

**Dictamen 6/2021 del CES**  
**sobre**  
**IV Plan Canario sobre**  
**Adicciones 2020-2024**



Aprobado por el Pleno del  
Consejo Económico y Social de Canarias  
el 15 de noviembre de 2021





# Índice

## ÍNDICE

<b>I. FUNCIONES DEL CES.....</b>	<b>1</b>
1. FUNCIONES DEL CES.....	1
2. SOLICITUD Y TRAMITACIÓN.....	2
2.1. SOLICITUD.....	2
2.2. TRAMITACIÓN.....	3
3. ANTECEDENTES EN RELACIÓN A LA MATERIA.....	3
<b>II. ANÁLISIS DE CONTENIDOS DE LA SOLICITUD.....</b>	<b>4</b>
1. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CONTENIDO Y FINALIDAD/OBJETO DEL DOCUMENTO SOMETIDO A DICTAMEN.....	4
1.1. FINALIDAD.....	4
1.2. ESTRUCTURA Y FINALIDAD DEL IV PLAN CANARIO ADICCIONES 2020-2024.....	4
2. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE “ IV PLAN CANARIO DE ADICCIONES 2020-2024” .....	9
2.1. ANÁLISIS DE CARÁCTER PREVIO.....	9
2.2. OBSERVACIONES DE CARÁCTER GENERAL.....	12
2.3. OBSERVACIONES DE CARÁCTER PARTICULAR (CONTENIDO).....	16
<b>III. OPINIÓN Y JUICIO DEL CES.....</b>	<b>18</b>
1. CONCLUSIONES.....	18
2. RECOMENDACIONES.....	19



## I. FUNCIONES DEL CES

### 1. FUNCIONES DEL CES

El Estatuto de Autonomía de Canarias en su artículo 179 configura el Consejo Económico y Social de Canarias como un órgano estatutario de carácter consultivo en materia económica y social siendo su finalidad primordial la de servir de cauce de participación y diálogo en los asuntos socioeconómicos.

La Ley 1/1992, de 27 de abril, del Consejo Económico y Social asigna a dicho organismo, entre otras, la función de “(...) emitir informe previo sobre los anteproyectos de Ley y los planes del Gobierno en materia económica, social y laboral, con la excepción del anteproyecto de Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma” (artículo 4.2 a), correspondiendo al Presidente del Gobierno solicitar la emisión de informes y dictámenes cuando así lo haya acordado el Gobierno o lo interese cualquiera de sus miembros.

## 2. SOLICITUD Y TRAMITACIÓN

### 2.1. SOLICITUD

Solicitante: Presidencia del Gobierno de Canarias

Departamento proponente: Servicio Canario de la Salud

Fecha de entrada en el CES: 22 de julio de 2021

Fecha de solicitud de subsanación: 29 de julio de 2021

Fecha de entrada de la subsanación: 22 de septiembre de 2021

Trámite: Ordinario

#### **Documentación que acompaña a la solicitud:**

- Memoria justificativa del proyecto del IV Plan Canario Adicciones 2020-2024
- Solicitud informe impacto medioambiental para el IV Plan Canario Adicciones 2020-2024
- Evaluación Ambiental IV Plan Canario Adicciones 2020-2024
- Informe que emite la Dirección General de Recursos Económicos relativo al borrador del IV Plan Canario Adicciones 2020-2024
- Informe de la Dirección General de Planificación Y Presupuesto sobre el borrador del IV Plan Canario Adicciones 2020-2024
- Informe sobre la infancia y la adolescencia para el IV Plan Canario Adicciones 2020-2024
- Informe sobre el impacto medio ambiental relativo al borrador definitivo del IV Plan Canario sobre Adicciones 2020-2024
- Remisión del informe de evaluación del impacto de género, junto con el IV Plan Canario de Adicciones 2020-2024” por Servicio Canario de la Salud
- Informe de la Dirección General de Salud Pública Idoneidad de indicadores del IV Plan Canario de Adicciones 2020-2024
- Informe del impacto sobre la familia del IV Plan Canario Adicciones 2020-2024
- Informe de evaluación de impacto de género del IV Plan Canario sobre Adicciones 2020-2024
- Ficha financiera
- Memoria económica
- Alegaciones informe: idoneidad de indicadores
- Informe de participación
- Informe idoneidad de indicadores del IV Plan Canario Adicciones 2020- 2024
- Informe de comprobación por la Secretaría General del Informe de Evaluación de Impacto de Género emitido por la D.G. de Salud Pública.

## **2.2. TRAMITACIÓN**

De conformidad con lo previsto en el artículo 25.3 del Decreto 312/1993, de 10 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, los trabajos para la elaboración del Dictamen preceptivo del CES sobre el IV Plan Canario de Adicciones 2020-2024 se asignaron a la Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social.

La mencionada Comisión celebró se celebró el 8 de noviembre de 2021 acordándose la aprobación del proyecto de dictamen y su elevación al Pleno del Consejo.

## **3. ANTECEDENTES EN RELACIÓN A LA MATERIA**

Consta el Dictamen 4/2002, sobre el proyecto del II Plan canario sobre drogas 2002-2008, así como el Dictamen 2/2010 sobre el proyecto del III Plan Canario sobre Drogodependencias 2010-2017.

## II. ANÁLISIS DE CONTENIDOS DE LA SOLICITUD

### 1. ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DE CONTENIDO Y FINALIDAD/OBJETO DEL DOCUMENTO SOMETIDO A DICTAMEN

#### 1.1. FINALIDAD

El Plan Canario sobre Drogas es configurado por la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias como el instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias, siendo vinculante para todas las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas.

#### 1.2. ESTRUCTURA Y FINALIDAD DEL IV PLAN CANARIO ADICCIONES 2020-2024

El Proyecto de *IV Plan Canario de Adicciones 2020-2024* que se dictamina se estructura en un total de 15 apartados.

En el apartado primero, denominado “Introducción”, se hace referencia, entre otros aspectos, y de forma muy concisa a la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción Social en materia de drogodependencias. Igualmente se hace referencia, sin explicar más detalle, a la aparición de nuevas adicciones procediendo a incluirlas en el Plan. En el mismo se señalan las 5 áreas de trabajo del plan, que se indican a continuación, pero cuyo desarrollo no comienza antes del apartado 9 del documento las siguientes:

- Área 1 Prevención y Sensibilización.
- Área 2 Atención Integral y Reducción del Daño:
- Área 3 Incorporación Social y Laboral.
- Área 4 Reducción de la Oferta.
- Área 5 Soporte y Apoyo:

En el apartado segundo, dedicado al “Análisis de la Problemática y Aproximación Epidemiológica a las Adicciones en Canarias”, en la que se lleva a cabo una somera contextualización de la situación real del consumo y la prevalencia de las adicciones en Canarias y unas conclusiones relativas a la evaluación del III Plan Canario sobre Drogodependencias.

En el apartado tercero, denominado “Marco Legal”, se enumera la normativa vigente en la materia desde el ámbito internacional, estatal y autonómico.

En el apartado cuarto, “Marco Conceptual”, se contiene un breve diccionario de términos que permitirán “(...) comprender y ejecutar las acciones recogidas en las diferentes áreas (...)” del Plan.

En el apartado quinto, se recoge la “Temporalización” del Plan en el que se indica que el plan ya está en ejecución, al comenzar su vigencia en el año 2020, lo que viene a significar que ya estaba en ejecución 7 meses antes de la elaboración de la Memoria Justificativa del Proyecto del IV Plan Canario sobre Adicciones, como documento más antiguo de los aportados para la solicitud de Dictamen.

En este apartado, se hace referencia también, además de la vigencia del plan, a la revisión anual de los indicadores de los programas ejecutados. Siendo que la solicitud de dictamen se formula un año y medio después de su vigencia inicial, se observa que no se ha remitido la primera evaluación anual.

En el apartado sexto, “Principios Generales del IV Plan Canario sobre Adicciones”, se señala que la Dirección General de Salud Pública se alinea con la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y se han establecido una serie de acciones que respetan los principios siguientes:

- Enfoque integral
- Universalidad y Equidad
- Perspectiva de género
- Perspectiva comunitaria
- Atención a la diversidad
- Intersectorialidad y coordinación
- Evidencia científica
- Calidad
- Eficiencia y Sostenibilidad
- Transparencia.

Principio éste último, el de la Transparencia, que no tiene reflejo alguno en el resto del Plan sometido a dictamen.

El apartado séptimo, denominado “Campo de Actuación”, determina el conjunto de adicciones al que se refiere el plan haciendo una distinción relevante (por novedosa), siguiendo la pauta establecida desde la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), entre *gaming disorder* y *gambling disorder*. Sin embargo, no parece haberse tenido en cuenta la inclusión en la clasificación de trastornos mentales del comportamiento o del desarrollo neurológico que le otorga la OMS.

En el apartado octavo, “Meta y Objetivos Generales del IV Plan Canario sobre Adicciones” se establece la meta de “promover una sociedad más saludable y mejor informada en el ámbito del consumo de drogas y otras adicciones” indicándose, a continuación los objetivos generales por Áreas de actuación.

Es a partir de este apartado donde comienzan a desarrollarse, para cada área de actuación, los objetivos específicos y las actuaciones concretas.

Así en el “Área de Prevención y Sensibilización”, apartado noveno, cuyo objetivo es establecer acciones para reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción en todos los ámbitos, se despliegan éstas en los ámbitos educativos, familiar, comunitario, de ocio y tiempo libre, laboral y en el ámbito de la comunicación.

El apartado décimo está dedicado al “Área de Atención Integral y Reducción del Daño” cuyo objetivo es promover y garantizar una atención integral y continuada adaptada a las nuevas realidades de las adicciones y atendiendo a los distintos perfiles de las personas, en especial a aquellas vulnerables, excluidas y/o en riesgo de exclusión social; siendo que de forma más concreta, en el “Área de Reducción del Daño” se busca reducir o limitar las consecuencias negativas de las adicciones en las personas con dicha problemática.

El apartado decimoprimer, relativo al “Área de Incorporación Social y Laboral” se establece como objetivo general el de promover la participación y la colaboración en los procesos de incorporación social y laboral, de los agentes sociales y económicos, de las instituciones y de las entidades, así como sensibilizar en relación con el cumplimiento de la normativa vigente en esta materia a las diferentes instituciones públicas.

En el apartado decimosegundo, “Área de Reducción de la Oferta” se propone como objetivo el de promover todas aquellas acciones en materia de reducción de la oferta y otras cuestiones relacionadas con conductas adictivas desde un enfoque integral y coordinado.

Finalmente, en estos apartados de Áreas de Actuación, en el apartado decimotercero se contempla la denominada “Área de Soporte y Apoyo”, cuyo objetivo general es que sus actuaciones sirvan de base para la adecuada gestión del conocimiento, la necesaria coordinación y participación, para llevar a cabo una posterior evaluación y, finalmente, comunicar y difundir las acciones realizadas.

A continuación, el apartado decimocuarto, contempla las “Responsabilidades y Funciones de las Administraciones Públicas, Entidades Privadas e Instituciones basado, según se afirma, en un modelo de gobernanza pública.

Por último, el apartado decimoquinto contempla los “Mecanismos de Evaluación”, basado en el Modelo CIPP indicándose los indicadores por actuaciones contempladas en el plan sometido a dictamen.

## 1.2. Contenido

Se detalla a continuación y de forma esquemática, el contenido del **IV Plan Canario de Adicciones 2020-2024**:

1. Introducción
2. Análisis de la Problemática y Aproximación Epidemiológica a las Adicciones en Canarias
  - 2.1 Síntesis sobre la Situación Actual de las Adicciones en Canarias
  - 2.2 Conclusiones de la Evaluación del III Plan Canario sobre Drogodependencias
3. Marco Legal
  - 3.1. Ámbito Internacional
  - 3.2. Ámbito Estatal
  - 3.3. Ámbito Autonómico
4. Marco Conceptual
5. Temporalización
6. Principios Generales del IV Plan Canario sobre Adicciones
7. Campo de Actuación
8. Meta y Objetivos Generales del IV Plan Canario sobre Adicciones
9. Área de Prevención y Sensibilización
  - 9.1. Ámbito Educativo
    - 9.1.1. Objetivo General
    - 9.1.2. Objetivos Específicos
    - 9.1.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos
  - 9.2. Ámbito Familiar
    - 9.2.1. Objetivo General
    - 9.2.2. Objetivos Específicos
    - 9.2.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos
  - 9.3. Ámbito Comunitario
    - 9.3.1. Objetivo General
    - 9.3.2. Objetivos Específicos
    - 9.3.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos
  - 9.4. Ámbito de Ocio y Tiempo Libre
    - 9.4.1. Objetivo General
    - 9.4.2. Objetivos Específicos
    - 9.4.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos
  - 9.5. Ámbito Laboral
    - 9.5.1. Objetivo General
    - 9.5.2. Objetivos Específicos
    - 9.5.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos

9.6. **Ámbito de la Comunicación**

9.6.1. **Objetivo General**

9.6.2. **Objetivos Específicos.**

9.6.3. **Programa de Actuaciones según objetivos específicos**

10. **Área de Atención Integral y Reducción del Daño**

10.1. **Área de Atención Integral**

10.1.1. **Objetivos Específicos**

10.1.2. **Programa de Actuaciones según objetivos específicos**

10.2. **Área de Reducción de Daño**

10.2.1. **Objetivo General**

10.2.2. **Objetivos Específicos**

10.2.3. **Programa de Actuaciones según objetivos específicos**

11. **Área de Incorporación Social y Laboral**

11.1.1. **Objetivo General**

11.1.2. **Objetivos Específicos**

11.1.3. **Programa de Actuaciones según objetivos específicos**

12. **Área de Reducción de la Oferta**

12.1.1. **Objetivo General**

12.1.2. **Objetivos Específicos**

12.1.3. **Programa de Actuaciones según objetivos específicos**

### 13. Área de Soporte y Apoyo

#### 13.1. Formación

13.1.1. Objetivo General

13.1.2. Objetivos Específicos

13.1.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos

#### 13.2. Investigación

13.2.1. Objetivo General

13.2.2. Objetivos Específicos

13.2.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos

#### 13.3. Sistema de Información

13.3.1. Objetivo General

13.3.2. Objetivos Específicos

13.3.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos

#### 13.4. Coordinación y Participación

13.4.1. Objetivo General

13.4.2. Objetivos Específicos

13.4.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos

#### 13.5. Evaluación

13.5.1. Objetivo General

13.5.2. Objetivos Específicos:

13.5.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos

#### 13.6. Comunicación y Difusión de Acciones

13.6.1. Objetivo General

13.6.2. Objetivos Específicos

13.6.3. Programa de Actuaciones según objetivos específicos

### 14. Responsabilidades y Funciones de las Administraciones Públicas, Entidades Privadas e Instituciones.

#### 14.1. Organización Funcional y Territorial

14.1.1. Área de Prevención y Sensibilización

14.1.2. Área de Atención Integral y Reducción del Daño

14.1.3. Organización Territorial

### 15. Mecanismos de Evaluación

15.1. Evaluación Individual de las Actuación del IV Plan Canario sobre Adicciones

## **2. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE “ IV PLAN CANARIO DE ADICCIONES 2020-2024”**

### **2.1. ANÁLISIS DE CARÁCTER PREVIO**

#### **2.1.1. Consideraciones respecto de la documentación que acompaña a la solicitud de dictamen**

##### **2.1.1.1. Autenticidad de los documentos electrónicos**

Con la solicitud de Dictamen se remitió la documentación que ha quedado señalada en el apartado 2.1 de la parte introductoria del presente dictamen. Sin embargo, respecto de parte

de la documentación remitida y en concreto, la relativa al propio texto del Proyecto del IV Plan canario sobre Adicciones 2020-2024, la Ficha Financiera, el Informe sobre la consulta relativa a la evaluación ambiental, el Informe de la Dirección General de Planificación y Presupuesto relativo al borrador de IV Plan Canario sobre Adicciones, las alegaciones de la Dirección General de Salud Pública al Informe de la Intervención General sobre la Idoneidad de los indicadores y la Evaluación del II Plan Canario sobre Drogas no se pudo identificar su origen e integridad a través del Código Seguro de Verificación (CSV).

Como es sabido el CSV es el código que identifica a un documento electrónico y cuya finalidad es garantizar el origen e integridad de los documentos mediante el acceso a la sede electrónica correspondiente; el carácter único del código generado para cada documento; su vinculación con el documento generado, de forma que cualquier modificación del documento generado dará lugar a un nuevo documento con un código seguro de verificación diferente; la posibilidad de verificar el documento en la sede electrónica como mínimo por el tiempo que se establezca en la resolución que autorice la aplicación de este procedimiento; así como un acceso al documento restringido a quien disponga del código seguro de verificación.

A raíz, entre otras, de la aprobación de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y posteriormente la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas el documento público electrónico es aquél que se mantiene en formato electrónico y que, generalmente, se conserva en los correspondientes registros de que deben de disponer las distintas autoridades. Se trata de un fichero informático que ha sido firmado por la autoridad competente y que incorpora, además del contenido ostensible, otros datos informáticos –los llamados metadatos- que proporcionan información acerca del propio documento. Su firma es electrónica y avanzada, y la fecha de su expedición se toma del momento de la firma.

El traslado a papel del documento público electrónico supone la inclusión en la impresión del citado Código Seguro de Verificación (C.S.V.) o un Código de Validación Electrónico (C.V.E.) así como la dirección web donde verificar ese código. La verificación es indispensable, porque lo realmente válido y auténtico no es el papel en sí, sino el documento electrónico verificado.

Es en este punto cuando desde el Consejo Económico y Social se constata que en la dirección web facilitada no se puede verificar los documentos identificados al inicio de este apartado. Por ello se solicita la remisión de la documentación que pueda ser validada.

Es con fecha de 22 de septiembre que se produce la remisión de la documentación solicitada mediante escrito en el que se dice, entre otras cosas, lo siguiente: *“No obstante lo anterior, la sede electrónica de la Agencia Tributaria Canaria permite realizar la verificación del documento (<https://sede.gobcan.es/tributos/jsf/publico/consultacsv/formulario.jsp>).”* Distinta dirección de la que aparece en los propios documentos ([https://sede.gobcan.es/sede/verifica\\_doc?codigo\\_nde=](https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde=)).

En opinión del Consejo, el Gobierno ha de prestar especial atención a la autenticación de los documentos electrónicos en la línea de lo establecido en el artículo 9.1 del Decreto 19/2011, de 10 de febrero, en su redacción dada por el Decreto 123/2020, de 10 de diciembre, que dispone que *"La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias contará con una sede electrónica. Estarán incluidos en la sede electrónica, todos los departamentos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias"*. Cabe recordar en este punto, a modo de mero ejemplo, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid núm. 30/2018 de 25 de enero<sup>1</sup>.

Y ello porque sin embargo a fecha de hoy y a pesar de lo señalado en la Orden de 25 de febrero de 2021, por la que se aprueba la puesta en funcionamiento de la sede electrónica de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, bajo el dominio <https://sede.gobcan.es>. (BOC núm. 46 del lunes 8 de marzo de 2021) no se ha puesto en funcionamiento dicha sede única. Así, superada la fecha inicialmente prevista (14 de marzo de 2021) no es hasta el 21 de junio que se adopta otra Orden por la que se aprueba la prórroga del plazo del cambio de dominio de la sede electrónica de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC núm. 129 del jueves 24 de junio de 2021) estableciéndose como nueva fecha la del 25 de noviembre de 2021<sup>2</sup> en una dirección distinta, ahora <https://sede.gobiernodecanarias.org>.

#### **2.1.1.2. Ausencia de determinada documentación**

Entre la documentación remitida no se encuentra la certificación acreditativa del pronunciamiento de la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias. En este sentido el Decreto 18/1992, de 7 de febrero, por el que se crea la citada Comisión (BOC núm. 26 del lunes 24 de febrero de 1992) dispone que dicha Comisión se pronunciará sobre los planes, programas y proyectos de carácter general de todas las Administraciones Públicas de Canarias que, referidos al campo de las drogodependencias, tengan por objeto la prevención, la represión del tráfico ilícito, el tratamiento, la rehabilitación y la inserción social de las personas afectadas, así como la formación y entrenamiento del personal necesario para el desempeño de las labores anteriores y la investigación científica y técnica en la materia<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *"3.- Un documento firmado electrónicamente es válido sin necesidad de que en el contenido del mismo conste rúbrica visible de dichas firmas. Respecto a la validez de las copias en formato papel de documentos originales en formato electrónico, se condicionan a que dichas copias incorporen en su contenido un Código Seguro de Verificación, con el que, haciendo uso de la correspondiente aplicación de consulta, se permita la consulta del documento original y el contraste de la validez del documento copia.*

*La referencia legal a esta justificación se apoya en:*

*-Ley 59/2003, de 19 de diciembre (RCL 2003, 2975), de firma electrónica y en el Esquema Nacional de Interoperabilidad (Real Decreto 4/2010 (RCL 2010, 159, 694).*

<sup>2</sup> Ello en el entendido de que no se ha producido una prórroga de un plazo vencido sino que realmente lo que se ha efectuado es el establecimiento de una nueva fecha y de una nueva dirección electrónica, a pesar de la denominación de la propia Orden.

<sup>3</sup> Igualmente en los artículos 37 y 38 del Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad aprobado mediante el Decreto 5/2016, de 15 de febrero.

Tampoco se encuentra entre la documentación remitida, el informe de la Comisión de Coordinación y Planificación que como órgano colegiado interdepartamental<sup>4</sup> adscrito a la Vicepresidencia del Gobierno ejerce las competencias de coordinar la planificación interdepartamental y su ejecución y garantizar su compactibilidad con las acciones y políticas sectoriales de los distintos departamentos, de acuerdo con los objetivos fijados por el Gobierno y de conformidad con el Decreto 69/2004, de 25 de mayo, por el que se regula la organización, competencias y funcionamiento de la Comisión de Coordinación y Planificación (BOC núm.107 del viernes 4 de junio de 2004).

## **2.2. OBSERVACIONES DE CARÁCTER GENERAL**

### **2.2.1. Incidencia del consumo de drogas en Canarias**

#### **2.2.1.1. Prevalencias generales de consumo**

Según los datos ofrecidos por el Observatorio Español de las Drogas en el Informe 2021 “Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España” el 93,0% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, lo que convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. En términos evolutivos, este indicador aumenta respecto al dato de 2017 (91,2%).

Por detrás del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España. El 70,0% declara haber fumado tabaco alguna vez en la vida. Evolutivamente, existe mucha estabilidad con respecto al año 2017, registrándose un ligero repunte en esta medición (69,7%).

En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta médica vemos que su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 22,5%, lo que supone un aumento de 1,7 puntos porcentuales respecto al dato de 2017, siguiendo así con la tendencia creciente observada desde 2015.

Respecto al consumo de drogas ilegales, el cannabis es con mucha diferencia la que está más extendida en España. En términos evolutivos, continúa la tendencia creciente de consumo iniciada en 2013 obteniéndose en 2019 el máximo valor de la serie histórica (37,5%) y superando en 2,3 puntos porcentuales al dato obtenido en 2017.

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en el país. El 11,2% de la población de 15 a 64 años reconoce haberla consumido alguna vez en la vida, indicador que se ha visto incrementado en casi 1 punto porcentual con respecto al dato registrado en 2017.

La edad de inicio en el consumo señala que el alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de manera más temprana (16,7 y 16,6 años, respectivamente). En cuanto a las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia que empieza a consumirse a una edad

---

<sup>4</sup> Artículo 46 del Reglamento Orgánico de la Presidencia del Gobierno aprobado mediante el Decreto 356/2019, de 19 de diciembre.

más prematura (18,5 años). La edad de inicio de consumo se ha mantenido entre los 18 y los 19 años a lo largo de toda la serie histórica.

En el lado opuesto, los hipnosedantes con o sin receta médica son las sustancias psicoactivas que, por término medio, comienzan a consumirse a una edad más avanzada, 34,4 años, siendo inferior la edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes sin receta (30,6 años).

Analizando las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en función de la edad en base a dos grupos, de 15 a 34 años y de 35 a 64 años, las mayores diferencias se observan para los hipnosedantes y el cannabis. En el caso de los hipnosedantes vemos que el 13,1% de los ciudadanos de 15 a 34 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta médica en alguna ocasión, proporción que se incrementa hasta el 27,0% entre los de 35 a 64 años.

La situación contraria se da en el caso del cannabis, siendo una sustancia con mayor prevalencia de consumo entre la población menor de 35 años (el 45% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida) que entre los de 35 a 64 años, para los que el indicador se reduce en 11,0 puntos (34,0%). A lo largo de toda la serie histórica se observa que el consumo de cannabis se encuentra más extendido entre la población más joven.

Respecto a la edad media de inicio en el consumo de alcohol, Aragón y Melilla son las autonomías donde se obtienen los promedios extremos, presentando Aragón la edad más temprana (13,6 años) y Melilla la edad más tardía (14,8 años), con una diferencia entre ambos valores que se sitúa en 1,2 años.

En cuanto a la edad media de inicio en el consumo de cannabis, se aprecia menos disparidad entre las comunidades que en el caso del alcohol, siendo los estudiantes de Canarias los más jóvenes en probarlo (14,6 años) y los de Ceuta los más tardíos (15,3 años).

Haciendo referencia al consumo de tabaco, el porcentaje de alumnos que reconoce haber fumado alguna vez en la vida resulta más elevado en Cataluña, Aragón, País vasco, Extremadura y Madrid, con prevalencias que superan el 43%. Asimismo, cuando se concreta el análisis en el consumo diario de tabaco, Aragón, País vasco, Extremadura, Castilla la Mancha, Cataluña, La Rioja, Madrid, Castilla y León y Navarra superan la prevalencia media nacional. Por el contrario, los porcentajes de consumo de tabaco más discretos, en todos los tramos temporales analizados, se observan en Ceuta, Melilla y Canarias.

En cuanto al consumo de alcohol, son Ceuta, Melilla, Galicia y Canarias las comunidades que registran las prevalencias más reducidas en los tres tramos temporales contemplados, correspondiendo a Ceuta ser el mínimo nacional.

Muestra		Edad media de inicio en el consumo de			
		Tabaco	Tabaco diario	Alcohol	Cannabis
Canarias	1.328	14,0	14,5	14,1	14,6
España	38.012	14,1	14,7	14,0	14,9

Por otro lado, el análisis de los resultados de las encuestas EDADES y ESTUDES a partir de 2014 confirma que el juego con dinero, el uso de internet y los videojuegos son actividades ampliamente extendidas en nuestra sociedad. En 2019/20, un 64,2 % de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero en el último año (presencial, online o ambos) mientras que, un 94,5% ha usado internet con fines lúdicos y, en 2018, un 82,2% de estudiantes de 14 a 18 años ha jugado a videojuegos.

### **2.2.1.2. La opinión de los ciudadanos**

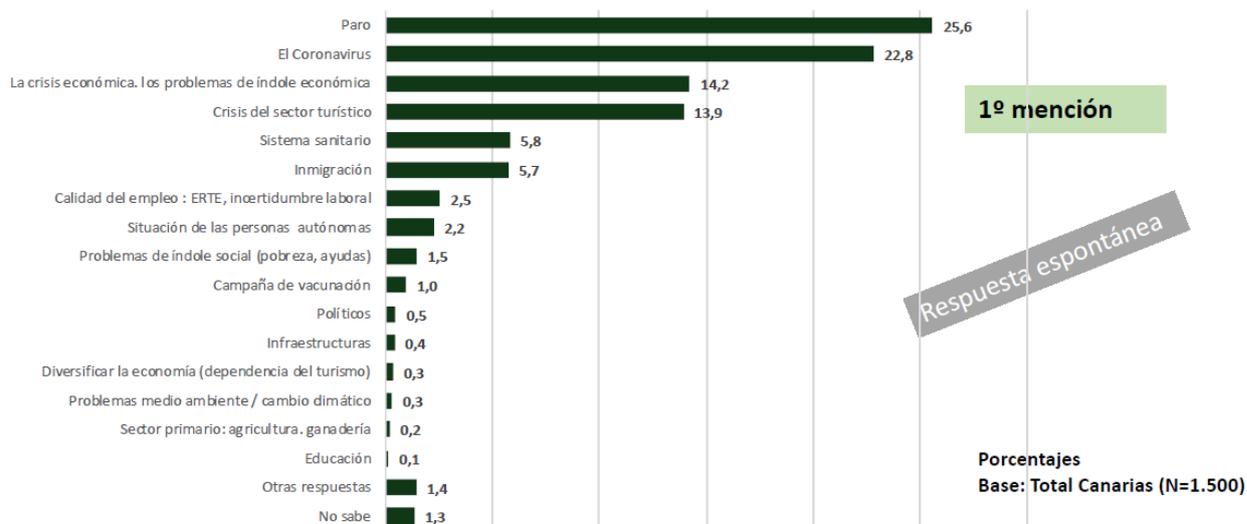
En el año 2019/2020 se ha observado un repunte de personas que opinan que hay un importante problema con las drogas ilegales en su lugar de residencia, alcanzándose el dato más alto desde el año 2009, siendo el 46,1% de los que manifiestan que es muy importante el problema con las drogas ilegales en su zona de residencia.

En relación a la visibilidad que tienen ciertas escenas relacionadas con el consumo de drogas, se registra una situación similar a la ya descrita para la percepción de disponibilidad. En línea con el aumento de personas preocupadas comentado anteriormente, se ha registrado un aumento de visualizaciones para todas las escenas propuestas con respecto al año 2017 (Figura 1.1.57). Las situaciones más habituales con las que se encuentran los individuos son las relacionadas con el consumo de cannabis y de alcohol, el 56,7% manifiesta que de manera frecuente se topa con personas fumando porros; en lo que respecta al consumo de alcohol, alrededor del 45% de los individuos dicen haberse encontrado de manera habitual con personas borrachas o haciendo botellón.

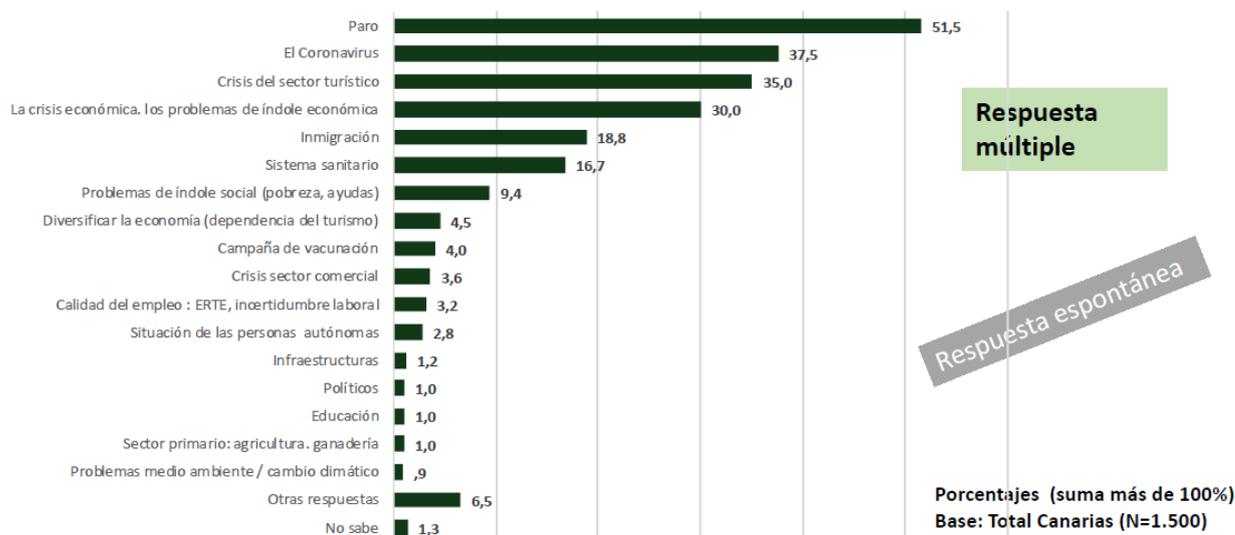
En el Sociobarómetro de Canarias (febrero 2021) la percepción sobre la problemática del consumo de sustancias ilegales baja al octavo lugar por debajo de la preocupación por el paro, el coronavirus o la crisis económica, subiendo al sexto lugar cuando se pregunta por los temas que requieren una solución más urgente.

Los problemas sociales de solución más urgentes para la ciudadanía canaria son, por orden de gravedad:

- El paro, para el 25,6% de los encuestados
- La pandemia del coronavirus, según el 22,8%
- La crisis económica preocupa en tercer lugar, con el 14,2%
- La crisis turística es el cuatro puesto del ranking, con 13,9%
- La sanidad se sitúa en quinto puesto con un 5,8%
- La inmigración preocupa en sexto lugar con el 5,7%.



Este orden se altera cuando se pregunta a los canarios la forma en que dichos problemas les afectan a nivel personal o familiar. En este escenario, la cuestión más preocupante es el coronavirus (25,6%), la crisis económica sería la segunda mayor preocupación para el 17,2%, el desempleo bajaría a tercer lugar para el 16,7%, le siguen el sistema sanitario con un 6,3%, el distanciamiento de familias y amigos ocuparía el quinto puesto en preocupación, con 5,5%, la calidad del empleo recibe el 5,3% y, coincidiendo con el sentir global, la última preocupación a nivel particular sería la inmigración, con un 2%.



## **2.3. OBSERVACIONES DE CARÁCTER PARTICULAR (CONTENIDO)**

### **2.3.1. Sobre la justificación técnica y el marco normativo**

- Consideramos de especial relevancia e interés la inclusión de las adicciones comportamentales en este Plan de Adicciones, dado que es un hecho el que vivimos en sociedades donde las nuevas tecnologías presentan un uso prácticamente generalizado y, por tanto, existe una preocupación creciente por el potencial uso problemático de Internet, los medios digitales y las redes sociales, así como por el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso, o potenciadoras de otras conductas adictivas, especialmente de los juegos de apuesta y el juego online entre adolescentes.
- Seguimos estimando necesario incorporar al documento la asunción explícita del Repertorio de Recomendaciones prácticas de la OIT sobre el “Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo” como marco que ha de guiar las políticas en esta materia.
- En el apartado 3 “Marco legal” se echa en falta la referencia a la Ley 1/2019, de 30 de enero, de la actividad física y del deporte de Canarias (BOC núm. 27 viernes 8 de febrero de 2019) y del Decreto 68/2010, de 17 de junio, por el que se regula la autorización y registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Canarias (BOC núm. 126 del martes 29 de Junio de 2010).
- En este mismo apartado debiera mantenerse el orden, aparentemente cronológico, en la relación de normas de carácter legislativo.

### **2.3.2. Sobre los principios generales del Plan y Áreas de Actuación**

- Se considera oportuno que uno de los principios generales del Plan sea la transparencia pero, tal y como hemos señalado en apartados anteriores, este principio inspirador o general no tiene más plasmación en el Plan. Se considera conveniente incluir un mayor desarrollo para el mismo en el Área de Soporte y Apoyo pudiéndose plantear también el desarrollo de la información a partir del dato abierto.
- Entre los principios generales se echa en falta el relativo a la equidad que es inspirador de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, máxime cuando en el apartado 2.2. a raíz de las conclusiones de la evaluación del III Plan Canario sobre Drogodependencias se dice que *“es preciso lograr que en todas las islas o comarcas no existan diferencias en la organización de la atención a personas con adicciones, pues en la evaluación se detectaron diferencias en el acceso a los recursos en función del área geográfica”*.
- Lo señalado anteriormente es necesario ponerlo en relación con lo que se contemplaba en el apartado A “Actuaciones Asistencia”, punto 4.T.2 relativo a la necesidad de Asociar y consolidar la cartera de servicios y los recursos existentes en drogodependencias a la

estructura territorial del Servicio Canario de la Salud”. Ya en el documento de Evaluación del III Plan de Salud se señala, entre otras cosas, que cada entidad (pública o privada) impulsa un modelo propio y distinto del resto e incluso, que los protocolos de derivación desde el Servicio Canario de la Salud no son siempre efectivos. En conclusión que los modelos de intervención “que tienen cada uno” son diferentes. A lo que se añade que, según se afirma, cada vez más se va difuminando las relaciones con Salud Mental, con Primaria, con los Especialistas.

Sin embargo, frente a la propuesta del III Plan que llegaba incluso a fijar como objetivo el establecimiento de protocolos de coordinación con los servicios del Servicio Canario de la Salud se vuelve a contemplar en el IV Plan la creación de grupos de trabajo para elaborar dichos protocolos; no entendiéndose en este punto la utilización de indicadores de tipo dicotómico.

- En el mismo sentido estimamos que se ha de analizar lo contemplado en el Área de reducción del daño en concreto en el Objetivo Específico 3. Y ello porque en el III Plan el objetivo era garantizar y mejorar la cobertura en los centros penitenciarios y en el IV Plan se contemplan meramente actuaciones que permitan el desarrollo de programas en dichos centros mediante la firma de protocolos.
- En el Área de reducción de la Oferta, no existe concordancia entre la actuación 2 del objetivo específico 3 con lo contemplado, más adelante, en relación con los indicadores de evaluación comprometidos.

### **2.3.3. Sobre los Mecanismos de Evaluación**

El *IV Plan Canario de Adicciones 2020-2024* diseña su proceso de evaluación en base al Modelo CIPP propuesto por Stufflebeam basado en el análisis del contexto, input, proceso y producto.

El CES considera a este respecto, que la evaluación es una fase central de la planificación, que contribuye a la actualización y mejora permanente de las intervenciones a desarrollar en el marco de un programa o plan determinado y aunque tradicionalmente la evaluación se asocia con la verificación de los resultados obtenidos con una determinada intervención, la misma cumple funciones que trascienden dicho ámbito, ayudando a establecer la naturaleza y extensión de los problemas a los que deben hacer frente los programas.

Si consideramos las propuestas de la *“Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024”* resulta que la evaluación es un instrumento imprescindible en el análisis y para la eficacia de las intervenciones, que permite valorar los resultados y efectos alcanzados, facilitando la alineación de los recursos humanos, tecnológicos, financieros y organizacionales en la consecución de los objetivos. Además de ser una potente herramienta de planificación que aporta información sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos, su realización y su impacto, fundamentando la toma de decisiones. Es muy útil para realizar las correcciones necesarias en el desarrollo de las actuaciones en el periodo de vigencia del Plan y para el mantenimiento, o en su caso modificación, de los objetivos en función de los resultados obtenidos y de las necesidades detectadas en la cambiante realidad del fenómeno de las adicciones y las problemáticas asociadas.

### III. OPINIÓN Y JUICIO DEL CES

#### 1. CONCLUSIONES

El CES valora positivamente en la elaboración del IV Plan Canario de Adicciones 2020-2024 la inclusión de cuestiones como la lucha contra los juegos de azar, o las tendencias abusivas en el consumo de alcohol y tabaco de los jóvenes junto a las adicciones relacionadas con las nuevas tecnologías (Internet), consecuencia del mal uso de las mismas y con una importante repercusión social que requieren la puesta en marcha de mecanismos de prevención.

Sin embargo manifiesta que produce extrañeza la escasa asunción de la responsabilidad en la gestión de las competencias y funciones que tienen atribuidos los distintos órganos de la Administración Pública de Canarias a través de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias; y ello porque a los largo del texto del plan dichas funciones y competencias pretenden trasladarse a otros agentes sociales en materia de prevención (artículo 6.4 o artículo 12, a modo de meros ejemplos).

Igualmente, en el ámbito social y económico que corresponde al CES, sorprende la escasa relevancia otorgada a las recomendaciones prácticas que, sirviendo de orientación, fueron publicadas por la Organización Internacional del Trabajo (1996) para “(...) brindar orientaciones a todos los encargados de los problemas vinculados al consumo de alcohol y drogas en el trabajo(...)”.

No puede sino llamar la atención el hecho de que el IV Plan manifieste que la aplicación real de III Plan contó con innumerables debilidades que no son convertidas en oportunidades en el presente Plan.

Por último no podemos pasar por alto, puesto que de forma mas básica ya se recogía incluso en el propio artículo 6 de la citada Ley, la nula referencia en el Plan a los mecanismos de transparencia que deben guiar una adecuada gestión, ejecución y, en definitiva, gobernanza de las competencias que las Administraciones Públicas tengan asumidas. Para la elaboración del presente Dictamen se ha buscado, sin éxito, en la página web del Servicio Canario de la Salud datos (anonimizados en su caso) relativos a tipos de drogas (pag. actualizada en 2015 que no contiene referencias a las adicciones comportamentales, p.e.), centros de tratamiento (obliga a la descarga de un .pdf actualizado en 2019, con utilización de abreviaturas no necesariamente conocidos para la ciudadanía), datos estadísticos del número de personas atendidas, tipología de la atención solicitada y la recibida, indicación territorial del/la paciente, porcentaje de reincidencia en solicitudes de atención.... Ni como información ni como dato abierto, se obvia en definitiva la aspiración de la sociedad canaria de contar con instituciones públicas más accesibles y transparente, más cercanas y capaces de general sinergias que produzcan beneficio social y económico por el flujo informativo multidireccional (sic el propio preámbulo de nuestra Ley 12/2014, de 26 de diciembre, de transparencia y de acceso a la información pública).

## 2. RECOMENDACIONES

A la vista del estudio realizado y en atención a lo contenido a lo largo del presente dictamen y sin perjuicio de todos los aspectos contenidos a lo largo del mismo que deben dar lugar a una seria reflexión del texto remitido, se realizan además las siguientes recomendaciones:

### ■ De carácter general:

- En el ámbito de la prevención de las adicciones es necesario fomentar acuerdos en el ámbito laboral para incluir en los convenios colectivos medidas que favorezcan la detección y análisis que contribuya a que los trabajadores no pierdan su puesto de trabajo por esta razón.
- Además hay que favorecer la inclusión Social y Laboral de personas con problemas de adicción, puesto que el tratamiento terapéutico en sí no es suficiente para su efectiva recuperación, hay que facilitar la incorporación social con una intervención integral en todos los ámbitos de su vida laboral, personal, relacional, familiar, sanitario, formativo, residencial.
- Igualmente consideramos que es una necesidad prioritaria asociar y consolidar la cartera de servicios y los recursos a existentes en drogodependencias/adicciones comportamentales a la estructura territorial del Servicio Canario de Salud, siendo necesario diseñar un protocolo que homogenice los modelos de intervención de los agentes intervinientes sean Públicos o Privados y la mejora de las partidas presupuestarias dedicadas a la Salud Mental que esta infradotada, por la estrecha relación que guarda con las Adicciones.
- Las empresas podrán colaborar voluntariamente en cualquier acción formativa, pero la iniciativa de la acción debería ser de la Administración.

### ■ De carácter específico:

- En el apartado 9.5.2 (página 52 y 88 del Plan) sustituir la expresión “prevención universal” por “difusión voluntaria”.
- En el apartado 9.5.2.3 (página 52, 53 y 90 del Plan) sustituir la expresión “que puedan incidir” por “susceptibles de incidir”.
- En los apartados 9.5.2.4 (página 52) y Objetivo Específico 4 (página 54), suprimir el texto entre paréntesis: (burnout, insatisfacción laboral, características estructurales, exposición a sustancias adictivas, incidentes relacionados con el sesgo de género...). Se deduce de su redacción, que existe una relación causa-efecto entre el trabajo y las adicciones sustentada en posibles prejuicios sin haber aportado estudios fiables que la demuestren.

- En el apartado 9.5.3, Objetivo Específico 1 (página 52), añadir: “y de los empresarios” al final del párrafo relativo a “Promover la elaboración de programas de prevención universal sobre drogodependencias y otras adicciones incluyendo siempre la participación de las y los trabajadores”.
- En el apartado 9.5.3, Objetivo Específico 1 (página 53), en la Actuación 1, sustituir el termino “podrían” por el de “deben” de tal forma que quedará redactado de la siguiente manera: “(...) Estas acciones deben ser coordinadas con los representantes de empresarios/as y trabajadores/as.”.
- En el apartado 9.5.3, Objetivo Específico 1 (página 53), en la Actuación 2 sustituir la redacción de la primera frase por la que se señala a continuación dejando intacta la segunda frase del plan: “Apoyar el establecimiento de protocolos individualizados de detección precoz de conductas adictivas encaminados al mantenimiento del empleo, en coordinación con las empresas y organizaciones sindicales (...)”.
- En el apartado 9.5.3, Objetivo Específico 1 (página 53), en la Actuación 2 añadir a la expresión “(...) asociaciones (...)” la de “(...), patronales(...)”.
- En el apartado 9.5.3, Objetivo Específico 2 (página 53), en la Actuación 1 añadir al final del párrafo: “El objetivo de estas estrategias es que las y los trabajadores/as estén adecuadamente informados sobre la realidad objetiva de las drogodependencias y otras adicciones, a través de la formación en educación para la salud.”, el siguiente texto: “... bajo la iniciativa de la acción por parte de la Administración”.
- En el apartado 9.5.3, Objetivo Específico 3 (página 53), en la Actuación 1 cambiar la redacción por la que se aporta a continuación: “Promover el desarrollo de programas de prevención destinados a establecer mecanismos de detección temprana de posibles factores asociados al consumo de sustancias, identificando, controlando y modificando factores ambientales que pudieran venir del entorno laboral.”
- En el apartado 9.5.3, Objetivo Específico 3 (página 54), en la Actuación 5, sustituir la expresión “agentes laborales con representatividad en la empresa” por “delegados de prevención o miembros del Comité de Prevención de la empresa”.