias, españolas o internacionales en materia de información.

13. 5.- Instrumentos de registro y evaluación

Los instrumentos a utilizar en este área serán los informes y las memorias. Así, será necesario que la información referida a las demandas de tratamiento y el registro de los casos atendidos por dependencia a drogas estén actualizadas en todo momento. Los recursos de atención a las drogodependencias que formen parte del sistema de información podrán disponer igualmente de dichos de datos.

El observatorio Canario sobre Drogas emitirá dos informes anuales sobre la situación y evolución del fenómeno en la comunidad, referido a todas las áreas de intervención del II Plan Canario sobre Drogas.

El sistema de registro y evaluación estará configurado por:

- Hoja de notificación SAID (Sistema Autonómico de Información en Drogodependencias) sobre las Demandas de Tratamiento.
- Hoja de Contactos con los usuarios en tratamiento.
- Historia Clínica Básica de los usuarios en tratamiento.
- Registro general de casos atendidos.
- Registro anual de casos atendidos.
- Registro de usuarios que demandan/ ingresan en UDH.
- Registro de usuarios en programas de sustitutivos con opiáceos.
- Registro de usuarios en programas de naltrexona.

- Registro de usuarios que demandan/ingresan en Centro de Día.
- Registro de usuarios que demandan/ ingresan en Comunidad Terapéutica.
- Lista de espera del Centro o programa X.
- Documentos de derivación a otro nivel de atención.
- Informes de evolución, seguimiento y alta.
- Cuestionarios de evaluación de la calidad del servicio en asistencia a las drogodependencias (usuarios, familias y profesionales).
- Hoja general de notificación de actividades sobre prevención de las drogodependencias.
- Hoja de notificación de actividades sobre prevención de las drogodependencias desde los Servicios Sociales Municipales.
- Hoja de notificación de actividades sobre prevención de las drogodependencias desde los Centros educativos.
- Cuestionarios de evaluación de la calidad del servicio en la prevención de las drogodependencias (usuarios y profesionales).
- Registro de actividades de formación en drogodependencias.
- Cuestionarios de evaluación de la calidad (usuarios y profesionales).
- Registro de las actividades de investigación en drogodependencias.
- Registro de las actividades de coordinación en drogodependencias.
- Actas de las reuniones de coordinación.

14.- COMPETENCIAS Y FUNCIONES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y DE LAS ORGANIZACIONES PRIVADAS

Como ya se ha recogido en el apartado correspondiente a la Legislación relacionada con las drogodependencias; en materia de sanidad, la Comunidad Autónoma de Canarias ostenta competencias de desarrollo legislativo y ejecución, dentro del marco de la legislación básica del Estado, en “sanidad e higiene”. La Ley Territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, atribuye al Sistema Canario de la Salud la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la protección frente a factores que amenazan la salud individual y colectiva y la ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional e integración social del paciente.

La Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales de Canarias, en el art.4.2.f, considera área de actuación la prevención y tratamiento de todo tipo de drogodependencias, en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes y la reinserción social de los afectados. También contiene el mandato de la configuración como servicio social especializado, el de drogodependencias.

La Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias recoge las competencias del Estado y determina las competencias de la Administración Autónoma, Insular y Local de Canarias. Teniendo en cuenta la legislación vigente las diferentes competencias que se asignan a los niveles señalados son:

Administración General de Estado:

Sin perjuicio de las competencias que le corresponden en exclusividad, la Administración General del Estado, en el ámbito de la Estrategia Nacional sobre Drogas, detenta, entre otras, las funciones siguientes:

- En relación con la reducción de la demanda, a través de sus órganos ejecutivos, dirige sus actuaciones en torno a la prevención especialmente en los campos de la investigación, coordinación de la formación y de la evaluación.
- Con relación a la reducción de la oferta, desarrolla las actuaciones dirigidas a la represión del tráfico ilícito de drogas y sus vinculaciones con el blanqueo de capitales y crimen organizado, así como la regulación normativa y control de precursores.
- Es función de la Administración Central en el marco de la Estrategia Nacional sobre Drogas, la Cooperación Internacional, manteniendo la necesaria coordinación con las estructuras administrativas en materia de cooperación para el desarrollo de Canarias.

El Gobierno Autónomo de Canarias carece de jurisprudencia sobre las aguas territoriales y por lo tanto del control de narcotráfico en las mismas. Por otra parte, tampoco tiene competencias en las prisiones, ni en la atención a las personas que son detenidas. Hoy la realidad de las prisiones ha cambiado y la respuesta actual en nuestra comunidad es insuficiente y tampoco se está atendiendo a las personas que son

detenidas. Aun careciendo de competencias en estas y otras materias el Gobierno de Canarias podría colaborar en la atención a las mismas.

Administración Autónoma de Canarias:

La administración autónoma de Canarias posee grandes oportunidades de intervención en drogodependencias al gobernar sobre materias tan trascendentes como son la sanidad, la educación, la cultura, los asuntos sociales, etc. Los órganos de gobierno y legislativos de la Comunidad Autónoma de Canarias, sin perjuicio de otras competencias que el ordenamiento jurídico les atribuya, en materia de drogodependencia, dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas, tendrán la responsabilidad de:

1. Diseño y elaboración del Plan Canario de drogodependencias con el soporte legal correspondiente.
2. Planificación, coordinación y desarrollo, en base a sus competencias, de un sistema público de asistencia a los drogodependientes, en el marco del Sistema Canario de Salud.
3. Coordinación y, en su caso, diseño, ejecución y evaluación de los programas de prevención en el ámbito de las Comunidad Autónoma.
4. Puesta en marcha de mecanismos favorecedores de la integración social del drogodependiente, fundamentalmente en las áreas de formación profesional y ayudas al empleo.
5. Regulación normativa de autorización y acreditación de centros, servicios y programas de formación y prevención y asistencia en el campo de las drogodependencias.
6. Desarrollo y ejecución de la función inspectora y el ejercicio de la potestad sancionadora, así como la cooperación policial allí donde exista con el resto de Fuerzas de Seguridad del Estado.
- 7.-Coordinación, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las actuaciones en materia de drogodependencias con otras Administraciones y entidades sociales, fomentando la participación social.

La Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en su artículo 31 determina las competencias del Gobierno de Canarias.

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de Canarias:

- a) La aprobación del Plan Canario sobre Drogas.
- b) El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de Canarias.
- c) La aprobación de la estructura de la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, así como el establecimiento de otros órganos de coordinación.
- d) La aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención de drogodependientes.

En su artículo 32 especifica las atribuciones del Consejero competente en materia de drogodependencias y señala que:

Sin perjuicio de aquellas otras competencias que le vienen atribuidas legalmente, corresponde al consejero competente en materia de drogodependencias:

1. El control y, en su caso, la autorización o acreditación de los centros y servicios sociosanitarios de atención a drogodependientes, así como de los establecimientos estrictamente sanitarios, relacionados con la prevención, asistencia e inserción social de personas drogodependientes.
2. La elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de Canarias del Plan Canario sobre Drogas.
3. El otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades privadas e instituciones en el campo de las drogodependencias.
4. La coordinación general con las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones de las actuaciones en materia de drogas.

Administración Local:

En el marco del Plan Nacional sobre Drogas corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

1. El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
2. Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo.
3. Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
4. Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.
5. Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.

Según la Ley 9/98 de 22 de julio, sobre prevención asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en su Capítulo II "Competencias de la Administración Local" , se asignan a los Cabildos y Ayuntamientos las siguientes competencias:

Competencias de los Cabildos Insulares:

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a las islas a través de los cabildos insulares, como órganos de gobierno y administración de las islas, desempeñar en su ámbito territorial, las siguientes competencias:

1. La aprobación de Planes Insulares sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de acción social.

En cualquier caso, la elaboración de los Planes Insulares sobre Drogas debe 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 el artículo 34, apartado 2.

2. El 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.

Los Cabildos como gobiernos insulares reconocidos por el Estatuto de Canarias, pueden liderar y coordinar la atención al problema de las drogodependencias en la isla, especialmente en las áreas de prevención e inserción.

Competencias de los Ayuntamientos:

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a los municipios de Canarias en su ámbito territorial:

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

b) El otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

c) 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.

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

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los municipios de más de 20.000 habitantes tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de servicios sociales.

b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.

- c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Canario sobre Drogas.
- d) La formación en materia de drogas del personal propio.
- e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

Los ayuntamientos como instituciones públicas más cercanas a los ciudadanos tiene la capacidad de conocer y detectar las necesidades más relevantes y por lo tanto de facilitar el establecimiento de prioridades para la acción.

Organizaciones no Gubernamentales:

En el marco del Plan Nacional sobre Drogas, las ONGs seguirán jugando un papel decisivo que podría articularse del siguiente modo:

1. 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.
2. Para su intervención, las ONGs implicadas en el ámbito de las drogodependencias habrán de lograr previamente la necesaria autorización o acreditación de la Administración.
3. 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.
4. Por último, las ONGs podrán tomar la iniciativa de proponer, promover y desarrollar actuaciones específicas cercanas a la comunidad.

La Ley 9/98 de 22 de julio, sobre prevención asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en su Capítulo II "del Título IV "De la coordinación y de la participación social", señala:

En el artículo 27, que los órganos para la coordinación, seguimiento y evaluación de las actuaciones contempladas en la presente Ley y en el Plan Canario sobre Drogas:

- a) La Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias.
- b) Las Comisiones Insulares de Coordinación. Reglamentariamente se regulará la estructura, funcionamiento y composición de las referidas Comisiones Coordinadoras, debiendo quedar garantizada la participación de los sectores directamente implicados.

En el artículo 28, que las Administraciones competentes podrán establecer, de conformidad con la legislación vigente, convenios y conceder subvenciones para la prestación de servicios a instituciones públicas o privadas, sin ánimo de lucro, legalmente constituidas y debidamente registradas, siempre que cumplan los requisitos siguientes:

- a) Adecuación a las normas y programación de la Administración.
- b) Sometimiento de sus programas y del destino de los apoyos financieros públicos al control de la Administración.
- c) Sujeción a los medios de inspección, control e información estadística y sanitaria vigentes.

En el artículo 29, que las Administraciones Públicas fomentarán la cooperación con entidades privadas e instituciones, con estricta sujeción a las directrices que se establezcan, para el desempeño de las siguientes funciones:

- a) La sensibilización social y la información.
- b) La prevención de las drogodependencias.
- c) La asistencia y reinserción social de drogodependientes.
- d) La formación.
- e) La investigación y evaluación.

En el artículo 30, sobre el Voluntariado, que:

1. Se fomentará la función del voluntariado social, que colabore con las Administraciones Públicas o las entidades privadas en las tareas de prestación de

servicios de prevención, asistencia e inserción social, en los términos previstos en su legislación específica.

2. Serán ámbitos preferentes de actuación de la iniciativa social:

- a) La concienciación social en torno a la problemática de las drogodependencias.
- b) La difusión de criterios.
- c) El apoyo a la inserción social, y
- d) La prevención en el ámbito comunitario.

Otras entidades sociales:

Aquellas otras entidades sociales (universidades, fundaciones...) que, en el ámbito de sus objetivos y funciones, poseen elementos que, si bien no prioritarios, sí poseen relevancia para la intervención en drogodependencias, articularán dichas intervenciones específicas sobre drogas en el marco de los Planes Autonómicos y el Plan Nacional sobre Drogas.

Por su parte, a los agentes sociales (empresarios y sindicatos) les corresponde promover y desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para reducir las consecuencias de los usos de drogas de los trabajadores esencialmente en los lugares de trabajo.

Órganos de dirección y coordinación:

El Plan Nacional sobre Drogas debe disponer de mecanismos de cooperación y coordinación específicos que garanticen la efectividad y eficiencia de las actuaciones previstas. Todo ello independientemente de aquellos mecanismos que en razón de la propia articulación del Estado de las Autonomías existen o se determinen.

II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS, UNA OBRA COLECTIVA

- El proceso de elaboración del Plan desde sus comienzos se ha caracterizado por la gran participación habida de responsables políticos y personal técnico de las distintas áreas y niveles de las administraciones públicas Canarias, así como de técnicos asesores de distintas instituciones y representantes del tejido asociativo Canario.
- Por la relevancia y la inestimable aportación recibida de todos ellos el presente documento quedaría incompleto si no contara con la relación nominal de todos ellos, a los que habría que añadir el nombre de cuantas personas anónimas han colaborado con quienes aparecen en las siguientes relaciones de cuyos nombres no tenemos constancia pero que sin duda sus aportaciones están reflejadas en este II Plan Canario Sobre Drogas.

CONSEJO DE DIRECCION DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO	NOMBRE Y APELLIDOS
Consejero de Sanidad y Consumo	José Rafael Díaz Martínez
Director General de Atención a las Drogodependencias	Rafael G. de Saja Sáez
Director General de Consumo	Gonzalo Olarte Cullen
Presidenta del Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia	Felicitas Díaz-Flores Estévez
Director General del Servicio Canario de la Salud	Alberto Talavera Déniz
Secretaria General del Servicio Canario de la Salud	María del Carmen González Casanova
Director General de Programas Asistenciales	José Marrero Pérez
Director General de Recursos Económicos	Juan Carlos Pérez Frías
Directora General de Recursos Humanos	María del Carmen Aguirre Colongues
Director General de Salud Pública	Francisco Rivera Franco
Directora de la E. de S. Sanitarios y Sociales de Canarias	Sulbey González González

CONSEJERIA DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES	NOMBRE Y APELLIDOS
Viceconsejera de Asuntos Sociales	Guillermina Hernández Martín
Director General de Servicios Sociales	Antonio Ramón Gil Díaz
Directora General de Protección del Menor y la Familia	Esperanza Sastre Varela
Director General de Juventud	Francisco Gaspar Candil González
Director del Instituto Canario de Formación y Empleo	Diego Miguel León Socorro
Directora del Instituto Canario de la Mujer	Rosa Dávila Mamely

CONSEJERIA DE EDUCACION CULTURA Y DEPORTES	NOMBRE Y APELLIDOS
Viceconsejero de Educación	Fernando Hernández Guarch
Director General de Centros	Juan Magdalena Darias
Directora General de Promoción Educativa	Isabel de Luis Lorenzo
Directora General de Ordenación e Innovación Educativa	Juana del Carmen Alonso Matos

CONSEJO GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

NOMBRE Y APELLIDOS	REPRESENTA A:
PRESIDENTE:	
Marcial Morales Martín	Consejero de Empleo y Asuntos Sociales
VICEPRESIDENTA	
Guillermina Hernández Martín	Viceconsejera de Asuntos Sociales
VOCALES	
Antonio Ramón Gil Díaz	Director General de Servicios Sociales
Esperanza Sastre Varela	Directora General de Protección del Menor y la Familia.
Rafael de Saja Sáez.	Director General de Atención a las Drogodependencias.
Francisco Candil González	Director General de Juventud.
Rosa Dávila Mamely	Directora del Instituto Canario de la Mujer.
Laura Martín Pérez	Representante del Servicio Canario de Salud.
José Zenón Ruano Villalba	Representante de la Dirección General de Promoción Educativa.
Gregorio Guadalupe Rodríguez.	Viceconsejero de Infraestructuras
Diego Miguel León Socorro	Director General del Instituto Canario de Formación y Empleo (ICFEM)
Mario Hernández Sanginés	Representante de los Cabildos Insulares
José Manuel Bermúdez Esparza.	Representante de los Cabildos Insulares
M ^a Inés González	Representante de los Cabildos Insulares
Natividad Cano.	Representante de los Cabildos Insulares
Pilar Mora	Representante de los Cabildos Insulares
Antonia Álvarez Omar.	Representantes de los Ayuntamientos.
Eva Rosa Pérez Pérez.	Representantes de los Ayuntamientos.
M ^a del Carmen Martín González.	Representantes de los Ayuntamientos.
Candelaria Marrero Tejera.	Representantes de los Ayuntamientos.
Juan Santana Jiménez..	Representantes de los Ayuntamientos.
Leopoldo García Santana	Representante de las Personas Mayores
Alfredo David Redondo Flores	Representante de las Asociaciones de M. Psíquicos.
Salvador Morales Coello	Representante de las Aso. de M. Físicos y Sensoriales.
Juan Valentín Acosta	Representante de las Asociaciones de Menores y

Rafael Joaquín Pérez Serichol.	Familia.
Begoña Barras Martín	Representante de las Asociaciones de Mujeres.
Cayetano Alfonso del Rosario	Representante de las A. de A. a las drogodependencias.
José Carlos Hernández González.	Representante de las Organizaciones Vecinales
Juan José Díaz Pérez	Representantes del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales.
Inmaculada Vega García	Representantes del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales
Carmen F. Pitti García. Simplicio del Rosario García	Representantes de los Colegios Oficiales de Abogados.
Margarita Vilar Davi Tito Doroteo García Bolaños.	Representantes de los Colegios Oficiales de Psicólogos
José Juan Benavente Rodríguez	Representante Sindical, UGT.
Adela Rodríguez Jiménez.	Representante Sindical , CC.OO.
Amparo López Portales Roberto Martín Rodríguez.	Representantes de las Organizaciones Empresariales.
Carmen Luisa González Expósito	Representante de Cáritas Diocesanas.
M ^a Ángeles Cacereño Ibáñez.	Repr.de las Asambleas Provinciales de la Cruz Roja.
Hno. Manuel Jesús Borda Bejarano	Representante de las ONGs en el área de lucha contra la pobreza y la marginación.
SECRETARIA:	
María Jesús Ibarria Martín	Jefa de Servicio de la Viceconsejería de Asuntos Sociales

COMISIÓN TÉCNICA DE SEGUIMIENTO DEL PLAN

NOMBRE Y APELLIDOS	FUNCION
Rafael de Saja Sáez	Director del II Plan Canario Sobre Drogas Director General de Atención a las Drogodependencia.
Berta Puyol Lerga	Coordinadora del II Plan Canario Sobre Drogas. Trabajadora Social.
Ana Moro Prieto	Jefe de Servicio de Coordinación Administrativa de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Licenciada en Derecho.
José Mendoza Vega	Jefe de Servicio de Coordinación Técnica de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Licenciado en Medicina y Cirugía
Nicolás Amador Amador	Técnico de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Licenciado en Psicología
Milagros Domínguez Arencibia	Técnico de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Licenciada en Sociología.

Jorge Martín Santana	Técnico de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Licenciado en Ciencias de la Información
Leocadio Martín Borges	Técnico de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Licenciado en Psicología
Pedro Pablo Medina Sánchez	Técnico de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Titulado de grado medio
Yolanda Oliva Estupiñán	Técnico de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Licenciada en Psicología
Rafael Santa Cruz	Educador
Maria del Carmen Quincoces Alonso	Secretaria
Luz Marina Bencomo Marrero	Secretaria

EQUIPO TÉCNICO DE CONSULTORES

Alberto Pastor	Licenciado en Psicología
Asunción Cívicos Juárez	Profesora Titular del Centro Superior de Ciencias Políticas y Sociales Universidad de La Laguna.
Manuel Hernández Hernández.	Profesor Titular del Centro Superior de Ciencias Políticas y Sociales Universidad de La Laguna

SEMINARIO DEBATE SOBRE EVALUACIÓN Y PROPUESTAS AL II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS CELEBRADO EN AGAETE

APELLIDOS Y NOMBRE	PROFESIÓN	CENTRO
Marciano Acuña Betancort	Psicólogo	Cabildo De Lanzarote-Centro De Día Zonzamas
Ángelo Afonso Pérez	Trabajador Social	Ayto. S. Nicolás De Tolentino
Carmen Alabarado Felipe		Instituto Canario De Seguridad Laboral
Juan Álvarez González	Informático	Asociación Palmera Para La Prevención Y El Tratamiento De Las Toxicomanías
Claudio Aparicio Parrado	D.U.E	S.C.S Gerencia de A. Primaria
Alberto Armas Navarro	Médico	Dirección General De Salud Pública
Josefa Armas Santana	Trabajadora Social	Gerencia De Atención Primaria
Domingo Artilles Castellano	Farmacéutico	Asociación Gandhi
Alfredo Bartolomé Andrés	Médico	Asoc. De c. Juvenil San Miguel
M ^a . Carmen Bosch Batista	Psicóloga	Centro De Salud De Agüimes

M ^a José Caballero Suárez	Trabajadora Social	Aociación Gandhi
Luis F. Cardenes Tacoronte	Médico	Ayto. De Galdar
Francisco Castro Álvarez	Médico	Antad- Cad De Granadilla
Asunción Cívicos Juárez	Trabajadora Social	Universidad De La Laguna
Fructuoso Manuel Collado Cintado	Psicólogo	Asociación "Calidad De Vida"
M ^a José Cruz Godoy	Psicóloga	Asociación Gandhi
Nurg De Paz Díaz	Psicóloga	Antad - C .T. Las Crucitas
María Del Pino Del Rosario Armas,	Psicóloga	Asociación Gandhi
Rosa Del Valle Álvarez	Socióloga	Instituto Canario De La Mujer
José F. Díaz Flores	Farmacéutico	Asoc. de Cooperación Juvenil San Miguel
Juan Francisco Domínguez Suárez	Criminólogo	Asociación Gandhi
.Carmen M. García Pérez	Médico	Antad - Cad Pto. Cruz
Carmen García Ríos	Trabajadora Social	Viceconsejería de Asuntos Sociales
José María Gómez Col	Farmacéutico	Colegio de Farmacéuticos de Las Palmas
José Luis Gómez Juarez	Médico	Ayto. de Santa Lucía Cad de Vecindario
M ^a Rosa González Domínguez	Educadora	Caritas Proyecto Drago
M ^a Eugenia González González	Psicóloga	Asociación de Ayuda Al Drogodependiente Calidad de Vida
Miriam González Rodríguez	Psicóloga	Ayto. De Santa Lucía - C.T. Fortaleza de Ansite
Ángela González González	Trabajadora Social	Centro de Salud de Agúimes
Juana Guerra Y Leon Filho	Psicóloga	Asociación Gandhi - Cad La Isleta
Aida Gutiérrez León	Psicóloga	Dirección General de Salud Pública
Manuel Hernández Hernández	Trabajador Social	Universidad de La Laguna
Juan Fco. Hernández Santana	Médico	Hospital. Universitario Insular e Gran Canaria
Rosa Herrera Quintana	Psicóloga	Asocación Gandhi- Cad Ciudad Alta
Genoveva León Méndez	Psicóloga	Asociación C. de Vida
Juan Carlos Martel Pérez	Psicólogo	Ayto. S. Bartolomé de Tirajana- Cad del Tablero
Yazmina Martín Curbelo	Trabajadora Social	Proyecto Hombre - C.T. Itaca
M ^a Nérida Martín Rodríguez	Psicóloga	Cabildo Fuerteventura

APELLIDOS Y NOMBRE	PROFESIÓN	CENTRO
M ^a Del Carmen Martínez García	Trabajadora Social	Antad - Cad Pto. Cruz
Ana Mateos Granados	Médico	Servicio de Salud Mental
Elena Mederos Fernández	Trabajadora Social	Asoc. Calidad de Vida- Cad de Guanarteme
Andrea Mendoza Molinos	Psicóloga	Ayto. de Galdar
Carlos Mirabal Domínguez	Trabajador Social	Proyecto Hombre
Rosa Delia Molina Rivero	Trabajadora Social	Ayto. de Galdar
Ginés Morales Ramírez	Terapeuta	Proyecto Hombre
Carmen Moreno Río,	Psicologa	Ayto. de Galdar
José Miguel Ocaña Valero	Médico	Hospital General de Lanzarote
Carolina Ortega Quintana	Trabajadora	Caritas Diocesana Proyecto Esperanza
Delia Perera Tacoronte	Trabajadora Social	Ayto. de Arucas
Yaiza Pérez González	Trabajadora Social	Caritas - Proyecto Drago
Esther Pérez Seoane	Pedagoga Terapeuta	Proyecto Hombre
Nicolás Perdomo Álamo	Enfermero	Hospital Universitario de Canarias
Rosario Pizarro Celis		Instituto Canario de La Mujer
M ^a Soledad Ramírez Bochard	Psicóloga	Ayto. de Santa Lucía - Cad De Vecindario
Pablo Rodríguez Monroy	Médico	Ayto. de Santa Lucía - Cad de Vecindario
Jesús María Saavedra Jiménez	Psicóloga	Antad - Cad Puerto de La Cruz
José M ^a Saavedra Rodríguez	Médico	Dirección General de S. Pública
M ^a del Carmen Sánchez Delgado	Psicóloga	Asociación Yrichen
Javier Sánchez Molina	Educador Social	Asociación Yrichen
Teresa Santana Rodríguez	Psicóloga	Asoc. De Cooperación Juvenil San Miguel
Marbeli Santos Rodríguez	Psicóloga	Asoc. De Cooperación Juvenil San Miguel
Natalia Silva García	Maestra	Asociación de Ayuda Al
M ^a Luz Soria	Farmacéutica	Colegio Farmacéuticos de Las Palmas
Ana Soto León	Psicóloga	Ayto. de Galdar
M ^a Del Carmen Suárez Hernández	Trabajadora Social	Cabildo Fuerteventura
Dolores Suárez Santana	Psicóloga	Asoc. de Cooperación Juvenil San Miguel
Rosa Torres Martínez	Médico	Cabildo de Lanzarote - Cad Lanzarote
Josefa Travieso Almeida	Trabajadora Social	Cabildo de Lanzarote - Cad Lanzarote
Jesús Trujillo Matías		Asociación Gran Canaria de

Rafael Valenciano Pío	Psiquiatra	Hospital Universitario de Canarias
Carmen Vera Ferrer	Trabajadora Social	Asoc. De Cooperación Juvenil San Miguel

ENCUENTRO INTERPROFESIONAL PARA LA FORMULACIÓN DEL II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS SANTA CRUZ DE LA PALMA .

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO / INSTITUCIÓN
Ángela Vidal García	Concejala de Juventud	Ayto. de Puntallana
Antonio González Morano	Guardia Civil	Dirección Insular de La Palma
Asunción Ramírez Ramos	Concejal de Cultura	Ayto. de S/ C. de La Palma
Benito Rodríguez García	Auxiliar Administrativo	Cabildo Insular de La Palma
Carlos Valentín Lorenzo Hernández	Auxiliar Centro de Información	Ayto. de El Paso
Carmen Hernández Ortiz	Periodista	Onda Cero
Carmen Julia González León	Farmacéutica	Los Llanos de Aridane
Carmen María Acosta Acosta	Trabajadora Social	Ayto. de Tazacorte
Domingo Ortega Rodríguez	Militar	Acuartelamiento "El Fuerte"
Elisa Balsalobre Castejón	Soldado Profesional	Acuartelamiento "El Fuerte"
Esther Cáceres Ramos	Trabajadora Social	Ayto.- Garafía
Eva R. Pérez Cruz	Trabajadora Social	Ayto. de Mazo
Eva Rosa Pérez Pérez	Concejala de Servicios Sociales	Ayto. Breña Baja
Francisca Fernández Aguilera	Responsable Salud Laboral	CC.OO
Francisco Manuel Lorenzo Rodríguez	Profesor de Secundaria	Dirección Insular de Educación
Gabriel Aldao González	Militar	Acuartelamiento "El Fuerte"
Irene Rodríguez Martín	Trabajadora Social	Cáritas Diocesana de Tenerife
Isabel Cristina Rodríguez	Trabajadora Social	Ayto. de Tijarafe
José Adolfo Martín Pérez	Farmacéutico	Farmacia de Tazacorte
José Argeo Paz Expósito	Maestro	Escuela Hogar de Mirca
Josefina Rodríguez Pérez	Consejera de Juventud	Cabildo Insular de La Palma
Juan Manuel Gómez Fuentes	Policía Local	Ayto. Los Llanos de Aridane
M ^a . Antonia Monserrat Ramos		Federación de Padres Benahore
M ^a . Isabel Pérez Reyes	Concejal de Servicios S.	Ayto. de Breña Alta
M ^a . Jesús Morera Yanes	Pedagoga	Ayto. Villa de Mazo
M ^a . Leandra Torres Morera	Concejal	Ayto. de Fuencaliente
M ^a . Nela Hernández Rodríguez		Federación de Padres
M ^a . Susana Díaz Luis	Psicóloga	Ayto. Los Llanos de Aridane

Manuel Sicilia San José	Cuerpo Nacional de Policía	Dirección Insular de La Palma
María Nieves Valcárcel Carmona	Trabajadora Social	Ayto. Los Llanos de Aridane
María Teresa Alonso Rodríguez	Trabajadora Social	38700 S/C. DE LA PALMA
María Zoraida Díaz Hernández	Asistente Social	Ayto. Barlovento
Miguelina Martín González	Trabajadora Social	Ayto. San Andrés y Sauces
Nieves Pérez Carballo	Trabajadora Social	Ayto. de Breña Alta
Pilar Teresa Díaz Luis	Orientadora Escolar	CEP de Los Llanos de Aridane
Rafael Rubiejo Antón	Militar	Acuartelamiento "El Fuerte"
Raquel Álvarez San Juan	Periodista	La Opinión
Rodrigo Valentín Martín Díaz	Animador Sociocultural	Ayto. Breña Baja
Rosa María Álvarez Rodríguez	Asistente Social	Ayto. de Fuencaliente
Rosalía Pérez Hernández	Directora Insular del Gobierno	38700 S/C. DE LA PALMA
Rosario Ana Hernández Sánchez	Pedagoga	CAD de La Palma
Sebastián Calderón Ibarra	Guardia Civil	Dirección Insular de La Palma
Vanessa Arrocha González	Animadora	38700 S/C. DE LA PALMA

ENCUENTRO INTERPROFESIONAL PARA LA FORMULACIÓN DEL II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS.-SANTA CRUZ DE TENERIFE

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO-INSTITUCIÓN
María Candelaria Alamo Yanes	Concejala Cultura, Educación, Drogas	Ayuntamiento de San Juan de la Rambla.
Dulce M ^a Natalia Alvarez Martín	Profesora	CEP de La Laguna
Juan Ramón Alvarez Pérez	Psicólogo	Ayuntamiento de El Sauzal
Mercedes Armas Rodríguez	Trabajadora Social	Ayuntamiento de la Victoria de Acentejo
Juan Manuel Barroso Ribal	Psicólogo	Ayuntamiento de Icod de Los Vinos
José Juan Benavente Rodríguez		U.G.T. Canarias
Jesús Cáceres Avila	Psicólogo	Ayuntamiento de Frontera
Octavio Calderín O'Donell	Abogado	Confederación de Empresarios de Tenerife
Rosario Castro Campos	Trabajadora Social	Ayuntamiento de El Tanque

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO-INSTITUCIÓN
Celia Darias Gutiérrez	Trabajadora Social	Ayuntamiento de Tegeste
Taydee Díaz de la Cruz	Psicopedagoga	Ayuntamiento de Tacoronte
Miguel Angel Díaz Hernández	Psicólogo	Ayuntamiento de Arona
Alicia Díaz Paz	Psicóloga	Ayuntamiento del Puerto de la Cruz
Óscar Dorta Alonso	Animador Sociocultural	Ayuntamiento de Adeje
Celia María Flores León	Trabajadora Social	Ayuntamiento de Arona
Jesús Galindo de Ara	Psicólogo	Ayuntamiento del Puerto de la Cruz
Inmaculada García Díaz	Administrativo	Ayuntamiento de la Orotava
Manuel García García	Trabajador Social	Ayuntamiento de Santiago del Teide
Santiago García Hernández	Inspector	Subdelegación del Gobierno
Antonio García-Estrada Pérez	Médico – Psiquiatra	Hospital Ntra. Sra. de Candelaria
M ^a Inés González García	Consejera de Asuntos Sociales	Cabildo Insular de la Gomera
Eva González Moscoso	Animadora sociocultural	Ayuntamiento de Arona
Juan Luis González Padrón	Teniente-Alcalde	Ayuntamiento de Valverde
Alejandra Hernández Acosta	Trabajadora Social	Cabildo Insular de Tenerife
Inmaculada Hernández Padilla	Trabajadora Social	Ayuntamiento de Adeje
María Esther Hernández Padilla	Maestra	Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
Clara Herrera Medina	Trabajadora Social	Ayuntamiento de Agulo
Agustín Herrera Rodríguez	Veterinario	Subdelegación del Gobierno
Lucrecia León González	Trabajadora Social	Ayuntamiento de Garachico
Cristina Linares Martín	Trabajadora Social	Ayuntamiento de Adeje
María Fermina Mahamud Ramos	Psicóloga	Ayuntamiento de Adeje
Raquel Marichal de la Paz	Concejala de Drogodependencias	Ayuntamiento de Tacoronte
María del Carmen Martín González	Concejala de Servicios Sociales	Ayuntamiento de Buenavista de Norte
María Gladys Medina Arzola	Trabajadora Social	Ayuntamiento de San Sebastián de la Gomera
Juana Rosa Mesa Domínguez	Trabajadora Social	Ayuntamiento San Juan de la Rambla
Delcy Mesa Estévez	Concejala de Sanidad	Ayuntamiento de los Realejos
Josefa Mesa Mora	Concejala delegada Servicios Sociales	Ayuntamiento de Guía de Isora
Pilar Mora González	Consejera de Servicios Sociales	Cabildo Insular de Tenerife

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO-INSTITUCIÓN
Concepción Marina Morales Herrera	Asistente Social	Ayuntamiento de Buenavista de Norte
Ermitas María Moreira García	Concejal de SS.SS.	Ayuntamiento de Adeje
Andrés Morillo Martín	Médico	Servicio Canario de la Salud
Miguel Ángel Padrón Almenara	Profesor de Secundaria	CEP Santa Cruz de Tenerife
M ^a Purificación Coral Pedrosa Pedrosa	Psicóloga	Ayuntamiento de Arona
Eva Patricia Pellicer Pinilla	Psicóloga	Ayuntamiento de Güimar
Nicolás Perdomo Alamo	Enfermero	Hospital Universitario de Canarias
Lidia María Pérez Gil	Educadora Familiar	Ayuntamiento de La Guancha
Rosario Pino Capote	Concejala de Asuntos Sociales	Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife
Vicenta Poveda Verdejo	Socióloga	Ayuntamiento de Güimar
Daniel Prat Díaz- Cardama	Médico	Servicio Canario de la Salud
Yolanda Quintero Quintero	Trabajadora Social	Ayuntamiento de Frontera
Jeremías Rivero Acevedo	Concejal de juventud	Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife
César Rodríguez Montesinos		Ayuntamiento de Alajeró
César Rodríguez Pulido	Controlador Aéreo	Aeropuerto del Hierro - AENA
Francisco Rodríguez Reyes	Educador Familiar	Ayuntamiento de Granadilla
Dolores Rodríguez Trujillo	Psicóloga	Ayuntamiento de la Orotava
Carmen Elena Rosa Rodríguez	Coordinadora de Servicios Sociales	Ayuntamiento de Guía de Isora
José Tienda Serrano	Comandante	1601 ^a Comandancia de la Guardia Civil de Santa Cruz de Tenerife
Pilar Tosco Hernández	Psicóloga	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel

ENCUENTRO INTERPROFESIONAL PARA LA FORMULACIÓN DEL II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS TELDE, GRAN CANARIA

APELLIDOS Y PROFESION	NOMBRE	CENTRO/INSTITUCIÓN
Benítez Rivero	Candelaria	D. G. Ordenación e Innovación Educativa
Bosch Bautista, Psicólogo	M ^o del Carmen	Ayto. de Agüimes
Cabeza Alonso Trabajador Social	M ^a Teresa	Ayto. Villa De Ingenio
Cárdenes Tacoronte Médico	Luis Fernando	Instituto Municipal de Toxicomanías de Gáldar
Castellano González Gestor Deportivo	Agustín	Ayto. De Ingenio
Fernández Alonso Inspector Del Cuerpo Nacional De Policía	Roberto	Delegación del Gobierno en La Comunidad Autónoma de Canarias
Figuera González Maestra	Carmen Gloria	Ayto. de Haría
Gómez Juárez Médico	José Luis	Ayto. de Santa Lucía
González Martínez Farmacéutico	Octavio	Confederación Canaria de Empresarios
Hernández Marrero	Paola	Ayto. Villa De Firgas
Hernández Marrero Psicólogo	José Antonio	Cabildo De Fuerteventura
Hernández Santana Trabajadora Social	M ^a Victoria	Ayto. De Telde
Hernández Acosta	Nicolás	Dirección General de La Guardia Civil
Herrera León Policía Local	José Luis	Ayuntamiento de Arucas
Lasso Martínez Trabajadora Social	M ^a Candelaria	Ayuntamiento de La Villa de Santa Brígida
López Peña Animador Sociocultural	Alexis	Ayuntamiento de Valsequillo
Malanda Montes Psicóloga	Dulce Mar	Ayuntamiento de Valsequillo
Marrero Santana Trabajadora Social	M ^a Teresa	Ayuntamiento Villa de Firgas
Martel Pérez Psicólogo	Juan Carlos	Ayuntamiento de San Bartolomé De Tirajana
Mendoza Molinos Psicóloga	Andrea	Instituto Municipal de Toxicomanías de Gáldar
Montero Moradillo Animador Sociocultural	José	Ayuntamiento de Valsequillo

Monzón Ortega Trabajadora Social	Olga	Ayuntamiento de Valleseco
Navarro Pérez	Juan Manuel	Consejería de Educación Cep de Arucas
Perdomo Nóbrega Médico	Juan Manuel	Unidad de Salud Pública Municipal. Ayuntamiento de Pájara
Pérez del Toro Orientadora de Educación Secundaria	Inmaculada	Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa
Pérez Morales Médico	Luis Miguel	Sindicato de Médicos de Las Palmas
Ramírez Bochard Psicóloga	María Soledad	Ayuntamiento de Santa Lucía
Robaina Rodríguez Médico	Benito	Ayuntamiento de Santa Lucía
Robles Roque Trabajadora Social	Olga M ^a .	Ayuntamiento De Moya
Rodríguez Monroy Médico	Pablo José	Servicio de Salud Pública Ayuntamiento Lucía
Rodríguez Pérez Monitor	Alexandro	Ayuntamiento de Ingenio
Torres Martínez Médico	Rosa	Cabildo de Lanzarote
Vidal García Directora Área de Trabajo	Marta Leonor	Delegación del Gobierno en Las Palmas
Villar Pérez Trabajadora Social	Begoña	Ayuntamiento de Sta. Lucía

El Gobierno de Canarias, en sesión celebrada el día 24 de marzo de 2003 adoptó el siguiente acuerdo:

**ACUERDO SOBRE EL II PLAN CANARIO SOBRE DROGAS (2003-2008).
(CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO).**

I

El Decreto 230/1994, de 25 de noviembre, aprobó el Plan Canario sobre Drogas durante el trienio 1995-1997, documento que contemplaba las áreas de actuación, objetivos generales y específicos, así como los criterios básicos de actuación y de coordinación asistencial en nuestra Comunidad Autónoma.

Dicho Plan se integraba en las directrices y criterios que emanaban del Plan Nacional sobre Drogas, aprobado por el Consejo de Ministros el 24 de julio de 1985, cuyas propuestas se plasmaron a nivel orgánico en la creación en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias de la Dirección general de atención a las drogodependencias y en la Comisión Coordinadora de atención a las drogodependencias.

Desde el punto de vista legislativo, la Comunidad Autónoma se dotó de un instrumento esencial, como es la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.

La Ley 9/1998 configura el Plan Canario sobre Drogas como el instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se llevan a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Por su naturaleza, el Plan Canario sobre Drogas será vinculante para todas las Administraciones Públicas y las entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas.

La elaboración del Plan corresponde al Departamento competente en materia de atención a las drogodependencias, de acuerdo con las directrices emanadas de la Ley.

II

Finalizado el plazo de vigencia del I Plan Canario sobre Drogas, por la Dirección general de atención a las drogodependencias, desde la perspectiva de la experiencia acumulada en la ejecución del mismo, se procedió a iniciar la elaboración del documento que sirviera de base para la determinación de las directrices generales, la fundamentación y los objetivos del II Plan Canario sobre Drogas.

Se ha tenido como referencias documentales, además del I Plan, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y las Directrices Europeas.

El II Plan Canario sobre Drogas es el resultado de la experiencia acumulada y de la valoración y evaluación de las actuaciones anteriores, de la reflexión y del debate profesional y social; del consenso de directrices, de los cambios del fenómeno y del entorno social y la cooperación y coordinación entre las diferentes administraciones públicas y organizaciones privadas.

En el sentido anterior, los principios de racionalidad, del contexto normativo, de participación, de transformación, de normalización, de flexibilidad, de calidad y de innovación han constituido los ejes transversales en los que se asienta el Plan, considerado como un instrumento de diagnóstico de la realidad y de compromiso de actuaciones futuras seleccionadas.

III

Los objetivos que se plantearon en el documento base fueron:

- Dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 9/1998 sobre la naturaleza del Plan como instrumento de planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Redactar el Plan y analizar el consumo y sus consecuencias, fijar los objetivos generales de la intervención, los criterios básicos, los programas, las responsabilidades y funciones, recursos y mecanismos de evaluación.
- Establecer un proceso de trabajo ordenado y coherente en la formalización del Plan, con las modificaciones que fueran necesarias.
- Favorecer la globalidad en la formalización del Plan, favoreciendo la coordinación y globalización de las áreas o programas a configurar.
- Indicar los principios rectores del Plan.
- Favorecer la participación y cooperación entre las instituciones públicas y privadas que estén implicadas en la atención a las drogodependencias.

La metodología empleada en la redacción del Plan ha sido participativa, contando tanto con los sistemas públicos como con la sociedad civil organizada. A través de constantes reuniones de trabajo y cuestionarios se ha tenido conocimiento actual de los objetivos comunes a alcanzar. La investigación de la realidad social de las drogas y las encuestas realizadas han permitido contar con datos fiables que han servido de base para las actuaciones y programas a aprobar.

La redacción del Plan por un equipo técnico se ha basado en las conclusiones de los encuentros y documentos aportados. Más de 1.500 copias del borrador han sido distribuidas, abriéndose un período de más de dos meses para las últimas aportaciones.

El II Plan Canario sobre Drogas ha sido informado favorablemente por la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, en su reunión de 19 de junio de 2002.

IV

La estructura del II Plan Canario sobre Drogas es la siguiente:

1. Contextualización del fenómeno de las drogodependencias en Canarias y metodología de elaboración del Plan.
2. Análisis del fenómeno de las drogodependencias en Canarias.
3. Legislación.
4. Principios rectores del II Plan.
5. Objetivos generales.
6. Criterios de actuación preferentes.
7. Área de prevención.
8. Área de asistencia.
9. Área de integración social.
10. Área de formación.
11. Área de investigación.
12. Área de coordinación.
13. Área de evaluación.
14. Competencias y funciones de las administraciones públicas y de las organizaciones privadas.

Se han incorporado a la tramitación del Plan los siguientes documentos e informes, los cuales constan en el expediente instruido:

- Documento base.
- Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en Canarias.
- Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en el medio laboral.
- Encuentro interprofesional para la formulación del Plan.
- Encuentros insulares para la formulación del Plan.
- Red de centros especializados de atención a drogodependencias.
- Conclusiones de los encuentros insulares.
- Participantes de los diversos encuentros.
- Cuestionarios utilizados.
- Estudios sobre consumos de drogas.
- Informe del Servicio Canario de la Salud.
- Documento de prevención.

- Informe sobre la formación e investigación sobre drogodependencias en las Universidades de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Criterios de actuación en tratamientos de agonistas.
- Ficha económica del II Plan.
- Informe del Consejo General de Servicios Sociales.
- Dictamen del Consejo Económicos y Social.
- Informe de la Dirección general de Planificación y Presupuesto de la Consejería de Economía, Hacienda y Comercio.
- Informe de la Dirección general de centros de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
- Certificación del acuerdo del Comité de Planificación y Programación.

V

En consecuencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26.3 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, corresponde al Gobierno de Canarias, a propuesta del Consejero competente en materia de drogodependencias, oída la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, la aprobación del Plan Canario sobre Drogas.

El número 4 del citado artículo 26 dispone, asimismo, que el Plan será remitido al Parlamento de Canarias.

En su virtud, el Gobierno, tras deliberar y a propuesta del Consejero de Sanidad y Consumo, acuerda:

Primero.- Aprobar el II Plan Canario sobre Drogas (2003-2008) en los términos del documento **anexo**.

Segundo.- Remitir el citado Plan al Parlamento de Canarias.

Lo que comunico a los efectos determinados por el artículo 29.1.1) de la Ley 14/1990, de 26 de julio, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas de Canarias.

Santa Cruz de Tenerife, a 28 de marzo de 2003.

LA SECRETARIA GENERAL

Berta Pérez Hernández



GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LAS
DROGODEPENDENCIAS